



Año CXX

Panamá, R. de Panamá lunes 27 de diciembre de 2021

N° 29442-B

CONTENIDO

AUTORIDAD MARÍTIMA DE PANAMÁ / DIRECCIÓN GENERAL DE MARINA MERCANTE

Resolución N° 107-OMI-247-DGMM
(De martes 14 de diciembre de 2021)

POR LA CUAL SE ADOPTAN LAS ENMIENDAS ESTABLECIDAS EN LA RESOLUCIÓN MEPC.325(75) DEL 20 DE NOVIEMBRE DE 2020, RELATIVAS A LA REGLA E-1 Y AL APÉNDICE I DEL CONVENIO INTERNACIONAL PARA EL CONTROL Y LA GESTIÓN DEL AGUA DE LASTRE Y LOS SEDIMENTOS DE LOS BUQUES, 2004, REFERENTES A LAS PRUEBAS DE PUESTA EN SERVICIO DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DEL AGUA DE LASTRE Y MODELO DE CERTIFICADO INTERNACIONAL DE GESTIÓN DEL AGUA DE LASTRE.

ALCALDÍA DE CHANGUINOLA /BOCAS DEL TORO

Decreto Alcaldicio N° 008
(De miércoles 15 de diciembre de 2021)

POR MEDIO DEL CUAL SE NOMBRA AL TESORERO (A) MUNICIPAL DEL DISTRITO DE CHANGUINOLA.

CONSEJO MUNICIPAL DE AGUADULCE / COCLÉ

Acuerdo N° 64
(De martes 17 de agosto de 2021)

POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA UN CRÉDITO SUPLEMENTARIO AL PRESUPUESTO DEL MUNICIPIO DE AGUADULCE DE LA VIGENCIA FISCAL 2021.

Acuerdo N° 65
(De martes 17 de agosto de 2021)

POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBAN CONTRATOS DE ARRENDAMIENTO DE TIERRAS MUNICIPALES.

Acuerdo N° 66
(De martes 24 de agosto de 2021)

POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA CONTRATO DE COMPRA VENTA DE TERRENO MUNICIPAL.

Acuerdo N° 70
(De martes 24 de agosto de 2021)

POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA CONTRATO DE COMPRA VENTA DE TERRENO MUNICIPAL.

Acuerdo N° 71
(De miércoles 08 de septiembre de 2021)

POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA UN CRÉDITO SUPLEMENTARIO AL PRESUPUESTO DEL MUNICIPIO DE

AGUADULCE DE LA VIGENCIA FISCAL 2021.

Acuerdo N° 72
(De martes 14 de septiembre de 2021)

POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBAN CONTRATOS DE ARRENDAMIENTO DE TIERRAS MUNICIPALES.

Acuerdo N° 74
(De martes 12 de octubre de 2021)

POR MEDIO DEL CUAL AUTORIZA AL ALCALDE DEL DISTRITO DE AGUADULCE PARA QUE SUSCRIBA LOS DOCUMENTOS NECESARIOS CON EL BANCO NACIONAL DE PANAMÁ PARA QUE EL PAGO DE LAS PLANILLAS DE LOS FUNCIONARIOS DEL MUNICIPIO DE AGUADULCE SE REALICE A TRAVÉS DE TRANSFERENCIAS BANCARIAS.

Acuerdo N° 93
(De martes 30 de noviembre de 2021)

POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA UN CRÉDITO SUPLEMENTARIO AL PRESUPUESTO DEL MUNICIPIO DE AGUADULCE DE LA VIGENCIA FISCAL 2021.

Acuerdo N° 95
(De martes 07 de diciembre de 2021)

POR EL CUAL SE AUTORIZA AL ALCALDE DEL DISTRITO DE AGUADULCE A REALIZAR CONTRATACIÓN DIRECTA PARA ALQUILAR CAMIONES RECOLECTORES DE BASURA.

CONSEJO MUNICIPAL DE DAVID / CHIRIQUÍ

Acuerdo N° 49
(De lunes 22 de noviembre de 2021)

POR MEDIO DEL CUAL SE CONCEDE AL SEÑOR FRANCISCO ANTONIO ARAUZ NAVARRO, UNA EXONERACIÓN PARCIAL DEL VALOR DEL TERRENO Y ARRENDAMIENTO EN LA SOLICITUD DE TÍTULO DE PROPIEDAD.

Acuerdo N° 50
(De jueves 02 de diciembre de 2021)

POR EL CUAL SE AUTORIZA AL ALCALDE MUNICIPAL DE DAVID A SUSCRIBIR CONVENIO DE COOPERACIÓN CON LA PERSONA JURÍDICA CHIRIQUÍ FEDERAL BASEBALL, INC

Acuerdo N° 52
(De viernes 10 de diciembre de 2021)

POR EL CUAL SE AUTORIZA AL SEÑOR ALCALDE DEL DISTRITO DE DAVID A FIRMAR CONVENIO DE COOPERACIÓN CON EL CLUB DE LEONES DE DAVID PARA DESARROLLAR PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL, CULTURALES, ACADÉMICOS Y DEPORTIVOS EN BENEFICIO DE LA NIÑEZ, LA JUVENTUD Y LAS PERSONAS CARENCIADAS DEL DISTRITO DE DAVID.

CONSEJO MUNICIPAL DE SAN CARLOS / PANAMÁ

Acuerdo N° 18

(De miércoles 15 de diciembre de 2021)

POR EL CUAL SE MODIFICA EL ACUERDO MUNICIPAL NO. 2 DEL 13 DE ENERO DE 2010, POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA EL RÉGIMEN IMPOSITIVO DEL MUNICIPIO DE SAN CARLOS EN SU CÓDIGO 12.14.02 (BASURA).

CONSEJO MUNICIPAL DE SANTA MARÍA / HERRERA

Acuerdo Municipal N° 74
(De martes 21 de diciembre de 2021)

POR EL CUAL EL CONSEJO MUNICIPAL DEL DISTRITO DE SANTA MARÍA, EN USO DE SUS FACULTADES CONSTITUCIONALES Y LEGALES ESTABLECE EL COSTO DEL METRO CUADRADO DE TERRENOS PROPIEDAD DEL MUNICIPIO DE SANTA MARÍA Y DE LA EMPRESA MUNICIPAL JUCOMSAMA, PARA EL PERÍODO DEL 3 DE ENERO DEL 2022 AL 14 DE OCTUBRE DEL 2022.

Acuerdo Municipal N° 75
(De martes 21 de diciembre de 2021)

POR EL CUAL EL CONSEJO MUNICIPAL DEL DISTRITO DE SANTA MARÍA, EN USO DE SUS FACULTADES CONSTITUCIONALES Y LEGALES APRUEBA EL PRESUPUESTO DE RENTAS Y GASTOS DEL MUNICIPIO DE SANTA MARÍA, PARA LA VIGENCIA FISCAL 2022.

FE DE ERRATA

MINISTERIO DE SALUD

Para corregir error involuntario del Ministerio de Salud, en la Resolución No. 894 del 10 de diciembre de 2021, “Que aprueba el Sistema de Mejora de la Calidad de Atención Integral de la Mujer en Panamá”, publicada en la Gaceta Oficial Digital No. 29434 de 15 de diciembre de 2021, en virtud de que, por error involuntario, no se adjuntó el Anexo 1, que forma parte integral de la precitada resolución.

**DIRECCION GENERAL DE MARINA MERCANTE****Resolución No.107-OMI-247-DGMM Panamá, 14 de diciembre de 2021****EL SUSCRITO DIRECTOR GENERAL DE LA
DIRECCION GENERAL DE MARINA MERCANTE**

en uso de las facultades que le confiere la Ley,

CONSIDERANDO:

Que mediante Decreto Ley No. 7 de 10 de febrero de 1998, se crea la Autoridad Marítima de Panamá, y le asigna entre sus funciones, recomendar políticas y acciones, ejercer actos de administración, y hacer cumplir las normas legales y reglamentarias referentes al Sector Marítimo.

Que el Artículo 4, numeral 7 del Decreto Ley No. 7 de 10 de febrero de 1998, señala que la Autoridad Marítima de Panamá, tiene la función de evaluar y proponer al Órgano Ejecutivo y demás entidades estatales, que así lo requieran, las medidas necesarias para la adopción de tratados y convenios internacionales referentes a las actividades que se desarrollen dentro del Sector Marítimo.

Que el Artículo 2, numeral 5 de la Ley No. 2 del 17 de enero de 1980, establece que corresponde a la Dirección General de Consular y Naves, actualmente la Dirección General de Marina Mercante de la Autoridad Marítima de Panamá, "Velar por el estricto cumplimiento de las normas legales de navegabilidad, seguridad, higiene y prevención de la contaminación del medio ambiente marino por parte de las naves panameñas donde quiera que se encuentren y las de cualquier nacionalidad que se hallen en aguas territoriales panameñas, así como por el desarrollo ordenado de la navegación en estas aguas y sancionar las violaciones e incumplimientos de dichas normas".

Que el Artículo 30, numeral 14 del Decreto Ley No. 7 de 10 de febrero de 1998, modificado por el Artículo 187 de la Ley No. 57 de 6 de agosto de 2008, establece como función de la Dirección General de Marina Mercante de la Autoridad Marítima de Panamá, "Velar por el estricto cumplimiento y la eficaz aplicación de las normas jurídicas vigentes en la República de Panamá, Convenios Internacionales, Códigos o lineamientos sobre seguridad marítima, prevención de la contaminación y protección marítima de sus naves".

Que la República de Panamá adoptó el Convenio Internacional para el Control y la Gestión del Agua de Lastre y los Sedimentos de los Buques, 2004, mediante Ley No. 41 del 12 de septiembre de 2016.

Que el Artículo 2, numeral 4 del Convenio Internacional para el Control y la Gestión del Agua de Lastre y los Sedimentos de los Buques, 2004, estipula que las partes se esforzarán por colaborar en la implantación, aplicación y cumplimiento efectivos del presente Convenio.

Que el Artículo 19 del Convenio Internacional para el Control y la Gestión del Agua de Lastre y los Sedimentos de los Buques, 2004, estipula que dicho Convenio podrá ser enmendado previo examen del seno de la Organización Marítima Internacional (OMI) o a través de una Conferencia de los Gobiernos Contratantes.



Resolución No.107-OMI-247-DGMM Panamá, 14 de diciembre de 2021
PÁG. 2

Que el Comité de Protección del Medio Marino de la Organización Marítima Internacional, mediante la Resolución MEPC.325(75) del 20 de noviembre de 2020, adoptó las enmiendas al Convenio Internacional para el control y la gestión del agua de lastre y los sedimentos de los buques, 2004, referentes a la regla E-1 y al apéndice I sobre pruebas de puesta en servicio de los sistemas de gestión del agua de lastre y modelo de Certificado internacional de gestión del agua de lastre, las cuales entrarán en vigor el 1 de junio de 2022.

Que para asegurar la efectividad y control de la Administración Marítima Panameña en la implementación de las enmiendas al Convenio Internacional para el Control y la Gestión del Agua de Lastre y los Sedimentos de los Buques, 2004, es menester de la Dirección General de Marina Mercante de la Autoridad Marítima de Panamá, mantener actualizados los instrumentos de carácter obligatorio de los cuales la República de Panamá es signataria, por lo que,

RESUELVE:

PRIMERO:

ADOPTAR las enmiendas establecidas en la Resolución MEPC.325(75) del 20 de noviembre de 2020, relativas a la regla E-1 y al apéndice I del Convenio Internacional para el control y la gestión del agua de lastre y los sedimentos de los buques, 2004, referentes a las pruebas de puesta en servicio de los sistemas de gestión del agua de lastre y modelo de Certificado internacional de gestión del agua de lastre.

SEGUNDO:

APLICAR las enmiendas establecidas a la Resolución MEPC.325(75) del 20 de noviembre de 2020, a los buques del registro panameño, unificando las prácticas existentes según corresponda.

TERCERO:

La Dirección General de Marina Mercante podrá reglamentar el contenido de las disposiciones de esta Resolución, o establecer criterios de interpretación pertinentes a través de Circulares.

CUARTO:

Las Organizaciones Reconocidas por la República de Panamá, al momento de emitir los certificados correspondientes, deberán cumplir con las enmiendas establecidas en la Resolución MEPC.325(75) del 20 de noviembre de 2020, relativas a la regla E-1 y al apéndice I referentes a las pruebas de puesta en servicio de los sistemas de gestión del agua de lastre y modelo de Certificado internacional de gestión del agua de lastre, y demás prescripciones que emita la Administración Marítima Panameña.



Resolución No.107-OMI-247-DGMM Panamá, 14 de diciembre de 2021
PÁG. 3

QUINTO:

Comuníquese el contenido de la presente Resolución a las Organizaciones Reconocidas por la República de Panamá, propietarios, armadores, capitanes y agentes residentes de las naves inscritas en el Registro de Naves de Panamá.

SEXTO:

Esta Resolución deroga toda resolución anterior que le sea contraria.

SÉPTIMO:

Esta Resolución empezará a regir a partir de su publicación en Gaceta Oficial de la República de Panamá.

FUNDAMENTO LEGAL:

Ley No. 2 de 17 de enero de 1980.
Decreto Ley No. 7 de 10 de febrero de 1998.
Ley No. 57 de 6 de agosto de 2008.
Ley No. 41 de 12 de septiembre de 2016.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE,

RAPHAEL CIGARRUISTA

Director General de Marina Mercante

RNCG/SD/JMBC/MR/YM





“POR MEDIO DEL CUAL SE NOMBRA AL TESORERO (A) MUNICIPAL DEL DISTRITO DE CHANGUINOLA”

LA SUSCRITA ALCALDESA DEL DISTRITO DE CHANGUINOLA, EN USO DE SUS FACULTADES CONSTITUCIONALES Y LEGALES.

CONSIDERANDO:

Que el artículo 243, numeral 3, de la Constitución Política de la República de Panamá establece que los Alcaldes Municipales tendrán las atribuciones de nombrar y remover a los funcionarios públicos municipales, cuyas designaciones no correspondan a otra autoridad, con sujeción a lo que dispone el Título XI de la Constitución Política de la República de Panamá.

Que el artículo 52 de la Ley 106 de 8 de octubre de 1973, modificada por la Ley 52 de 1984, establece que en cada Municipio habrá un Tesorero Municipal, nombrado por un periodo de dos años y medio.

Que el Licdo. **JOSÉ ARMANDO DIAZ DADD**, portador de la cédula de identidad personal N° 1-24-1351, fue nombrado para ejercer el cargo de TESORERO MUNICIPAL durante el periodo del 1 de enero del 2017 hasta el 30 de junio del año 2019. Sin embargo, el mismo siguió ejerciendo el cargo de forma prorrogada, periodo que se vence el 31 de diciembre de 2021.

Que con el vencimiento del periodo del actual Tesorero Municipal se hace necesario cumplir con lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley 106 de octubre de 1973, reformada por la Ley 52 de 1984, en cuanto a que en cada Municipio debe existir un Tesorero municipal para efectuar las recaudaciones, llevar los libros de contabilidad, registrar las órdenes de pago, asesorar al Alcalde en la elaboración presupuestaria, entre otras atribuciones.

Que le corresponde a la Alcaldesa del Distrito el nombramiento del nuevo Tesorero Municipal para el periodo comprendido entre el dos (2) de enero de 2022 al 30 de junio de 2024.

Que luego de analizar, estudiar e investigar la hoja de vida de varias personas interesadas en ocupar el cargo de Tesorero Municipal, se ha comprobado y escogido al profesional que cumple con el perfil del cargo y los requisitos de idoneidad, capacidad, moralidad y experiencia; procurando que no se encuentre comprendido en los impedimentos y prohibiciones para ejercer el cargo de Tesorero Municipal que establece el artículo 53 de la Ley 106 de 1973 y sus modificaciones



Que el artículo 242 numeral 8 de la Constitución Política de la República sin más prerrogativas establece que es función del Consejo Municipal del Distrito la **RATIFICACION** del nombramiento del Tesorero Municipal que haga el Alcalde.

Por todo lo anterior;

DECRETA

ARTÍCULO PRIMERO: Nómbrase a **IRENE CARRERA DIXON**, mujer, panameña, con Cédula de Identidad Personal No. 4-170-307, Licenciada en administración de Empresa con Maestría en Contabilidad, residente en Switch 4, Changuinola, para ejercer el cargo de **TESORERO (A) MUNICIPAL DEL DISTRITO DE CHANGUINOLA**, con un salario de dos mil balboas (B/2,000.00) mensuales bajo el código presupuestario No.502.01.03.01.001.001.001.

ARTÍCULO SEGUNDO: Este Nombramiento es para el periodo comprendido entre el tres (3) de enero de 2022 al 30 de junio de 2024, conforme lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley 106 de 1973 y sus reformas que regulan el Régimen Municipal panameño.

ARTÍCULO TERCERO: Remítase copia autenticada de este Decreto, para su **RATIFICACIÓN**, al pleno del Consejo Municipal de Distrito de Changuinola, de conformidad a lo dispuesto en el numeral 8 del artículo 242 de la Constitución Política de la República de Panamá.

DADO EN LA ALCALDIA MUNICIPAL DEL DISTRITO DE CHANGUINOLA, PROVINCIA DE BOCAS DEL TORO, A LOS QUINCE (15) DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL DOS MIL VEINTIUNO (2021).

CÚMPLASE Y COMUNÍQUESE

LA ALCALDESA


H. A. YESICA ROMERO GARCIA

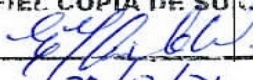


SECRETARIA GENERAL


ELSA Y. AVILA WILLOUGHBY

REPÚBLICA DE PANAMÁ
DISTRITO DE CHANGUINOLA
ALCALDIA MUNICIPAL

CERTIFICO QUE LO ANTERIOR
ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL.


30/12/21



ACUERDO N°64
(De 17 de agosto de 2021)

Por medio del cual se aprueba un Crédito Suplementario al Presupuesto del Municipio de Aguadulce de la Vigencia Fiscal 2021.

EL CONCEJO MUNICIPAL DE AGUADULCE,
CONSIDERANDO

Que la Ley 106 de 8 de octubre de 1973, modificada por la Ley 52 de 12 de diciembre de 1984 establece en el artículo 57, numeral 9 entre las atribuciones del Tesorero Municipal “Formar los expedientes relativos a créditos adicionales al presupuesto, devoluciones de ingresos y contratos sobre servicios municipales”;

Que el Alcalde y el Concejo Municipal tienen un compromiso con la ciudadanía en general del Distrito de Aguadulce, con su desarrollo, bienestar social y económico;

Que el 4 de mayo de 2021 se envió nota al Licdo. Francisco Vigil Ch., Director de la Autoridad Nacional de Descentralización, solicitando la transferencia de la suma de ciento noventa y ocho mil balboas (B/.198,000.00) a la Cuenta del Municipio de Aguadulce N°.10000030340;

Que el 4 de julio de 2021 se recibió la transferencia a la Cuenta Banco Nacional-Municipio de Aguadulce por la suma de ciento noventa y ocho mil balboas (B/.198,000.00);

ACUERDA:

ARTICULO 1. APROBAR un Crédito Suplementario al Presupuesto Municipal de la vigencia fiscal 2021, por la suma de ciento noventa y ocho mil balboas (B/.198,000.00), desglosados de la siguiente manera:

INGRESOS

Código	Saldo en Banco	Aumenta	Presupuesto Modificado
507.1.4.2.0.01	B/.1,127,000.00	B/.198,000.00	B/.1,325,000.00

EGRESOS ALCALDÍA MUNICIPAL

Código	Presupuestado	Aumenta	Presupuesto Modificado
507.0.1.02.01.001.003	190,000.00	81,500.00	271,500.00
507.0.1.02.01.001.050	42,700.00	5,200.00	47,900.00
507.0.1.02.01.001.071	70,400.00	10,000.00	80,400.00
507.0.1.02.01.001.072	7,900.00	1,300.00	9,200.00
507.0.1.02.01.001.073	10,420.00	1,300.00	11,720.00
507.0.1.02.01.001.074	1,690.00	300.00	1,990.00
507.0.1.02.01.001.076	2,090.00	400.00	2,490.00
507.0.1.02.01.001.109	30,000.00	24,000.00	54,000.00
507.0.1.02.01.001.581	100,000.00	24,000.00	124,000.00
507.0.1.02.01.001.611	70,000.00	50,000.00	120,000.00
	525,200.00	198,000.00	723,200.00

Pág.2

Acuerdo N°.64 de 17 de agosto de 2021

ARTÍCULO 2. La Autoridad Nacional de Descentralización, el 14 de julio de 2021 expidió la Circular N°.001-2021, dando las directrices del Uso de los Fondos de Asistencia del Gobierno Central, utilizándose en los siguientes renglones:

Del punto N°.13 se registraron en los códigos de egresos 003, 611 y 109.

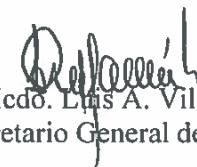
Del punto N°.14 se registraron en el código de egresos 581.

ARTÍCULO 3. Este Acuerdo rige a partir de su sanción.

DADO EN EL SALÓN DE SESIONES DEL CONCEJO MUNICIPAL DE AGUADULCE, A LOS DIECISIETE (17) DÍAS DEL MES DE AGOSTO DE DOS MIL VEINTIUNO (2021).


H.C. Raúl Euclides Romero Ortiz
Presidente del Concejo Municipal




Licdo. Lás A. Villarrué G.
Secretario General del Concejo

ALCALDÍA MUNICIPAL DEL DISTRITO DE AGUADULCE.

Aguadulce, 20 de agosto de 2021

SANCIÓN

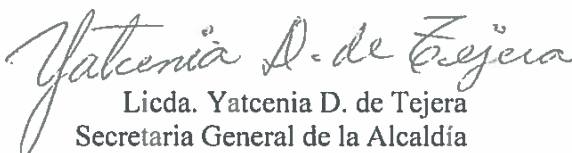
VISTOS:

Se aprueba en todas sus partes el Acuerdo Municipal N°.64 de 17 de agosto de dos mil veintiuno (2021), por medio del cual se aprueba un Crédito Suplementario al Presupuesto del Municipio de Aguadulce de la Vigencia Fiscal 2021.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE


Licdo. Jorge Luis Herrera
Alcalde del Distrito de Aguadulce




Licda. Yatcenia D. de Tejera
Secretaria General de la Alcaldía

ACUERDO N°.65
(De 17 de agosto de 2021)



Por medio del cual se aprueban contratos de arrendamiento de tierras municipales.

EL CONCEJO MUNICIPAL DE AGUADULCE,

CONSIDERANDO:

Que el artículo 31 del Acuerdo Municipal N°.25 de 19 de marzo de 2019, publicado en Gaceta Oficial N°.28795 de 13 de junio de 2019, que dicta disposiciones relativas a la venta, uso, arrendamiento y adjudicación de lotes y tierras municipales, señala que "Cumplidos los trámites y requisitos para la adjudicación definitiva de terrenos municipales, el Alcalde remitirá al Concejo Municipal el Proyecto de Acuerdo para la aprobación del Contrato de Compra Venta, Arrendamiento o uso, con el expediente que debe contener todos los documentos exigidos por el Acuerdo Municipal y las disposiciones legales que le sean aplicables".

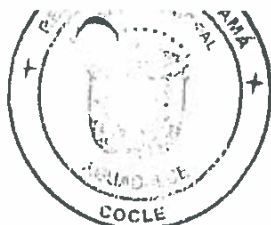
Que a través de nota fechada dos (02) de diciembre de 2020, la señora Rosa Evelia Torres Cisneros, mujer, panameña, mayor de edad, con cédula de identidad personal N°.2-143-857, solicita los derechos posesorios de un lote de terreno. Consta en el informe técnico de inspección N°.09 realizado el 02 de marzo de 2021, que el lote de terreno solicitado está dentro de la finca municipal N°.2985, Tomo N°.345, Folio 408; que está ubicado en Calle La Concepción, Corregimiento de Pocrí, Distrito de Aguadulce, Provincia de Coclé; que tiene una superficie aproximada de doscientos cincuenta metros cuadrados (250.00 M²), y está comprendido dentro de los siguientes linderos: Norte: Calle La Concepción; Sur: Joana Carrión; Este: Guillermo Varela; y Oeste: Sucesores de Bartola de Medina; que tiene construcción (casa de bloques), tiene acceso a servicios públicos: agua, luz, teléfono, calle asfaltada; que la solicitante tiene un tiempo de ocupación de diez (10) años aproximadamente y que al momento de la inspección no se presentó oposición.

Que a través de nota fechada veinticinco (25) de febrero de 2021, el señor Stalin Sergio Sánchez González, varón, panameño, mayor de edad, con cédula de identidad personal N°.2-64-75, solicita los derechos posesorios de un lote de terreno. Consta en el informe técnico de inspección N°.06 realizado el 09 de marzo de 2021, que el lote de terreno solicitado está dentro de la finca municipal N°.967, Tomo N°.137, Folio 74; que está ubicado en Calle Revolución, Corregimiento Barrios Unidos, Distrito de Aguadulce, Provincia de Coclé; que tiene una superficie aproximada de trescientos metros cuadrados (300.00 M²), comprendido dentro de los siguientes linderos: Norte: Calle Revolución; Sur: Mario Cedeño; Este: Lidia Ortega; y Oeste: Reymunda Guevara de Meléndez; que el predio tiene construcción (casa de bloques) con acceso a servicios públicos: agua, luz, teléfono; que el solicitante tiene un tiempo de ocupación de setenta (70) años aproximadamente y que al momento de la inspección no se presentó oposición.

Que mediante documento notariado en la Notaría Pública Segunda de Coclé, con fecha veintiseis (26) de abril de dos mil veintiuno (2021), el señor Roberto Sarmiento Obaldía, varón, panameño, mayor de edad, portador de la cédula de identidad personal N°.2-120-435, traspasa a Carlos Alberto Sarmiento Obaldía, varón, panameño, mayor de edad, portador de la cédula de identidad personal N°.2-129-457, los derechos posesorios de un (1) lote de terreno ubicado en Calle El Agua, Corregimiento Barrios Unidos, Distrito de Aguadulce, Provincia de Coclé, con superficie aproximada de doscientos sesenta metros cuadrados (260.00M²), comprendido dentro de los siguientes colindantes: Norte: Isaac Mendieta; Sur: Calle El Agua; Este: Calle Fábrica; y Oeste: Isaac Mendieta.

Que a través de documento notariado en la Notaría Pública Segunda de Coclé, con fecha cuatro (04) de junio de dos mil veintiuno (2021), Yadisel Yanaris González Sandoval, mujer, panameña, mayor de edad, con cédula de identidad personal N°.2-702-1159, cede Jostin Alexander Villega González, varón, panameño, mayor de edad, con cédula de identidad personal N°.2-747-322, los derechos posesorios de un (1) lote de terreno ubicado en La Loma, Corregimiento de El Roble, Distrito de Aguadulce, Provincia de Coclé, comprendido dentro de los siguientes colindantes: Norte: Hermanos Villarreal; Sur: Calle; Este: Yodaly González; y Oeste: Hermanos Villarreal.

Que a través de nota fechada diez (10) de febrero de 2021, Olga Edith Espinosa Canto, mujer, panameña, mayor de edad, con cédula de identidad personal N°.9-121-1191, solicita los derechos posesorios de un lote de terreno ubicado en la Barriada Santa Rosa De Lima, Corregimiento El Roble, Distrito de Aguadulce, Provincia de Coclé. Consta en el informe técnico de inspección realizado el 30 de abril de 2021, que el lote de terreno solicitado tiene una superficie aproximada de cuatrocientos metros cuadrados (400.00 M²), comprendido dentro de los siguientes linderos: Norte: Francisco Espinosa; Sur: Calle; Este: Guadalupe Espinosa; y Oeste: Calle; que el predio tiene construcción (casa de bloques) con acceso a servicios públicos: agua, luz, teléfono, vía de comunicación de tierra; que la solicitante tiene un tiempo de ocupación de aproximadamente trece (13) años y que al momento de la inspección no hubo oposición de terceros.



Pág.2

Acuerdo N°.65 de 17 de agosto de 2021

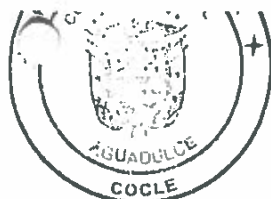
Que mediante documento notariado en la Notaría Pública Segunda de Coclé, con fecha diecinueve (19) de abril de dos mil veintiuno (2021), el señor Serafín González Morán, varón, panameño, mayor de edad, con cédula de identidad personal N°.2-51-581, segrega y traspasa a favor de su hija Luz Milena González De León de Fuentes, mujer, panameña, mayor de edad, con cédula de identidad personal N°.2-149-496, los derechos posesorios de un (1) lote de terreno ubicado en la Barriada Bella Vista, Salitrosa, Corregimiento Pueblos Unidos, Distrito de Aguadulce, Provincia de Coclé, con superficie aproximada de cuatrocientos setenta y nueve metros cuadrados con diecinueve decímetros cuadrados (479.19M²), comprendido dentro de los siguientes colindantes: Norte: Calle Central; Sur: Blanca González; Este: Hercilia De León; y Oeste: Serafín González Morán.

Que a través de nota fechada seis (06) de mayo de 2021, el señor Carlos Argilio Ortega Tuñón, varón, panameño, mayor de edad, con cédula de identidad personal N°.2-99-411, solicita los derechos posesorios de un lote de terreno ubicado en Calle La Concordia, Corregimiento Virgen del Carmen, Distrito de Aguadulce, Provincia de Coclé. Consta en el informe técnico de inspección N°.24 realizado el 20 de mayo de 2021, que el lote de terreno solicitado tiene una superficie aproximada de dos mil metros cuadrados (2,000.00 M²), comprendido dentro de los siguientes linderos: Norte: Juan Calderón – Leonel Ábrego; Sur: Calle; Este: Carlos Ortega Tuñón; y Oeste: Leonel Ábrego. También señala el referido informe técnico de inspección, que el predio tiene construcción (estructura de taller); tiene acceso a los servicios de agua, luz, teléfono, calle asfaltada; que el solicitante tiene un tiempo de ocupación de aproximadamente cincuenta (50) años y que al momento de la inspección no se presentó oposición de terceros.

Que mediante documento notariado en la Notaría Pública Primera de Circuito de Coclé, con fecha veintidos (22) de enero de dos mil quince (2015), la señora Isabel Jaén Cornejo, mujer, panameña, mayor de edad, con cédula de identidad personal N°.2-44-618, cede a Herminia Camargo Jaén, mujer, panameña, mayor de edad, con cédula de identidad personal N°.2-122-896, los derechos posesorios de un lote de terreno ubicado en La Poza, Corregimiento Virgen del Carmen, Distrito de Aguadulce, Provincia de Coclé, con superficie aproximada de ciento cinco metros cuadrados con siete decímetros cuadrados (105.07 M²). De igual manera, mediante documento notariado en la Notaría Pública Primera de Circuito de Coclé, con fecha veintidos (22) de enero de dos mil quince (2015), la señora Belkis Saray Ledezma Camargo, mujer, panameña, mayor de edad, con cédula de identidad personal N°.2-720-492, cede a Herminia Camargo Jaén, mujer, panameña, mayor de edad, con cédula de identidad personal N°.2-122-896, los derechos posesorios de un lote de terreno ubicado en La Poza, Corregimiento Virgen del Carmen, Distrito de Aguadulce, Provincia de Coclé, con superficie de cien metros cuadrados (100.00 M²). La señora Herminia Camargo Jaén unifica los derechos posesorios de los dos lotes de terrenos para formar uno solo, el cual quedará con una superficie de doscientos cinco metros cuadrados con siete decímetros cuadrados (205.07 M²), el cual quedará con los siguientes linderos. Norte: Emilia Quintero; Sur: Calle Nuevo Perú; Este: Emilia Quintero; y Oeste: Mariela Camargo Jaén y María Antonia Jaén.

Que a través de documento notariado en la Notaría Pública Segunda de Coclé, con fecha veintiocho (28) de mayo de dos mil veintiuno (2021), la señora Emilia Quintero Campos, mujer, panameña, mayor de edad, con cédula de identidad personal N°.6-68-697, manifiesta incluir a sus hijos Gloria Mariza López Quintero, mujer, panameña, mayor de edad, con cédula de identidad personal N°.6-715-1270; Damariz Isabella López Quintero, mujer, panameña, mayor de edad, con cédula de identidad personal N°.6-723-270; y Fran Ernesto López Quintero, varón, panameño, mayor de edad, con cédula de identidad personal N°.6-721-2497, dentro de los derechos posesorios de un (1) lote de terreno ubicado en La Poza, Corregimiento Virgen del Carmen, Distrito de Aguadulce, Provincia de Coclé, con superficie aproximada de cuatrocientos cuarenta y seis metros cuadrados con treinta y nueve decímetros cuadrados (446.39 M²), comprendido dentro de los siguientes colindantes: Norte: Quintina Campos; Sur: Herminia Camargo, Juan Vargas Jaén y Avenida Mayo; Este: Juan Vargas Jaén y vereda peatonal; y Oeste: Herminia Camargo y Antonia Jaén.

Que a través de contrato de compra venta de derechos posesorios, debidamente notariado en la Notaría Pública Segunda de Coclé, con fecha dieciocho (18) de mayo de dos mil veintiuno (2021), el señor Santiago Aristides Sandoval Guerra, varón, panameño, mayor de edad, con cédula de identidad personal N°.2-94-157, segrega y vende al señor Ariel Izacio Macías Fuentes, varón, panameño, mayor de edad, con cédula de identidad personal N°.2-700-1518, los derechos posesorios de un globo de terreno ubicado en El Roble, Corregimiento El Roble, Distrito de Aguadulce, Provincia de Coclé, con superficie aproximada de dos mil setecientos setenta y siete metros cuadrados con treinta y siete decímetros cuadrados (2,777.37 M²), comprendido dentro de los siguientes colindantes: Norte: Ariel Izacio Macías; Sur: Santiago Sandoval; Este: Aiza Cedeño de Villarreal; y Oeste: Eduardo Rodríguez.



Que a través de documento notariado en la Notaría Pública Duodécima, con fecha treinta (30) de octubre de dos mil veinte (2020), la señora María De Jesús García Villarreal de Garrido, mujer, panameña, mayor de edad, con cédula de identidad personal N°.2-54-857, vende a favor de Neftalí Joel Almanza García, varón, panameño, mayor de edad, con cédula de identidad personal N°.8-912-1642, los derechos posesorios de un (1) lote de terreno ubicado en La Loma Corregimiento El Roble, Distrito de Aguadulce, Provincia de Coclé, con superficie de mil doscientos cuarenta y un metros cuadrados con cincuenta y siete décimos cuadrados (1,241.57 M²), comprendido dentro de los siguientes colindantes: Norte: Servidumbre; Sur: Ascanio Jaén; Este: Ritela García; y Oeste: Enilda García.

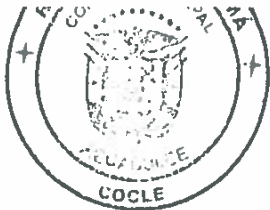
Que a través de documento notariado en la Notaría Pública Segunda del Circuito de Coclé, con fecha veintiocho (28) de febrero de dos mil dieciocho (2018), el señor Arturo Torres Madrid, varón, panameño, mayor de edad, con cédula de identidad personal N°.2-74-47, cede de manera gratuita a María Elena Torres Jiménez, mujer, panameña, mayor de edad, con cédula de identidad personal N°.2-158-526, los derechos posesorios de un (1) lote de terreno ubicado en Calle Panamá, Corregimiento Barrios Unidos, Distrito de Aguadulce, Provincia de Coclé, con superficie aproximada de setecientos veintidos metros cuadrados con sesenta y cinco décimos cuadrados (722.65 M²), comprendido dentro de los siguientes colindantes: Norte: Carina Rodríguez; Sur: Ángel Quirós; Este: Calle Panamá; y Oeste: Luis Herrera.

Que a través de nota fechada quince (15) de febrero de 2021, la señora Gloriela Meléndez de Castillo, mujer, panameña, mayor de edad, con cédula de identidad personal N°.2-58-692, solicita los derechos posesorios de un lote de terreno ubicado en El Estero, Corregimiento de El Cristo, Distrito de Aguadulce, Provincia de Coclé. Consta en el informe técnico de inspección realizado el 30 de marzo de 2021, que el lote de terreno tiene una superficie aproximada de setecientos metros cuadrados (700.00 M²); que está dentro de la finca 16270, Tomo 9413; comprendido dentro de los siguientes linderos: Norte: Calle; Sur: Dania Pinzón; Este: Domingo Meléndez; y Oeste: Carlos Castillo; que el predio tiene construcción (casa de bloques) con acceso a servicios públicos: agua, luz, teléfono, calle de tierra; que la solicitante tiene un tiempo de ocupación de aproximadamente veinte (20) años y que al momento de la inspección no se presentó oposición.

Que a través de nota fechada once (11) de mayo de 2021, el señor Noriel Xavier Agrazal Contreras, varón, panameño, mayor de edad, con cédula de identidad personal N°.2-723-776, solicita los derechos posesorios de un lote de terreno ubicado en el sector de La Loma, Barriada Bella Vista, Corregimiento de El Roble, Distrito de Aguadulce, Provincia de Coclé. Consta en el informe técnico de inspección realizado el 22 de junio de 2021, que el lote de terreno tiene una superficie aproximada de quinientos metros cuadrados con sesenta décimos cuadrados (500.60 M²); que está dentro de la finca 14689, Tomo 4994, Folio 3; comprendido dentro de los siguientes linderos: Norte: Rufina Jaén; Sur: Richard Agrazal; Este: Calle; y Oeste: Aidee Contreras; que el predio tiene construcción (casa de bloques) con acceso a servicios públicos: agua, luz, teléfono, calle asfaltada; que el solicitante tiene un tiempo de ocupación de siete (07) años y que al momento de la inspección no se presentó oposición.

Que a través de solicitud presentada por la Licenciada Alis Arlin González González, Abogada con idoneidad 9215, apoderada especial de Linda Yaritza Cisneros González, mujer, panameña, mayor de edad, con cédula de identidad personal N°.2-716-1017, solicita los derechos posesorios de un globo de terreno ubicado en el sector de La Poza, Corregimiento Virgen del Carmen, Distrito de Aguadulce, Provincia de Coclé. Consta en el informe técnico de inspección N°.25 realizado el 03 de mayo de 2021, que el lote de terreno tiene una superficie aproximada de trescientos metros cuadrados (300.00 M²), comprendido dentro de los siguientes linderos: Norte: Quebrada; Sur: Calle; Este: Bernardo Arrocha; y Oeste: Nidia Edith González; que el predio tiene construcción (casa de bloques); que cuenta con los servicios públicos, de agua, luz, teléfono, calle de tierra; que la solicitante tiene un tiempo de ocupación del lote de dos (02) años y que al momento de la inspección no se presentó oposición.

Que a través de nota fechada catorce (14) de abril de 2021, el señor Eric Ovidio Caballero Achurra, varón, panameño, mayor de edad, con cédula de identidad personal N°.2-137-200, solicita los derechos posesorios de un lote de terreno ubicado en la Barriada Canta Rana, Salitrosa, Corregimiento Pueblos Unidos, Distrito de Aguadulce, Provincia de Coclé. Consta en el informe técnico de inspección N°.26 realizado el 22 de junio de 2021, que el lote de terreno tiene una superficie aproximada de mil metros cuadrados (1,000.00M²); que está dentro de la finca 11896, Tomo 1714, Folio 38; comprendido dentro de los siguientes linderos: Norte: Mariela Caballero; Sur: Calle; Este: Hildebrando caballero; y Oeste: Servidumbre; que el predio tiene construcción (casa de bloques) con acceso a servicios públicos: agua, luz, teléfono, calle asfaltada; que el solicitante tiene un tiempo de ocupación de veintiseis (26) años y que al momento de la inspección no se presentó oposición.



Que mediante escritura pública N°.585 de 14 de junio de 2021, corrida en la Notaría Pública Segunda del Circuito de Coclé, el señor Samuel Reyes Cruz, varón, panameño, mayor de edad, con cédula de identidad personal N°.2-76-1865 vende a Samuel Arturo Reyes González, varón, panameño, mayor de edad, con cédula de identidad personal N°.2-705-1115, los derechos posesorios sobre un lote de terreno ubicado en Calle 8 de diciembre, Corregimiento Barrios Unidos, Distrito de Aguadulce, Provincia de Coclé, con una superficie aproximada de ochocientos cincuenta y seis metros cuadrados con cincuenta y cinco decímetros cuadrados (856.55 M²), comprendido dentro de los siguientes linderos: Norte: MIVI (Barriada Don Bosco); Sur: Calle 8 de diciembre; Este: José Cruz y Miriam Cruz; y Oeste: Víctor Escudero.

Que mediante escritura pública N°.613 de 23 de junio de 2021, corrida en la Notaría Pública Segunda del Circuito de Coclé, la señora Livia Raquel Díaz Acuña, mujer, panameña, mayor de edad, con cédula de identidad personal N°.2-27-17 cede a Lidia del Carmen Castroverde Herrera, mujer, panameña, mayor de edad, con cédula de identidad personal N°.2-88-2049; y a Agustina Rosalía Acuña De León, mujer, panameña, mayor de edad, con cédula de identidad personal N°.2-44-872, los derechos posesorios de un globo de terreno ubicado en Calle San Juan De Dios, Corregimiento Barrios Unidos, Distrito de Aguadulce, Provincia de Coclé, con superficie aproximada de mil ciento noventa y seis metros cuadrados con treinta y ocho decímetros cuadrados (1,196.38 M²), comprendido dentro de los siguientes linderos: Norte: Juana Medina y Generoso Ábrego; Sur: Fredis Poveda; Este: Calle San Juan De Dios; y Oeste: Generoso Ábrego.

Que todos los solicitantes han cumplido con los requisitos que establece el Acuerdo Municipal N°.25 de 19 de marzo de 2019;

ACUERDA:

ARTÍCULO 1. Aprobar los Contratos de Arrendamiento de terrenos municipales que se describen en los considerandos del presente Acuerdo Municipal, los cuales serán suscritos entre el Alcalde del Distrito de Aguadulce, en representación del Municipio de Aguadulce y las siguientes personas:

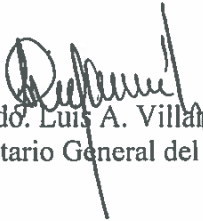
Nº.	NOMBRE	CÉDULA
1	Rosa Evelia Torres Cisneros	2-143-857
2	Stalin Sergio Sánchez González	2-64-75
3	Carlos Alberto Sarmiento Obaldía	2-129-457
4	Jostin Alexander Villega González	2-747-322
5	Olga Edith Espinosa Canto	9-121-1191
6	Luz Milena González De León de Fuentes	2-149-496
7	Carlos Argilio Ortega Tuñón	2-99-411
8	Herminia Camargo Jaén	2-122-896
9	Emilia Quintero Campos	6-68-697
	Gloria Mariza López Quintero	6-715-1270
	Damariz Isabella López Quintero	6-723-270
	Fran Ernesto López Quintero	6-721-2497
10	Ariel Izacio Macías Fuentes	2-700-1518
11	Nefalí Joel Almanza García	8-912-1642
12	María Elena Torres Jiménez	2-158-526
13	Gloriela Meléndez de Castillo	2-58-692
14	Noriel Xavier Agrazal Contreras	2-723-776
15	Linda Yaritza Cisneros González	2-716-1017
16	Eric Ovidio Caballero Achurra	2-137-200
17	Samuel Arturo Reyes González	2-705-1115
18	Lidia del Carmen Castroverde Herrera	2-88-2049
	Agustina Rosalía Acuña De León	2-44-872

ARTÍCULO 2. Este Acuerdo rige a partir de su sanción.

DADO EN EL SALÓN DE SESIONES DEL CONCEJO MUNICIPAL DEL DISTRITO DE AGUADULCE, A LOS DIECISIETE (17) DÍAS DEL MES DE AGOSTO DE DOS MIL VEINTIUNO (2021).


H.C. Raúl Euclides Romero Ortiz
Presidente de Concejo Municipal




Licdo. Luis A. Villarrué G.
Secretario General del Concejo

Pág.5

Acuerdo N°.65 de 17 de agosto de 2021

ALCALDÍA MUNICIPAL DEL DISTRITO DE AGUADULCE.

Aguadulce, 20 de agosto de 2021

SANCIÓN

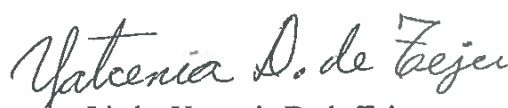
VISTOS:

Se aprueba en todas sus partes el Acuerdo Municipal N°.65 de 17 de agosto de dos mil veintiuno (2021), por medio del cual se aprueban contratos de arrendamiento de tierras municipales.

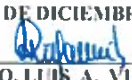
COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE


Licdo. Jorge Luis Herrera
Alcalde del Distrito de Aguadulce




Licda. Yalcenia D. de Tejera
Secretaria General de la Alcaldía

El suscrito, Secretario del Concejo Municipal
del Distrito de Aguadulce,
CERTIFICA:
QUE ESTE DOCUMENTO ES FIEL COPIA DE SU
ORIGINAL
10 DE DICIEMBRE DE 2021


LICDO. LUIS A. VILLARRUE G.
Secretario del Concejo Municipal



ACUERDO N°.66
(De 24 de agosto de 2021)

Por medio del cual se aprueba contrato de compra venta de terreno municipal.

EL CONCEJO MUNICIPAL DE AGUADULCE,
CONSIDERANDO:

Que a través de solicitud de adjudicación de terreno municipal, número de registro 022-2020, fechada 19 de noviembre de 2020, ÁNGEL MARÍA BONILLA CASTILLO, varón, panameño, mayor de edad, portador de la cédula de identidad personal N°.2-98-2533, ha solicitado la adjudicación a título de plena propiedad por venta de un (1) lote de terreno ubicado en Calle Segunda Los Castillos, Corregimiento El Cristo, Distrito de Aguadulce, Provincia de Coclé, el cual se describe en el Plano N°.020102-40340, inscrito en la Autoridad Nacional de Administración de Tierras, el día 05 de febrero de 2020. Dicho lote de terreno tiene una superficie de DOSCIENTOS CINCUENTA METROS CUADRADOS CON SESENTA Y TRES DECÍMETROS CUADRADOS (250.63M²), perteneciente a las áreas adjudicables de la finca propiedad del Municipio de Aguadulce Folio Real N°.2941, Tomo 345, Folio 224, comprendido dentro de los siguientes linderos: Norte: Temístocles Ortiz e Ingrid Fernández; Sur: Santiago Castillo; Este: Rosaura Castillo; y Oeste: Calle Segunda Los Castillos.

Que adjunto a la solicitud presenta tres copias de planos del terreno; informe de mensura, ocho balboas de timbres fiscales, informe técnico de inspección, constancia de derechos posesorios, paz y salvo municipal, hoja de notificación de colindantes, y constancia de las publicaciones de edictos en la Gaceta Oficial, periódicos, en la Alcaldía y en la Casa de Justicia de Paz del Corregimiento de El Cristo.

Que el artículo 31 del Acuerdo Municipal N°.25 de 19 de marzo de 2019, que dicta disposiciones relativas a la venta, uso, arrendamiento y adjudicación de lotes y tierras municipales señala que "Cumplidos los trámites y requisitos para la adjudicación definitiva de terrenos municipales, el Alcalde remitirá al Concejo Municipal el Proyecto de Acuerdo para la aprobación del Contrato de Compra Venta, Arrendamiento o uso, con el expediente que debe contener todos los documentos exigidos por el presente Acuerdo Municipal y las disposiciones legales que le sean aplicables"

Que cumplidos los trámites y habiendo lugar a la adjudicación definitiva, el departamento de Ingeniería Municipal señaló el precio del lote de terreno en la suma de doscientos ochenta y nueve balboas con cuarenta y ocho centavos (B/.289.48), suma que fue cancelada totalmente en la Tesorería Municipal de Aguadulce con el Recibo N°.397199 de 19 de marzo de 2021; y mediante Resolución N°.08-2021 de fecha 13 de abril de 2021, el Alcalde Municipal del Distrito de Aguadulce declara a ÁNGEL MARÍA BONILLA CASTILLO, con cédula de identidad personal N°.2-98-2533, comprador legítimo del lote de terreno antes descrito, con derecho a que se le expida la correspondiente escritura pública, con las restricciones de ley.

ACUERDA:

ARTÍCULO 1. Aprobar contrato de compra y venta de terreno municipal entre el Municipio de Aguadulce, representado por el Alcalde Municipal y ÁNGEL MARÍA BONILLA CASTILLO, con cédula de identidad personal N°.2-98-2533 de un lote de terreno municipal, con superficie de **DOSCIENTOS CINCUENTA METROS CUADRADOS CON SESENTA Y TRES DECÍMETROS CUADRADOS (250.63M²)**, descrito en el primer considerando de este Acuerdo Municipal.

DADO EN EL SALÓN DE SESIONES DEL CONCEJO MUNICIPAL DE AGUADULCE, A LOS VEINTICUATRO (24) DÍAS DEL MES DE AGOSTO DE DOS MIL VEINTIUNO (2021).


H.C. Raúl Euclides Romero Ortiz
Presidente de Concejo Municipal




Licdo. Luis A. Villarrué G.
Secretario General del Concejo

ALCALDÍA MUNICIPAL DEL DISTRITO DE AGUADULCE.
Aguadulce, 31 de agosto de 2021

SANCIÓN

VISTOS:

Se aprueba en todas sus partes el Acuerdo Municipal N°.66 de 24 de agosto de dos mil veintiuno (2021), por medio del cual se aprueba contrato de compra venta de terreno municipal.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE


Licdo. Jorge Luis Herrera
Alcalde del Distrito de Aguadulce




Licda. Yacenia D. de Tejera
Secretaria General de la Alcaldía

El suscrito, Secretario del Concejo Municipal
del Distrito de Aguadulce,
CERTIFICA:
QUE ESTE DOCUMENTO ES FIEL COPIA DE SU
ORIGINAL
10 DE DICIEMBRE DE 2021

LICDO. LUIS A. VILLARRUÉ G.
Secretario del Concejo Municipal



ACUERDO N°.70
(De 24 de agosto de 2021)

Por medio del cual se aprueba contrato de compra venta de terreno municipal.

EL CONCEJO MUNICIPAL DE AGUADULCE,
CONSIDERANDO:

Que a través de solicitud de adjudicación de terreno municipal número de registro 002-2020 de fecha 24 de enero de 2020, JORGE ANTONIO GRAELL MENESES, varón, panameño, mayor de edad, portador de la cédula de identidad personal N°.2-88-1388, solicitó la adjudicación a título de plena propiedad por venta de un (1) lote de terreno ubicado en Calle La Ciénaga, Corregimiento de Pocrí, Distrito de Aguadulce, Provincia de Coclé, el cual se describe en el Plano N°.020104-40108, inscrito en la Autoridad Nacional de Administración de Tierras, el día 07 de enero de 2020. Dicho lote de terreno tiene una superficie de QUINIENTOS CINCUENTA Y SEIS METROS CUADRADOS CON SETENTA Y DOS DECÍMETROS CUADRADOS (556.72M²), perteneciente a las áreas adjudicables de la finca propiedad del Municipio de Aguadulce Folio Real o finca N°.2985, tomo 345, folio 408, código de ubicación 2004, comprendido dentro de los siguientes linderos: Norte: Ibis Banesa de la Rosa; Sur: Thelma Vargas de Bósquez; Este: Calle La Ciénaga; y Oeste: Resto libre de la Finca Folio Real N°.2985 propiedad del Municipio de Aguadulce.

Que adjunto a la solicitud presenta tres copias de planos del terreno; informe de mensura, ocho balboas de timbres fiscales, informe técnico de inspección, constancia de derechos posesorios, paz y salvo municipal, hoja de notificación de colindantes, y constancia de las publicaciones de edictos en la Gaceta Oficial, periódicos, en la Alcaldía y en la Casa de Justicia de Paz del Corregimiento de Pocrí.

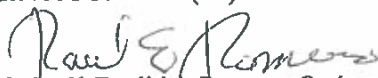
Que el artículo 31 del Acuerdo Municipal N°.25 de 19 de marzo de 2019, que dicta disposiciones relativas a la venta, uso, arrendamiento y adjudicación de lotes y tierras municipales señala que "Cumplidos los trámites y requisitos para la adjudicación definitiva de terrenos municipales, el Alcalde remitirá al Concejo Municipal el Proyecto de Acuerdo para la aprobación del Contrato de Compra Venta, Arrendamiento o uso, con el expediente que debe contener todos los documentos exigidos por el presente Acuerdo Municipal y las disposiciones legales que le sean aplicables"

Que cumplidos los trámites y habiendo lugar a la adjudicación definitiva, el departamento de Ingeniería Municipal señaló el precio del lote de terreno en la suma de mil ciento sesenta y nueve balboas con once centavos (B/.1,169.11, suma que fue totalmente cancelada en la Tesorería Municipal de Aguadulce con el Recibo N°.401012 de 20 de mayo de 2021; y mediante Resolución N°.11-2021 de 28 de abril de 2021, el Alcalde Municipal del Distrito de Aguadulce declara a JORGE ANTONIO GRAELL MENESES, con cédula de identidad personal N°.2-88-1388, comprador legítimo del lote de terreno antes descrito, con derecho a que se le expida la correspondiente escritura pública, con las restricciones de ley.

ACUERDA:

ARTÍCULO 1. Aprobar contrato de compra y venta de terreno municipal entre el Municipio de Aguadulce, representado por el Alcalde Municipal y JORGE ANTONIO GRAELL MENESES, con cédula de identidad personal N°.2-88-1388 de un lote de terreno municipal, con superficie de QUINIENTOS CINCUENTA Y SEIS METROS CUADRADOS CON SETENTA Y DOS DECÍMETROS CUADRADOS (556.72M²), descrito en el primer considerando de este Acuerdo Municipal.

DADO EN EL SALÓN DE SESIONES DEL CONCEJO MUNICIPAL DE AGUADULCE, A LOS VEINTICUATRO (24) DÍAS DEL MES DE AGOSTO DE DOS MIL VEINTIUNO (2021).


H.C. Raúl Euclides Romero Ortiz
Presidente de Concejo Municipal




Licdo. Luis A. Villarrué G.
Secretario General del Concejo

ALCALDÍA MUNICIPAL DEL DISTRITO DE AGUADULCE.
Aguadulce, 31 de agosto de 2021

SANCIÓN

VISTOS:

Se aprueba en todas sus partes el Acuerdo Municipal N°.70 de 24 de agosto de dos mil veintiuno (2021), por medio del cual se aprueba contrato de compra venta de terreno municipal.


Licdo. Jorge Luis Herrera
Alcalde del Distrito de Aguadulce

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE




Licda. Yatcenia D. de Tejera
Secretaria General de la Alcaldía

El suscrito, Secretario del Concejo Municipal
del Distrito de Aguadulce,
CERTIFICA:
QUE ESTE DOCUMENTO ES FIEL COPIA DE SU
ORIGINAL
10 DE DICIEMBRE DE 2021


LICDO. LUIS A. VILLARRUE G.
Secretario del Concejo Municipal



ACUERDO N°71
(De 08 de septiembre de 2021)

Por medio del cual se aprueba un Crédito Suplementario al Presupuesto del Municipio de Aguadulce de la Vigencia Fiscal 2021.

EL CONCEJO MUNICIPAL DE AGUADULCE,



CONSIDERANDO

Que la Ley 106 de 8 de octubre de 1973, modificada por la Ley 52 de 12 de diciembre de 1984 establece en el artículo 57, numeral 9 entre las atribuciones del Tesorero Municipal “Formar los expedientes relativos a créditos adicionales al presupuesto, devoluciones de ingresos y contratos sobre servicios municipales”;

Que la Autoridad Nacional de Descentralización y su director, Licdo. Francisco Vigil Ch., transfirieron la suma de ciento noventa y nueve mil balboas (B/.199,000.00 a la Cuenta del Municipio de Aguadulce N°.10000030340;

Que el día 20 de agosto de 2021 se recibió la transferencia mediante ordenación N°.0418652021147003091470 por la suma de ciento noventa y nueve mil balboas (B/.199,000.00);

ACUERDA:

ARTICULO 1. APROBAR un Crédito Suplementario al Presupuesto Municipal de la vigencia fiscal 2021, por la suma de ciento noventa y nueve mil balboas (B/.199,000.00), para reforzar los siguientes códigos:

INGRESOS

Código	Saldo en Banco	Aumenta	Presupuesto Modificado
507.1.4.2.0.01	B/.1,325,000.00	B/.199,000.00	B/.1,524,000.00

EGRESOS ALCALDÍA MUNICIPAL

Código	Presupuestado	Aumenta	Presupuesto Modificado
507.0.1.02.01.001.003	335,740.00	84,000.00	419,740.00
507.0.1.02.01.001.050	53,300.00	5,000.00	58,300.00
507.0.1.02.01.001.071	88,400.00	8,000.00	96,400.00
507.0.1.02.01.001.072	10,160.00	1,150.00	11,310.00
507.0.1.02.01.001.073	13,070.00	1,150.00	14,220.00
507.0.1.02.01.001.074	2,190.00	300.00	2,490.00
507.0.1.02.01.001.076	2,840.00	400.00	3,240.00
507.0.1.02.01.001.581	124,000.00	99,000.00	223,000.00
	629,700.00	199,000.00	828,700.00

Pág.2

Acuerdo N°.71 de 08 de septiembre de 2021

ARTÍCULO 2. De acuerdo a la Circular de la Autoridad Nacional de Descentralización, N°.001-2021, del 14 de julio de 2021, para la utilización de Fondos de Asistencia del Gobierno Central se utilizará en los siguientes renglones:

Del punto N°.13 se utilizó en el código de gasto 003.

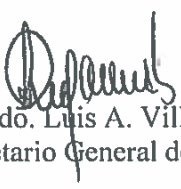
Del punto N°.14 se utilizó en el código de gasto 581.

ARTÍCULO 3. Este Acuerdo rige a partir de su sanción.

DADO EN EL SALÓN DE SESIONES DEL CONCEJO MUNICIPAL DE AGUADULCE, A LOS OCHO (08) DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DE DOS MIL VEINTIUNO (2021).


H.C. Nelvin Castillo Villarreal
Presidente del Concejo, Encargado




Licdo. Luis A. Villarrué G.
Secretario General del Concejo

ALCALDÍA MUNICIPAL DEL DISTRITO DE AGUADULCE.

Aguadulce, 10 de septiembre de 2021

SANCIÓN

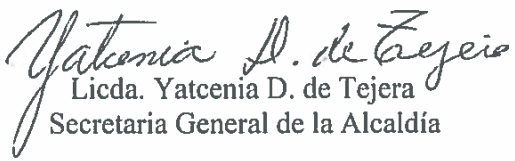
VISTOS:

Se aprueba en todas sus partes el Acuerdo Municipal N°.71 de 08 de septiembre de dos mil veintiuno (2021), por medio del cual se aprueba un Crédito Suplementario al Presupuesto del Municipio de Aguadulce de la Vigencia Fiscal 2021.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE


Licdo. Jorge Luis Herrera
Alcalde del Distrito de Aguadulce




Licda. Yatcenia D. de Tejera
Secretaria General de la Alcaldía

El suscrito, Secretario del Concejo Municipal
del Distrito de Aguadulce,
CERTIFICA:
QUE ESTE DOCUMENTO ES FIEL COPIA DE SU
ORIGINAL
10 DE DICIEMBRE DE 2021


LICDO. LUIS A. VILLARRUÉ G.
Secretario del Concejo Municipal



ACUERDO N°.72
(De 14 de septiembre de 2021)

Por medio del cual se aprueban contratos de arrendamiento de tierras municipales.

EL CONCEJO MUNICIPAL DE AGUADULCE,

CONSIDERANDO:

Que el artículo 31 del Acuerdo Municipal N°.25 de 19 de marzo de 2019, publicado en Gaceta Oficial N°.28795 de 13 de junio de 2019, que dicta disposiciones relativas a la venta, uso, arrendamiento y adjudicación de lotes y tierras municipales, señala que “Cumplidos los trámites y requisitos para la adjudicación definitiva de terrenos municipales, el Alcalde remitirá al Concejo Municipal el Proyecto de Acuerdo para la aprobación del Contrato de Compra Venta, Arrendamiento o uso, con el expediente que debe contener todos los documentos exigidos por el Acuerdo Municipal y las disposiciones legales que le sean aplicables”.

Que a través de nota fechada diecisiete (17) de marzo de dos mil veintiuno (2021), el señor Julio Ernesto Martínez Him, varón, panameño, mayor de edad, portador de la cédula de identidad personal N°.2-46-808, solicita la adjudicación de los derechos posesorios de un lote de terreno ubicado en Calle Veraguas. Consta en el informe técnico de inspección N°.28 realizado el 27 de abril de 2021, que el lote de terreno solicitado está dentro de la finca municipal N°.2679, Tomo N°.322; Folio N°.156; que está ubicado en Calle Veraguas, Corregimiento Barrios Unidos, Distrito de Aguadulce, Provincia de Coclé; que tiene una superficie aproximada de cuatrocientos metros cuadrados (400.00 M²); que existe una construcción (casa de bloques); y está comprendido dentro de los siguientes linderos: Norte: Beatriz Rodríguez; Sur: Aurea de Batista; Este: Viviana Aguilar; y Oeste: Calle; que el predio tiene acceso a servicios públicos: agua, luz, teléfono, calle asfaltada; que el solicitante tiene un tiempo de ocupación de aproximadamente treinta (30) años aproximadamente y que al momento de la inspección no se presentó oposición.

Que mediante documento notariado en la Notaría Pública Segunda de Coclé, con fecha cinco (05) de julio de dos mil veintiuno (2021), el señor Rafael Ernesto Ortega Delgado, varón, panameño, mayor de edad, portador de la cédula de identidad personal N°.2-76-106, traspasa a título de venta a favor de Matilde Celina Ruiloba Sánchez de Fuentes, mujer, panameña, mayor de edad, portadora de la cédula de identidad personal N°.2-98-175, los derechos posesorios de un (1) lote de terreno ubicado en El Roble, Corregimiento El Roble, Distrito de Aguadulce, Provincia de Coclé, con superficie aproximada de dos mil metros cuadrados (2,000.00M²), comprendido dentro de los siguientes colindantes: Norte: Argelis Villarreal Hernández; Sur: Calle de tierra; Este: Rafael Ortega Delgado; y Oeste: Omar Castroverde.

Que a través de nota fechada siete (07) de julio de dos mil veintiuno (2021), el señor Rigoberto Edier Tuñón Vergara, varón, panameño, mayor de edad, portador de la cédula de identidad personal N°.2-737-1903, solicita la adjudicación de los derechos posesorios de un lote de terreno ubicado en El Estero San José. Consta en el informe técnico de inspección N°.28 realizado el 20 de julio de 2021, que el lote de terreno solicitado está dentro de la finca municipal N°.16270, Tomo N°.9413; que está ubicado en El Estero San José, Corregimiento El Cristo, Distrito de Aguadulce, Provincia de Coclé; que tiene una superficie aproximada de seiscientos metros cuadrados (600.00 M²), y está comprendido dentro de los siguientes linderos: Norte: Calle; Sur: Efraín Castillo; Este: Luz Castillo; y Oeste: Rigoberto Tuñón y otros; que el predio tiene acceso a servicios públicos: agua, luz, teléfono, calle asfaltada; que el solicitante tiene un tiempo de ocupación de veinte (20) años aproximadamente y que al momento de la inspección no se presentó oposición.

Que a través de nota fechada diecinueve (19) de julio de dos mil veintiuno (2021), la señora Loira Yrabia Rujano Agrazal de Rivera, mujer, panameña, mayor de edad, portadora de la cédula de identidad personal N°.9-700-978, solicita la adjudicación de los derechos posesorios de un lote de terreno ubicado en La Loma, Corregimiento el Roble. Consta en el informe técnico de inspección realizado el 18 de agosto de 2021, que el lote de terreno solicitado está dentro de la finca municipal N°.14689, Tomo N°.2003; Folio N°.3; que está ubicado en La Loma, Corregimiento El Roble, Distrito de Aguadulce, Provincia de Coclé; que tiene una superficie aproximada de quinientos dieciseis metros cuadrados con noventa y cuatro decímetros cuadrados (516.94M²); con acceso a servicios públicos: agua, luz, teléfono, calle asfaltada que hay una construcción (casa de bloques); que está comprendido dentro de los siguientes linderos: Norte: Calle; Sur: Calle; Este: Adán Canto; y Oeste: Rubiceira Rodríguez; que el predio tiene acceso a servicios públicos: agua, luz, teléfono, calle asfaltada; que la solicitante tiene un tiempo de ocupación de aproximadamente treinta (30) años; y que al momento de la inspección no se presentó oposición.

Que mediante documento notariado en la Notaría Pública Segunda de Coclé, con fecha catorce (14) de septiembre de dos mil veinte (2020), el señor Onofre José Batista Escribano, varón, panameño, mayor de edad, portador de la cédula de identidad personal N°.6-48-1599, traspasa a favor de su sobrino José Antonio Batista Mendieta, varón, panameño, mayor de edad, portador de la cédula de identidad personal N°.2-727-2367, los derechos posesorios de un (1) lote de terreno ubicado en Calle Uruguay, Barriada Nazareno, Corregimiento Barrios Unidos, Distrito de Aguadulce, Provincia de Coclé, comprendido dentro de los siguientes colindantes: Norte: Rolando Carrión; Sur: Cecilia Díaz; Este: Dalys Mireya Batista; y Oeste: Catalino Batista Escribano.

Que todos los solicitantes han cumplido con los requisitos que establece el Acuerdo Municipal N°.25 de 19 de marzo de 2019;

ACUERDA:

ARTÍCULO 1. Aprobar los Contratos de Arrendamiento de terrenos municipales que se describen en los considerandos del presente Acuerdo Municipal, los cuales serán suscritos entre el Alcalde del Distrito de Aguadulce, en representación del Municipio de Aguadulce y las siguientes personas:

Nº.	NOMBRE	CÉDULA
1	Julio Ernesto Martínez Him	2-46-808
2	Matilde Celina Ruiloba Sánchez de Fuentes	2-98-175
3	Rigoberto Edier Tuñón Vergara	2-737-1903
4	Loira Yarabia Rujano Agrazal de Rivera	9-700-978
5	José Antonio Batista Mendieta	2-727-2367

ARTÍCULO 2. Este Acuerdo rige a partir de su sanción.

DADO EN EL SALÓN DE SESIONES DEL CONCEJO MUNICIPAL DEL DISTRITO DE AGUADULCE, A LOS CATORCE (14) DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DE DOS MIL VEINTIUNO (2021).


H.C. Raúl Euclides Romero Ortiz
Presidente de Concejo Municipal




Licdo. Luis A. Villarrué G.
Secretario General del Concejo

ALCALDÍA MUNICIPAL DEL DISTRITO DE AGUADULCE.

Aguadulce, 16 de septiembre de 2021

SANCIÓN

VISTOS:
Se aprueba en todas sus partes el Acuerdo Municipal N°.72 de 14 de septiembre de dos mil veintiuno (2021), por medio del cual se aprueban contratos de arrendamiento de tierras municipales.

COMUNIQUESE Y CÚMPLASE


Licdo. Jorge Luis Herrera
Alcalde del Distrito de Aguadulce




Licda. Yacenia D. de Tejera
Secretaria General de la Alcaldía

El suscrito, Secretario del Concejo Municipal
del Distrito de Aguadulce,
CERTIFICA:
QUE ESTE DOCUMENTO ES FIEL COPIA DE SU
ORIGINAL
10 DE DICIEMBRE DE 2021


LICDO. LUIS A. VILLARRUÉ G.
Secretario del Concejo Municipal



ACUERDO N°.74
(De 12 de octubre de 2021)

Por medio del cual autoriza al Alcalde del Distrito de Aguadulce para que suscriba los documentos necesarios con el Banco Nacional de Panamá para que el pago de las planillas de los funcionarios del Municipio de Aguadulce se realice a través de transferencias bancarias.

EL CONCEJO MUNICIPAL DEL DISTRITO DE AGUADULCE,

CONSIDERANDO:

Que la Ley 106 de 8 de octubre de 1973, modificada por la Ley 52 de 12 de diciembre de 1984 establece que los Consejos Municipales regularán la vida jurídica de los Municipios por medio de Acuerdos que tienen fuerza de ley dentro del respectivo Distrito;

Que el Alcalde es el jefe de la Administración Municipal y como tal le corresponde la representación legal del Municipio como organización política autónoma;

Que el Municipio de Aguadulce está gestionando con el Banco Nacional de Panamá los servicios de banca en línea para el pago de las planillas de los funcionarios municipales;

Que esta acción conlleva a la modernización de los Municipios y al ahorro de papelería y tiempo en la confección de cheques;

Que por las consideraciones expuestas,

ACUERDA

ARTÍCULO 1: Autorizar al Alcalde del Distrito de Aguadulce para que suscriba los documentos necesarios con el Banco Nacional de Panamá para que el pago de las planillas de los funcionarios del Municipio de Aguadulce se realice a través de transferencias bancarias.

ARTÍCULO 2. Este Acuerdo entra a regir a partir de su sanción y promulgación.

DADO EN EL SALÓN DE SESIONES DEL CONCEJO MUNICIPAL DE AGUADULCE, A LOS DOCE (12) DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DE DOS MIL VEINTIUNO (2021).

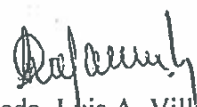
FUNDAMENTO DE DERECHO:

Constitución Política de la República de Panamá.

Ley 106 de 8 de octubre de 1973, modificada por la Ley 52 de 12 de diciembre de 1984.


H.C. Nelvin Castillo Villarreal
Presidente de Concejo Municipal, Encargado




Licdo. Luis A. Villarrué G.
Secretario General del Concejo

Pág. 2

Acuerdo N°.74 de 12 de octubre de 2021

ALCALDÍA MUNICIPAL DEL DISTRITO DE AGUADULCE.

Aguadulce, 21 de octubre de 2021

SANCIÓN

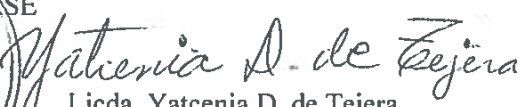
VISTOS:

Se aprueba en todas sus partes el Acuerdo Municipal N°.74 de 12 de octubre de dos mil veintiuno (2021), por medio del cual autoriza al Alcalde del Distrito de Aguadulce para que suscriba los documentos necesarios con el Banco Nacional de Panamá para que el pago de las planillas de los funcionarios del Municipio de Aguadulce se realice a través de transferencias bancarias.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE



Licdo. Jorge Luis Herrera
Alcalde del Distrito de Aguadulce



Licda. Yacenia D. de Tejera
Secretaria General de la Alcaldía

El suscrito, Secretario del Concejo Municipal
del Distrito de Aguadulce,
CERTIFICA:
QUE ESTE DOCUMENTO ES FIEL COPIA DE SU
ORIGINAL
10 DE DICIEMBRE DE 2021


LICDO. LUIS A. VILLARRUÉ G.
Secretario del Concejo Municipal



ACUERDO N°93
(De 30 de noviembre de 2021)

Por medio del cual se aprueba un Crédito Suplementario al Presupuesto del Municipio de Aguadulce de la Vigencia Fiscal 2021.

EL CONCEJO MUNICIPAL DE AGUADULCE,
CONSIDERANDO

Que la Ley 106 de 8 de octubre de 1973, modificada por la Ley 52 de 12 de diciembre de 1984 establece en el artículo 57, numeral 9 entre las atribuciones del Tesorero Municipal “Formar los expedientes relativos a créditos adicionales al presupuesto, devoluciones de ingresos y contratos sobre servicios municipales”;

Que la Autoridad Nacional de Descentralización y su director, Licdo. Francisco Vigil Ch., autorizó transferir la suma de ciento noventa y cinco mil balboas (B/.195,000.00 a la Cuenta del Municipio de Aguadulce N°.10000030340;

Que el día 2 de noviembre de 2021 el Ministerio de Economía y Finanzas, mediante transferencia y la ordenación N°.BL-00000434712021147004241470 se recibió la suma de ciento noventa y cinco mil balboas (B/.195,000.00);

ACUERDA:

ARTICULO 1. APROBAR un Crédito Suplementario al Presupuesto Municipal de la vigencia fiscal 2021, por la suma de CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL BALBOAS (B/.195,000.00), para reforzar los siguientes códigos:

INGRESOS

Código	Saldo en Banco	Aumenta	Presupuesto Modificado
507.1.4.2.0.01	B/.1,524,000.00	B/.195,000.00	B/.1,719,000.00

EGRESOS ALCALDÍA MUNICIPAL

Código	Presupuestado	Aumenta	Presupuesto Modificado
507.0.1.02.01.001.109	54,000.00	155,000.00	209,000.00
507.0.1.02.01.001.633	50,000.00	40,000.00	90,000.00
	104,000.00	195,000.00	299,000.00

ARTÍCULO 2. Tomando en consideración y basándonos en la Circular de la Autoridad Nacional de Descentralización N°.001-2021, del 14 de julio de 2021, para la utilización de Fondos de Asistencia del Gobierno Central se utilizará en los siguientes renglones:

Del punto N°.4 se utilizó en el código de gasto 633.
Del punto N°.13 se utilizó en el código de gasto 109.

Pág.2

Acuerdo N°.93 de 30 de noviembre de 2021

ARTÍCULO 3. Este Acuerdo rige a partir de su sanción.

DADO EN EL SALÓN DE SESIONES DEL CONCEJO MUNICIPAL DE AGUADULCE, A LOS TREINTA (30) DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE DOS MIL VEINTIUNO (2021).


H.C. Raúl Euclides Romero Ortiz
Presidente del Concejo Municipal




Licdo. Luis A. Villarrué G.
Secretario General del Concejo

ALCALDÍA MUNICIPAL DEL DISTRITO DE AGUADULCE.

Aguadulce, 07 de diciembre de 2021

SANCIÓN

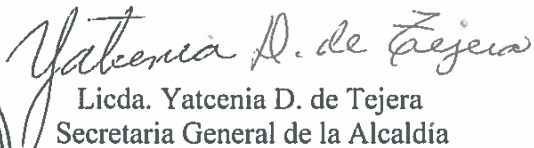
VISTOS:

Se aprueba en todas sus partes el Acuerdo Municipal N°.93 de 30 de noviembre de dos mil veintiuno (2021), por medio del cual se aprueba un Crédito Suplementario al Presupuesto del Municipio de Aguadulce de la Vigencia Fiscal 2021.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE


Licdo. Jorge Luis Herrera
Alcalde del Distrito de Aguadulce




Licda. Yatcenia D. de Tejera
Secretaria General de la Alcaldía

El suscrito, Secretario del Concejo Municipal
del Distrito de Aguadulce,
CERTIFICA:
QUE ESTE DOCUMENTO ES FIEL COPIA DE SU
ORIGINAL
10 DE DICIEMBRE DE 2021


LICDO. LUIS A. VILLARRUÉ G.
Secretario del Concejo Municipal



ACUERDO N°.95
(De 07 de diciembre de 2021)

Por el cual se autoriza al Alcalde del Distrito de Aguadulce a realizar contratación directa para alquilar camiones recolectores de basura.

EL CONCEJO MUNICIPAL DE AGUADULCE,

CONSIDERANDO:

Que la prestación del servicio de recolección de desechos sólidos constituye uno de los importantes servicios básicos que deben recibir los ciudadanos para contar con condiciones de vida que les permitan acceder a una mejor calidad de vida, razón por la cual resulta de tanta importancia mantener niveles de calidad elevados en la prestación de este servicio;

Que el texto único de la Ley 22 de 27 de junio de 2006 establece la facultad que tiene la entidad licitante de elegir directamente al contratista, sin que exista competencia entre oferentes, fundamentándose en las excepciones establecidas en esta Ley;

Que el artículo 73 de la enunciada Ley sobre el procedimiento excepcional y procedimiento especial de contratación, en el numeral 1 establece lo siguiente:

“Artículo 73. Causales. Las entidades o instituciones públicas que se encuentran dentro del ámbito de aplicación de esta Ley procurarán utilizar adecuadamente los procedimientos de selección de contratista, fundamentando sus actuaciones en los principios de transparencia, economía, responsabilidad, eficacia, publicidad y debido proceso. No obstante, cuando se produzcan hechos o circunstancias por los cuales la celebración de cualquiera de los procedimientos de selección de contratista establecidos en el artículo 51 ponga en riesgo la satisfacción de los requerimientos e intereses del estado, dichas entidades o instituciones podrán acogerse al procedimiento excepcional de contratación en los casos siguientes:

1. Los contratos para la adquisición o arrendamiento de bienes o servicios, en los que el Estado actúe en calidad de arrendador o arrendatario, así como la venta de bienes o servicios del Estado, en la que no haya más de un oferente o en aquellos que no haya sustituto adecuado, siempre que la venta no esté fundamentada en la existencia de derechos posesorios sobre inmuebles. Se entenderá que la aprobación del contrato no comprende un acto de reconocimiento de derecho alguno.”

Que el numeral 7 del artículo 17 de la Ley 106 de 8 de octubre de 1973, modificada por la Ley 52 de 12 de diciembre de 1984 establece que es facultad del Concejo Municipal “Disponer de los bienes y derechos del Municipio y adquirir los que sean necesarios para la eficiente prestación de los servicios públicos municipales, con las limitaciones que establezca la Ley;

ACUERDA:

ARTÍCULO 1. Autorizar al Alcalde del Distrito de Aguadulce para que realice contratación directa para el servicio de alquiler de camiones volquetes para la recolección de basura (desechos sólidos) en el Distrito de Aguadulce, por nueve (9) meses, periodo que comprende de enero a septiembre de dos mil veintiuno (2021), a los siguientes contratistas:

Pág. 2

Acuerdo N°.95 de 07 de diciembre de 2021

CONTRATISTA	MONTO	MESES
TRIANA MARÍA JAÉN PINZÓN	B/.54,000.00	9
TRANSPORTE NOEL HILBERT	B/.54,000.00	9
TRANSPORTE CÉSAR	B/.54,000.00	9
MULTISERVICIOS POLANCO, S.A.	B/.54,000.00	9

ARTÍCULO 2. Para cancelar los alquileres de los camiones volquetes se cuenta con la suma de doscientos dieciseis mil balboas (B/.216,000.00) en el presupuesto municipal, partida o código 507.0.1.02.01.001.109 otros alquileres, depositados en la cuenta del Municipio de Aguadulce, Banco Nacional N°.010000030340, según los Acuerdos Municipales siguientes:

Acuerdo N°.93 de 30 de noviembre de 2021 por la suma de B/.155,000.00
Acuerdo N°.94 de 07 de diciembre de 2021 por la suma de B/. 61,000.00
B/.216,000.00

Artículo 3. Este Acuerdo empieza a regir a partir de su sanción y promulgación.

DADO EN EL SALÓN DE SESIONES “JOSÉ GREGORIO QUEZADA” DEL CONCEJO MUNICIPAL DEL DISTRITO DE AGUADULCE, A LOS SIETE (07) DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE DOS MIL VEINTIUNO (2021)


H.C. Nelvin Castillo Villarreal
Presidente del Concejo, Encargado




Licdo. Luis A. Villarrué G.
Secretario General del Concejo

ALCALDÍA MUNICIPAL DEL DISTRITO DE AGUADULCE.

Aguadulce, 10 de diciembre de 2021

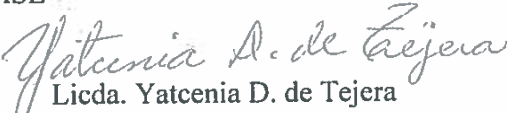
SANCIÓN

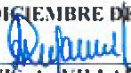
VISTOS:
Se aprueba en todas sus partes el Acuerdo Municipal N°.95 de 07 de diciembre de 2021, por el cual se autoriza al Alcalde del Distrito de Aguadulce a realizar contratación directa para alquilar camiones recolectores de basura.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE


Licdo. Jorge Luis Herrera
Alcalde del Distrito de Aguadulce




Licda. Yatcenia D. de Tejera
Secretaria General de la Alcaldía

El suscrito, Secretario del Concejo Municipal
del Distrito de Aguadulce,
CERTIFICA:
QUE ESTE DOCUMENTO ES FIEL COPIA DE SU
ORIGINAL
10 DE DICIEMBRE DE 2021

LICDO. LUIS A. VILLARRUÉ G.
Secretario del Concejo Municipal





República de Panamá
Concejo Municipal de David
Email: concejomdavid@gmail.com
Tél. 775-7368



ACUERDO No.49
(Del 22 de Noviembre de 2021)

POR MEDIO DEL CUAL SE CONCEDE AL SEÑOR FRANCISCO ANTONIO ARAUZ NAVARRO, UNA EXONERACION PARCIAL DEL VALOR DEL TERRENO Y ARRENDAMIENTO EN LA SOLICITUD DE TITULO DE PROPIEDAD.

**EL CONCEJO MUNICIPAL DEL DISTRITO DE DAVID,
En uso de sus Facultades Constitucionales y Legales y;**

CONSIDERANDO:

Que ha comparecido a este Concejo Municipal el señor **FRANCISCO ANTONIO ARAUZ NAVARRO**, con cedula de identidad personal No.4-132-787, solicitando se le conceda una exoneración parcial en concepto del valor de terreno y arrendamiento a fin de lograr la titulación de un globo de terreno de **976.86** metros cuadrados según Plano No.04-06-06-91683, ubicado en Llano del Medio Arriba, Corregimiento de Las Lomas, Distrito de David, Provincia de Chiriquí, y que forman parte de la Finca Municipal No.**15575**, Tomo **1345**, Folio **356**, Código de Ubicación 4506, propiedad del Municipio de David.

Que en efecto, el valor de terreno para estos predios, conforme a la normativa vigente (Acuerdo No.21 de 4 de mayo de 1995), está fijado en la suma de B/.2.00, por metro cuadrado y se ha podido constatar que el peticionario se encuentra en una situación económica difícil, que no le permite disponer de los recursos para pagar la totalidad del valor del terreno y arrendamiento, a fin de lograr la titulación del globo de terreno poseído.

Que el Municipio de David, a través de sus Acuerdos y Resoluciones busca que la ciudadanía tenga el interés de la legalización de los bienes inmuebles ocupados. En consecuencia, teniendo en cuenta que el Concejo Municipal del Distrito de David, conforme lo establece la Ley 106 de 08 de octubre de 1973, reformada mediante Ley 66 de 2015, conserva amplias facultades para reglamentar el uso, arrendamiento, venta y adjudicación de los solares o lotes y demás bienes municipales que se encuentren dentro de las áreas y ejidos de las poblaciones, así como los demás terrenos municipales y de los valores en los procesos de titulación, esta corporación considera prudente acceder a la rebaja respecto del valor del terreno y arrendamiento.

ACUERDA:

ARTICULO PRIMERO: Se fija en la suma de **SETENTA Y CINCO CENTESIMOS DE BALBOA (B/.0.75)**, el valor por metro cuadrado que debe pagar el señor **FRANCISCO ANTONIO ARAUZ NAVARRO**, con cédula No.4-132-787, en concepto de valor de terreno y arrendamiento, para la titulación de un globo de terreno de **976.86** metros cuadrados según Plano No.04-06-06-91683, ubicado en Llano del Medio Arriba, Corregimiento de Las Lomas, Distrito de David, Provincia de Chiriquí, y que forman parte de la Finca Municipal No.**15575**, Tomo **1345**, Folio **356**, Código de Ubicación 4506, propiedad del Municipio de David.

ARTICULO SEGUNDO: Para acogerse al beneficio contemplado en este acuerdo deberá realizarse el pago durante el período de vigencia de este acuerdo.

ARTÍCULO TERCERO: Comunicar el contenido de este acuerdo a Tesorería Municipal, a la Dirección de Planificación y Ordenamiento Territorial y demás autoridades que corresponda.

ARTICULO CUARTO: Este acuerdo comenzará a regir a partir de su promulgación, con una vigencia hasta el 31 de diciembre de 2021.

Dado en el Salón de Sesiones, **PROFESOR JOSÉ LINTON NAVARRO**, del Honorable Concejo Municipal del Distrito de David, a los 22 días del mes de noviembre de 2021.


H.C. ALFONSO GOMEZ.
Presidente



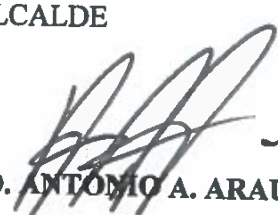

LICDA. ADA VALENZUELA CH.
Secretaria

LA ALCALDIA DE DAVID, HOY VEINTISEIS (26) DE NOVIEMBRE DE DOS MIL VEINTIUNO (2021).

SANCIONA EL ACUERDO NÚMERO CUARENTA Y NUEVE (49) DEL VEINTIDOS (22) DE NOVIEMBRE DE DOS MIL VEINTIUNO (2021).

EL ALCALDE

LA SECRETARIA


LICDO. ANTONIO A. ARAÚZ


LICDA. OLGA CABALLERO



CONCEJO MUNICIPAL DE DAVID
Es fiel Copia de su Original

01-12-21
Fecha


Secretaria

EDICTO DE PROMULGACIÓN

La suscrita secretaria del Consejo Municipal del Distrito de David, **CERTIFICA** que para cumplir con Lo que dispone el artículo 39 de la Ley 106 del 08 de octubre de 1973, se fija el Presente Edicto En la tablilla destinada para tal Efecto en la Secretaría Del Consejo, por un Término de (10) días Calendarios Siendo las 2:00 de la tarde del 26 de noviembre De 2021, Correspondiente al Acuerdo N°49 de fecha 22 de noviembre de 2021.

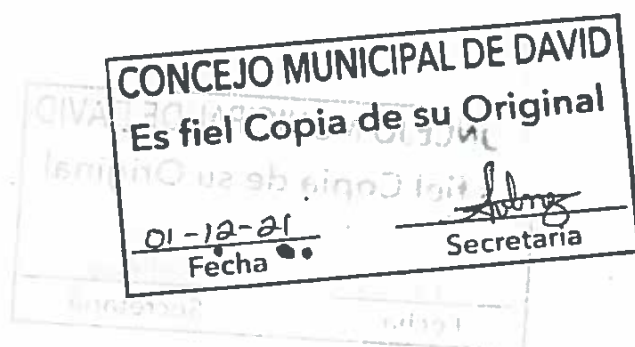
LA SECRETARIA


Licda. Ada Valenzuela

Transcurrido como ha quedado el término De (10) días calendarios se DESFIJA **EL PRESENTE EDICTO DE PROMULGACIÓN**, Siendo las 2:00 de la tarde del 06 de Diciembre del 2021.

LA SECRETARIA


Licda. Ada Valenzuela





República de Panamá
Concejo Municipal de David
Email: concejomdavid@gmail.com
Tél. 775-7368



ACUERDO No.50
(Del 02 de Diciembre de 2021)

**POR EL CUAL SE AUTORIZA AL ALCALDE MUNICIPAL DE DAVID A SUSCRIBIR
CONVENIO DE COOPERACIÓN CON LA PERSONA JURÍDICA CHIRIQUI FEDERAL
BASEBALL, INC**

El concejo municipal de David
En uso de sus facultades legales y
Considerando

Que en el artículo 233 de la Constitución Política de la República de Panamá, se establece que el Municipio, es una entidad fundamental de la división política administrativa del Estado con gobierno propio democrático y autónomo, a la que le corresponde prestar los servicios públicos y construir las obras públicas que determine la ley, ordenar el desarrollo de su territorio, promover la participación ciudadana, así como el mejoramiento social y cultural de sus habitantes y cumplir las demás funciones que le asigne la Constitución y la ley.

Que **CHIRIQUI FEDERAL BASEBALL, INC**, es una sociedad anónima inscrita a folio 155678164 de la sección mercantil del Registro Público de la República de Panamá, creada con el fin de desarrollar, administrar y mercadear el beisbol profesional; propietaria de la franquicia **FEDERALES DE CHIRIQUI**, que juega en la **LIGA PROFESIONAL DE BEISBOL DE PANAMA (PROBEIS)** y que a su vez apoya el beisbol amateur en la provincia de Chiriquí.

Que **CHIRIQUI FEDERAL INC.**, r ha solicitado de este Municipio, de un apoyo económico para cubrir gastos de transporte, alimentación, hospedaje que genera la participación de **FEDERALES DE CHIRIQUI** en la temporada 2021-2022 de PROBEIS, que iniciará el 9 de diciembre del presente año, con una duración de mes y medio y en el evento de que **FEDERALES DE CHIRIQUI**, sea el ganador de esta temporada, representará a Panamá en la **SERIE DEL CARIBE 2022**, que se realizará en Santo Domingo, República Dominicana.

Que el Municipio de David en su afán de promover el deporte y sano esparcimiento, entre los ciudadanos de este Distrito, se encuentra anuente en cooperar con **CHIRIQUI FEDERAL BASEBALL, INC**, con la suma de CINCO MIL BALBOAS (B/. 5,000.00), para su participación en la **LIGA PROFESIONAL DE BEISBOL DE PANAMA (PROBEIS)**, temporada 2021-2022, en representación de la provincia de Chiriquí; para lo cual dispone de los fondos necesarios en la partida presupuestaria.

Que de conformidad con el artículo 241 de la Constitución Política el Alcalde es el jefe de la Administración Municipal, y le corresponde al Consejo Municipal autorizar a las personas que

representen al Municipio, según se establece en el artículo 4 de la ley 106 de 1973, modificada por la ley 52 de 1984, ley 37 de 2009 y ley 66 de 2015.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar al Alcalde Municipal de David a firmar convenio de Cooperación con **CHIRIQUI FEDERAL BASEBALL, INC.**, para el aporte de CINCO MIL BALBOAS (B/. 5,000.00) para contribuir a los gastos de transporte, alimentación, hospedaje y viáticos, la participación de los **FEDERALES DE CHIRIQUI** en la **LIGA PROFESIONAL DE BEISBOL DE PANAMA (PROBEIS)**, temporada 2021-2022, donde representara a la provincia de Chiriquí.

ARTICULO SEGUNDO: La erogación correspondiente a este gasto corresponde a la partida presupuestaria de rentas y gastos **0.1.02.01.001.633** vigencia 2021.

ARTICULO TERCERO: El presente acuerdo empezara a regir a partir de su sanción.

Dado en el Salón de Sesiones, **PROFESOR JOSÉ LINTON NAVARRO**, del Honorable Concejo Municipal del Distrito de David, a los 02 días del mes de diciembre de 2021.


H.C. ALFONSO GOMEZ.
Presidente



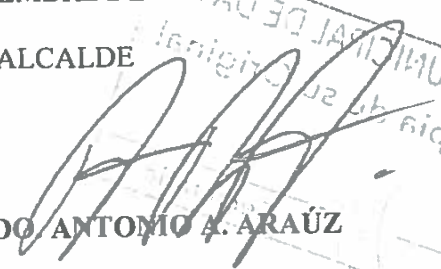

LICDA. ADA VALENZUELA CH.
Secretaria

LA ALCALDIA DE DAVID, HOY SIETE (07) DE DICIEMBRE DE DOS MIL VEINTIUNO (2021).

SANCIONA EL ACUERDO NÚMERO CINCUENTA (50) DEL DOS (02) DE DICIEMBRE DE DOS MIL VEINTIUNO (2021).

EL ALCALDE

LA SECRETARIA


LICDO. ANTONIO A. ARAÚZ


LICDA. OLGA CABALLERO



EDICTO DE PROMULGACIÓN

La suscrita secretaria del Consejo Municipal del Distrito de David, **CERTIFICA** que para cumplir con Lo que dispone el artículo 39 de la Ley 106 del 08 de octubre de 1973, se fija el Presente Edicto En la tablilla destinada para tal Efecto en la Secretaría Del Consejo, por un Término de (10) días Calendarios Siendo las 2:00 de la tarde del 07 de diciembre De 2021, Correspondiente al Acuerdo N°50 de fecha 02 de diciembre de 2021.

LA SECRETARIA


Licda. Ada Valenzuela

Transcurrido como ha quedado el término De (10) días calendarios se DESFIJA EL **PRESENTE EDICTO DE PROMULGACIÓN**, Siendo las 2:00 de la tarde del 17 de Diciembre del 2021.

LA SECRETARIA


Licda. Ada Valenzuela

CONCEJO MUNICIPAL DE DAVIE
Es fiel Copia de su Original

Secretaria
15/12/21
Fecha

CONCEJO MUNICIPAL DE DAVIE
Es fiel Copia de su Original

Secretaria



República de Panamá
Concejo Municipal de David
Email: concejomunicipal@dauid.gob.pa
Tél. 775-7368



ACUERDO N°52
(Del 10 de diciembre de 2021)

POR EL CUAL SE AUTORIZA AL SEÑOR ALCALDE DEL DISTRITO DE DAVID A FIRMAR CONVENIO DE COOPERACIÓN CON EL CLUB DE LEONES DE DAVID PARA DESARROLLAR PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL, CULTURALES, ACADÉMICOS Y DEPORTIVOS EN BENEFICIO DE LA NIÑEZ, LA JUVENTUD Y LAS PERSONAS CARENCIADA DEL DISTRITO DE DAVID.

EL CONCEJO MUNICIPAL DE DAVID
En uso de sus facultades legales y.

CONSIDERANDO:

Que la Constitución Nacional establece que el Municipio es una Organización política autónoma del Estado panameño cuya función es lograr el mejoramiento social y cultural de los habitantes del Distrito, por medio del desarrollo integral de la comunidad, por lo que tiene el deber de establecer mecanismos que promuevan el mejoramiento de los estándares de vida de sus habitantes, a través de programas de asistencia social, culturales, académicos y deportivos, e implementación de políticas para el desarrollo humano.

Que el **CLUB DE LEONES DE DAVID** es una organización benéfica sin fines de lucro que tiene entre sus objetivos servir a la niñez, la juventud y a los más desamparados de la comunidad y promover los más altos principios y valores cívicos, entre otros; a través de la realización de diversas actividades de asistencia social, culturales, académicas y deportivas.

Que conforme a lo dispuesto en el artículo 14 de la ley 106 de 8 de octubre de 1973, le corresponde al Concejo Municipal regular la vida jurídica de los municipios por medio de acuerdos que tienen fuerza de Ley dentro del respectivo Distrito. En este mismo sentido, el artículo 4 de la referida Ley 106 otorga al Concejo Municipal la facultad de autorizar a las personas que representan al Municipio; por consiguiente, esta cámara considera viable otorgarle al Alcalde Municipal la potestad de celebrar un **CONVENIO DE COOPERACION** con el **CLUB DE LEONES DE DAVID**, en aras de lograr los fines expuestos en este acuerdo.

A C U E R D A:

ARTÍCULO PRIMERO: AUTORIZAR al señor Alcalde del Distrito de David, a suscribir Convenio de Cooperacion con el **CLUB DE LEONES DE DAVID**, para desarrollar en conjunto programas de asistencia social, culturales, académicos y deportivos en beneficio de la niñez, la juventud y las personas carenciadas de la comunidad en general.

ARTÍCULO SEGUNDO: El Alcalde del Distrito de David queda facultado para suscribir el referido convenio de cooperación, negociar las cláusulas pertinentes a fin de lograr los objetivos expuestos en los considerandos del presente acuerdo.

ARTÍCULO TERCERO: El presente acuerdo comenzara a regir a partir de su sanción.

ARTICULO CUARTO: Este acuerdo comenzará a regir a partir de su promulgación, con una vigencia hasta el 31 de diciembre de 2021.

Dado en el Salón de Sesiones, **PROFESOR JOSÉ LINTON NAVARRO**, del Honorable Concejo Municipal del Distrito de David, a los 10 días del mes de diciembre de 2021.


H.C. ALFONSO GOMEZ.
Presidente

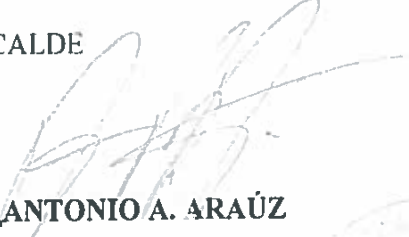



LICDA. ADA VALENZUELA CH.
Secretaria

LA ALCALDIA DE DAVID, ~~HOY~~ QUINCE (15) DE DICIEMBRE DE DOS MIL VEINTIUNO (2021).

SANCIONA EL ACUERDO NÚMERO CINCUENTA Y DOS (52) DEL DIEZ (10) DE DICIEMBRE DE DOS MIL VEINTIUNO (2021).

EL ALCALDE


LICDO. ANTONIO A. ARAÚZ

LA SECRETARIA


LICDA. OLGA CABALLERO

CONCEJO MUNICIPAL DE DAVID
Es fiel Copia de su Original

Secretaria

Fecha

CONCEJO MUNICIPAL DE DAVID
Es fiel Copia de su Original

Secretaria

Fecha

EDICTO DE PROMULGACIÓN

La suscrita secretaria del Consejo Municipal del Distrito de David, **CERTIFICA** que para cumplir con Lo que dispone el artículo 39 de la Ley 106 del 08 de octubre de 1973, se fija el Presente Edicto En la tablilla destinada para tal Efecto en la Secretaría Del Consejo, por un Término de (10) días Calendarios Siendo las 2:00 de la tarde del 15 de diciembre De 2021, Correspondiente al Acuerdo N°53 de fecha 10 de diciembre de 2021.

LA SECRETARIA


Licda. Ada Valenzuela

Transcurrido como ha quedado el término De (10) días calendarios se DESFIJA EL **PRESENTE EDICTO DE PROMULGACIÓN**, Siendo las 2:00 de la tarde del 25 de Diciembre del 2021.

LA SECRETARIA


Licda. Ada Valenzuela



CONCEJO MUNICIPAL DE DAVID	
Es fiel Copia de su Original	
 20/12/21	
Fecha	Secretaria



República de Panamá

San Carlos, 15 de diciembre de 2021.

Municipio de San Carlos
Consejo Municipal

ACUERDO N° 18 (De 15 de diciembre de 2021)

“Por el cual se modifica el Acuerdo Municipal N° 2 del 13 de enero de 2010, por medio del cual se aprueba el régimen impositivo del Municipio de San Carlos en su código 12.14.02 (Basura)”

EL CONCEJO MUNICIPAL DE SAN CARLOS En uso de sus facultades legales y reglamentarias

CONSIDERANDO

Que corresponde al Concejo Municipal de San Carlos, regir la vida política del Distrito de San Carlos, y regular todo lo relacionado con las políticas e imposiciones fiscales,

Que el artículo 17 de la ley 106 de 1973, modificado por el artículo 72 de la ley 66 de 2015 establece como facultades privativas del concejo, entre otras: establecer impuestos municipales, contribuciones, derechos y tasas de conformidad con las leyes, para atender los gastos de la administración, servicios e inversiones municipales; autorizar y aprobar la celebración de contratos sobre concesiones y otros modos de prestación de servicios municipales,

Que entre los objetivos del Municipio de San Carlos, está el cumplir cabalmente con la gestión de recolección, tratamiento y disposiciones finales de los desechos sólidos en el ámbito nacional, con miras a evitar la propagación de enfermedades, la contaminación ambiental y a su vez lograr el aprovechamiento de los desechos y la satisfacción de los usuarios del servicio,

Que en la actualidad el Distrito de San Carlos, Provincia de Panamá Oeste, se encuentra en un crecimiento económico y turístico por lo que sus autoridades deben velar por la debida recolección y disposición de los desechos urbanos y domiciliarios de sus habitantes,

Que el Municipio ha desarrollado la actividad de forma eficiente, y producto de los fondos de descentralización, pretende aumentar la flota para realizar dicha recolección,

Que diversas comunidades y sectores como áreas turísticas e instituciones de salud las cuales no se les prestaba el servicio de recolección de basura, por estar concesionado. En consecuencia, a partir del pasado 16 de noviembre de 2021, fecha en la cual finalizó dicha concesión el Municipio de San Carlos ha adquirido la prestación de este servicio en estos sectores, teniendo así que incrementar la flota requerida para la prestación de este servicio, motivo por el cual se hace imperante realizar una revisión al código 121402, (Basura), consagrado en nuestro régimen impositivo a través del Acuerdo Municipal N°2 de 13 de enero de 2010,

Que no solo es un compromiso de salubridad y servicio a la comunidad, sino que además genera una fuente de ingresos a las arcas municipales,

Que la distancia en estas comunidades que solicitan su inclusión, amerita establecer un precio acorde con los gastos de funcionamiento y desarrollo de la actividad,

Que el régimen impositivo, concebido, solo planteaba un cobro por las comunidades, considerando la cercanía, por lo que se hace importante modificarlo y adecuarlo a las nuevas necesidades,

Que en virtud de las facultades conferidas por ley El Concejo Municipal del Distrito de San Carlos,

ACUERDA

Art. 1º: MODIFICAR, el código 12.14.02 del régimen impositivo del Municipio de San Carlos, que quedará así:

12.14.02 Aseo y recolección de basura: Incluye los ingresos que percibe el municipio por brindar los servicios de recolección de basura a la comunidad, pagarán:
Para los corregimientos de El Espino, Las Uvas, La Ermita, El Higo, San José y San Carlos:

Casa o vecindad	B/. 3.50
Lugares Comerciales grandes	B/. 20.00
Lugares comerciales medianos	B/. 15.00
Lugares comerciales pequeños	B/. 10.00
Instituciones Públicas	B/. 20.00
Policlínica Dr. Juan Vega Méndez	
(desechos no peligrosos)	B/.900.00
Restaurantes grandes	B/.175.00
Restaurantes medianos	B/. 50.00
Restaurantes pequeños	B/. 18.00
Cantinas	B/. 15.00
Gasolineras	B/. 10.00
Talleres	B/ 10.00

Para los corregimientos de Los Llanitos, La Laguna y El Guayabito:

Casa o vecindad	B/. 6.00
Lugares Comerciales grandes	B/. 25.00
Lugares comerciales medianos	B/. 20.00
Lugares comerciales pequeños	B/. 15.00
Instituciones Públicas	B/. 25.00
Restaurantes grandes	B/.180.00
Restaurantes medianos	B/. 55.00
Restaurantes pequeños	B/. 23.00
Cantinas	B/. 20.00
Gasolineras	B/. 15.00
Talleres	B/ 15.00

Servicios especiales de chatarra y poda de árboles se cobrará de B/.15.00 – B/.100.00

Parágrafo: Las residencias ubicadas en urbanizaciones de playa, casas de campo, zonas costaneras o barriadas con garita, se establece el impuesto mensual o por fracción de mes en B/.10.00.

Los apartamentos en edificios o PH ubicados en zonas de playa, zonas costaneras o dentro de urbanizaciones con garita, se establece el impuesto mensual o por fracción de mes en B/.8.00.

Art. 2º: AUTORIZAR al Tesorero Municipal a suscribir los contratos de Recolección de basura.

Art. 3º: MANTENER en todas sus partes el Acuerdo 2 de 13 de enero de 2010.

Art. 4º: DEROGAR, el acuerdo Municipal N° 07 de 22 de marzo de 2017.

Art. 5º: Este acuerdo entrará en vigencia a partir de su promulgación.

Art. 6º: Enviar copia del presente Acuerdo a las oficinas de Tesorería Municipal, Alcaldía Municipal, Control Fiscal de la Contraloría General de la República y a la Gaceta Oficial para su debida publicación.

Dado en el Salón de Sesiones del Honorable Concejo Municipal de San Carlos a los quince (15) días del mes de diciembre del año dos mil veintiunos.

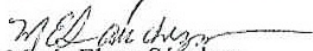
Abed A. Martínez
HC Abed A. Martínez

Presidente del Concejo Municipal de San Carlos

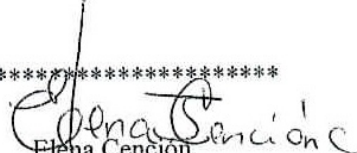


Deyanira S. de Guevara
Deyanira S. de Guevara
Secretaria

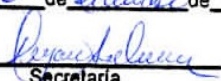
PROVINCIA DE PANAMÁ OESTE, DISTRITO DE SAN CARLOS. ALCALDIA MUNICIPAL DE SAN CARLOS, 16 DE DICIEMBRE DE 2021.


María Elena Sánchez
Alcaldesa del Distrito




Elena Cención
Secretaria General

CONCEJO MUNICIPAL DE SAN CARLOS
CERTIFICO: Que todo lo anterior es
Fiel Copia del Original

San Carlos, 16 de Diciembre de 2021

Secretaria

República de Panamá
Provincia de Herrera
Municipio de Santa María
Concejo Municipal de Santa María

ACUERDO MUNICIPAL No. 74
(Del 21 de diciembre del 2021)

Por el cual el Concejo Municipal del Distrito de Santa María, en uso de sus facultades constitucionales y legales establece el costo del metro cuadrado de terrenos propiedad del Municipio de Santa María y de la Empresa Municipal JUCOMSAMA, para el periodo del 3 de enero del 2022 al 14 de octubre del 2022, y:

Considerando:

Que de acuerdo a la ley 106 del 8 de octubre de 1973, determina que es facultad del Concejo Municipal reglamentar la venta, arrendamiento, la adjudicación de solares o lotes de terreno y demás bienes Municipales que se encuentran dentro del área y ejidos de población, mediante Acuerdo Municipal aprobado por la mayoría de los Honorables Concejales.

Que es de interés municipal que los moradores del distrito de Santa María, provincia de Herrera, tramiten los títulos de propiedad de sus lotes de terrenos.

Que, en Sesión de Concejo Municipal, celebrada el 15 de diciembre del presente año, se aprobó se bajaran el precio de los terrenos por un tiempo determinado.

Por las consideraciones antes expuesta, el Concejo Municipal del distrito de Santa María,

Acuerda:

Artículo 1: Aprobar que los terrenos comprendidos dentro de los ejidos del Municipio de Santa María y de la Empresa Municipal JUCOMSAMA, serán legalizados o adjudicados en plena propiedad de acuerdo a las siguientes categorías:

Primera Categoría: Terrenos Municipales y de la Empresa Municipal JUCOMSAMA, a cero balboa con veinticinco centésimos (B/. 0.25), el metro cuadrado.

Segunda Categoría: Terrenos comerciales e industriales se acogen al acuerdo 66 del 6 de noviembre de 2019

En el caso de existir abonos en el pago de los terrenos se aplica al saldo en metros que mantengan a la fecha.

Artículo 2: Los moradores deberán realizar todos los trámites correspondientes para la titulación de sus parcelas, de acuerdo a lo reglamentado mediante acuerdo 66 del 6 de noviembre de 2019 y al momento del pago del terreno deberán cancelar la totalidad de los metros cuadrados para gozar de este precio.

Artículo 3: A toda persona que desee aprovechar esta oferta y adeude al Municipio de Santa María en concepto de Derecho Posesorio (refrendo de documentos) vencidos, solo se le cobrará los años 2021 y 2022



Artículo 4: Este acuerdo empezará a regir a partir del tres (3) de enero del dos mil veintidós (2022) y se extenderá hasta el catorce (14) de octubre del dos mil veintidós (2022).

Dado en el Salón de Reuniones del Concejo Municipal del distrito de Santa María a los veintiuno (21) días del mes de diciembre del dos mil veintiuno (2021).


H.C. Levis Rodríguez B.
Presidente del Concejo Municipal
Corregimiento de Chupampa


H.C. Carlos González
Vicepresidente del Concejo
Corregimiento de Santa María


H.C. Eunino Franco
Corregimiento de El Limón


H.C. Ovidio Pinzón
Corregimiento de El Rincón

H.C. Marcos Riquelme
Corregimiento de Los Canelos




Licda. Irse Marlene Pinzón
Secretaria del Concejo

Sancionado en la oficina de la Alcaldía Municipal del distrito de Santa María a los 20² días del mes de diciembre del dos mil veintiuno (2021).


Licdo. Julio A. Ulloa De La Rosa
Alcalde Municipal




Licda. Lastenia Rodríguez
Secretaria General

MUNICIPIO DE SANTA MARÍA
CONCEJO MUNICIPAL
Fiel Copia de su Original
FIRMA: 
FECHA: 22/12/2021

República de Panamá
Provincia de Herrera
Municipio de Santa María
Concejo Municipal de Santa María

ACUERDO MUNICIPAL No. 75
(Del 21 de diciembre del 2021)

Por el cual el Concejo Municipal del Distrito de Santa María, en uso de sus facultades constitucionales y legales aprueba el Presupuesto de Rentas y Gastos del Municipio de Santa María, para la Vigencia Fiscal 2022.

Considerando:

Que el Presupuesto Municipal es un acto de los Gobiernos Locales que contiene el Plan Anual Operativo preparado de conformidad con la misión y visión sobre las políticas de corto, mediano y largo plazo basado en la programación de las actividades municipales en coordinación con los planes nacionales de desarrollo sin perjuicio de la autonomía Municipal para dirigir sus propias inversiones.

Que la Ley 106 de 8 de octubre de 1973 establece en el artículo 57, numeral 3, que “Los Tesoreros Municipales tienen la función de asesorar a los Alcaldes en la elaboración de los presupuestos y suministrarles los datos e informes necesarios.

Que el Señor Alcalde Municipal del distrito de Santa María, Licenciado Julio Alonso Ulloa De La Rosa, ha presentado ante esta Sala el proyecto de presupuesto para la vigencia 2021.

Que Mediante la ley 66 de 29 de octubre de 2015, que modifica la ley 37 de 2009, la cual pone en marcha el proceso de descentralización a nivel nacional y por ende se crea la transferencia de fondos a los Municipios.

Que mediante la Participación ciudadana se establecieron los proyectos a ejecutar a través de los fondos de Inversión de Bienes Inmueble del Municipio de Santa María.

Que la Ley 66 del 29 de octubre del 2015 establece en el artículo 72, numeral 2 que es competencia del Concejo Municipal “Estudiar, evaluar y aprobar el presupuesto de rentas y gastos municipales, que comprenderá el programa de funcionamiento y el de inversiones municipales, que para cada ejercicio fiscal elabore el Alcalde con la colaboración del Ministerio de Economía y Finanzas. El programa de inversiones municipales será consultado con las Juntas Comunales respectivas.

Por las consideraciones antes expuestas el Concejo Municipal del distrito de Santa María,

Acuerda:

Artículo 1: Apruébese el Presupuesto de Rentas y Gastos del Municipio de Santa María para el periodo fiscal 2022, por un monto de UN MILLÓN TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y DOS BALBOAS CON CERO CERO CENTÉSIMOS (B/. 1, 396,672.00), detallado a continuación:

PRESUPUESTO DE INGRESOS:

IDENTIFICADOR	NOMBRE	PRESUPUESTO B/.
	TOTAL	1,396,672.00
1	Ingresos Corrientes	1,164,339.00
1.1	Ingresos Tributarios	231,071.00
1.1.2	Impuestos Indirectos	231,071.00

MUNICIPIO DE SANTA MARIA
CONCEJO MUNICIPAL
Fiel Copia de su Original
FIRMA: 
FECHA: 22/12/2021

1.1.2.5	Sobre Actividades Comerciales y de Servicios	152,990.00
1.1.2.5.03	Establecimiento de Venta de autos y accesorios	8,520.00
1.1.2.5.04	Establecimientos de venta de Madera Aserraderos y Materiales de Construcción	120.00
1.1.2.5.05	Establecimientos de ventas al por menor	5,280.00
1.1.2.5.06	Establecimientos de Ventas de Licor al por Menor	16,440.00
1.1.2.5.07	Establecimientos de Artículos de Segunda Mano	72.00
1.1.2.5.09	Caseta Sanitaria	1,452.00
1.1.2.5.10	Estaciones de Venta de Combustibles	2,520.00
1.1.2.5.12	Talleres Comerciales y Reparación de Autos	1,164.00
1.1.2.5.19	Librerías y Venta de Artículos de Oficina	468.00
1.1.2.5.20	Depósitos Comerciales	480.00
1.1.2.5.24	Ferretería	2,340.00
1.1.2.5.28	Agentes Distribuidores, Agentes comisionistas y Representantes de Fabrica	51,864.00
1.1.2.5.30	Rótulos, Anuncios y Avisos	1,140.00
1.1.2.5.35	Aparatos de Medición	201.00
1.1.2.5.39	Degüello de Ganado	54,000.00
1.1.2.5.40	Restaurantes, Cafés y Otros establecimientos de Expendidos de Comidas y Bebidas	1,764.00
1.1.2.5.41	Heladería y Refresquerías	588.00
1.1.2.5.43	Hoteles y Moteles	300.00
1.1.2.5.47	Cajas de Música	540.00
1.1.2.5.48	Aparatos de Juegos Mecánicos (Maquinitas)	50.00
1.1.2.5.49	Billares	240.00
1.1.2.5.50	Espectáculos Públicos con Carácter Lucrativo	50.00
1.1.2.5.51	Galleras, Bolos y Boliches	25.00
1.1.2.5.52	Barberías, Peluquerías y Salones de Belleza	156.00
1.1.2.5.53	Lavanderías y Tintorerías	60.00
1.1.2.5.72	Establecimientos de Ventas de Productos e Insumos Agrícolas	1,176.00
1.1.2.5.99	Otras Actividades N. E. O. C	1,740.00
1.1.2.6.	Actividades Industriales	7,644.00
1.1.2.6.06	Fábricas de Productos Lácteos	300.00
1.1.2.6.31	Fábrica de Muebles y Productos de Madera	240.00
1.1.2.6.54	Fábrica de Bloques, Tejas Ladrillos, Alcantarillados y Similares	1,200.00
1.1.2.6.65	Descascaradoras de Granos	204.00
1.1.2.6.70	Fábrica de Concreto	3,000.00
1.1.2.6.74	Fábrica de Alimentos para Animales	540.00
1.1.2.6.77	Procesadora de Productos Derivados de Animales (Ganado Vacuno y Porcino)	2,400.00
1.1.2.8	Otros Impuestos Indirectos	70,437.00
1.1.2.8.04	Edificaciones, Reedificaciones y Construcciones en General	30,000.00
1.1.2.8.11	Impuesto sobre Vehículos Particulares	21,451.00
1.1.2.8.12	Impuesto sobre Vehículos Comerciales	14,285.00
1.1.2.8.13	Impuesto sobre Vehículos Remolque	3,609.00
1.1.2.8.14	Impuesto sobre Vehículos Motos	1,092.00
1.2	Ingresos no Tributarios	733,552.00
1.2.1	Renta de Activos	42,469.00
1.2.1.1	Arrendamientos	1,600.00
1.2.1.1.05	Arrendamiento de terrenos y bóvedas en el cementerio público	1,600.00
1.2.1.3	Ingresos por Venta de Bienes	6,869.00

MUNICIPIO DE SANTA MARÍA
CONCEJO MUNICIPAL
Fiel Copia de su Original
FIRMA: *[Firma]*
FECHA: 22/12/2021

1.2.1.3.08	Venta de Placas	4,335.00
1.2.1.3.10	Impresos y Formularios	800.00
1.2.1.3.99	Calcomanías	1,734.00
1.2.1.4	Ingresos por Venta de Servicios	34,000.00
1.2.1.4.02	Aseo y Recolección de Basura	34,000.00
1.2.3	Transferencias Corrientes	640,263.00
1.2.3.1	Gobierno Central	640,263.00
1.2.3.1.01	Subsidio	140,263.00
1.2.3.1.55	Gobierno Central	500,000.00
1.2.4	Tasas y Derechos	39,720.00
1.2.4.1	Derechos	31,150.00
1.2.4.1.11	Mataderos y Zahúrdas	18,000.00
1.2.4.1.12	Cementerios Públicos	50.00
1.2.4.1.16	Ferretes-Reinscripción	600.00
1.2.4.1.26	Anuncios y Avisos en vía publicas	2,500.00
1.2.4.1.30	Guía de Ganado y Transporte	10,000.00
1.2.4.2	Tasas	8,570.00
1.2.4.2.14	Traspaso de vehículos, Inscripción y liberación de Hipotecas	200.00
1.2.4.2.15	Inspección y Avalúo	50.00
1.2.4.2.18	Permisos para la venta Nocturna de Licor al por menor	1,920.00
1.2.4.2.19	Permisos de Bailes y Serenata	500.00
1.2.4.2.20	Tasa y expedición de documentos	500.00
1.2.4.2.21	Refrendo de documentos	5,000.00
1.2.4.2.31	Registro de Botes, Vehículos y Otros	300.00
1.2.4.2.34	Servicios Administrativos	100.00
1.2.6.	Ingresos Varios	11,100.00
1.2.6.0	Ingresos Varios	11,100.00
1.2.6.0.01	Multas y recargos	6,000.00
1.2.6.0.10	Vigencia Expirada	5,700.00
1.2.6.0.11	Reintegros	100.00
1.4.2.0.01	Saldo Libre en Banco	199,715.61.00
	Saldo IBI	222,333.00
2.1.1.1.01	Venta de Terrenos Municipales	10,000.00

PRESUPUESTO DE GASTOS:

CODIGO	DETALLE	PRESUPUESTO ASIGNADO B/.
FUNCIONAMIENTO	E INVERSION	1,396,672.00
Dirección y Coordinación		
LEGISLACION MUNICIPAL		674,339.00
Concejo Municipal		67,563.00
5.5.3.0.1.0.0.1.0.1		
001	Personal Fijo	14,400.00
002	Personal Transitorio	7,200.00
020	Dietas	9,000.00
030	Gastos de Representación	2,400.00

MUNICIPIO DE SANTA MARIA
CONCEJO MUNICIPAL
Fiel Copia de su Original
FIRMA: *[Firma]*
FECHA: 23/12/2021

050	Décimo XIII Mes	1,100.00
071	Cuota Patronal de Seguro Social	3,212.00
072	Cuota Patronal de Seguro Educativo	324.00
073	Cuota Patronal de Riesgo Profesional	505.00
074	Cuota Patronal de Fondo Comple.	65.00
079	Otras Contribuciones	7,000.00
091	Sueldos	840.00
099	Contribuciones a la Seguridad Social	136.00
115	Telecomunicaciones	600.00
141	Viático Dentro del País	200.00
151	Transporte Dentro del País	150.00
182	Mant. Y Rep. De Maquinaria y otros Eq.	311.00
201	Alimento para consumo Humano	200.00
211	Acabados Textiles	500.00
269	Otros Productos Varios	170.00
279	Otros Útiles y materiales	400.00
350	Mobiliario	400.00
380	Equipo de computación	300.00
624	Estudios	150.00
646	Juntas Comunales	28,000.00

Alcaldía		330,940.00
5.5.3.0.1.0.0.2		
001	Personal Fijo	95,400.00
002	Personal Transitorio	2,500.00
030	Gastos de Representación	2,400.00
050	Decimo XIII Mes	4,950.00
071	Cuota Patronal de Seguro Social	12,965.00
072	Cuota Patronal de Seguro Educativo	1,469.00
073	Cuota Patronal de Riesgo Profesional	2,107.00
074	Cuota Patronal de Fondo Comple.	294.00
091	Sueldos	5,600.00
099	Contribuciones a la Seguridad Social	905.00
111	Agua	1,000.00
114	Energía Eléctrica	11,000.00
115	Telecomunicaciones	10,000.00
120	Impresión Encuadernación y Otros	500.00
141	Viático Dentro del País	800.00
151	Transporte Dentro del País	6,300.00
154	Transporte de Bienes (Flete)	2,000.00
164	Gastos de Seguros	7,000.00
169	Otros Servicios	7,000.00
189	Otros Mantenimientos y Reparaciones	12,634.00
201	Alimentos para Consumo Humano	8,000.00
203	Bebidas	1,000.00
211	Acabados Textil	1,300.00
221	Diésel	9,000.00
224	Lubricantes	300.00
239	Otros Productos de Papel y Cartón	5,000.00
249	Otros Productos Químicos	7,000.00
255	Material Eléctrico	6,000.00
256	Material Metálico	3,000.00

MUNICIPIO DE SANTA MARIA
CONCEJO MUNICIPAL
Fiel Copia de su Original
FIRMA: 
FECHA: 22/12/2021

259	Otros Materiales de Construcción	10,000.00
269	Otros productos Varios	4,000.00
279	Otros útiles y Materiales	4,000.00
280	Repuesto	4,600.00
301	De Comunicaciones	2,000.00
340	Equipo de Oficina	1,000.00
350	Mobiliario de Oficina	1,000.00
370	Materiales y Equipo Varios	3,000.00
380	Equipo de Computación	2,000.00
525	Parques, Plazas y Jardines	24,000.00
581	Proyectos Comunitarios	8,536.00
611	Donaciones a Personas	27,680.00
624	Estudios	200.00
641	Gobierno Central	500.00
930	Imprevistos	1,000.00

Planificación Municipal		150.00
141	Viático Dentro del País	150.00

Administración Financiera		
Tesorería		96,084.00
5.5.3.0.1.0.3.0.1		
001	Personal Fijo	58,800.00
002	Personal Transitorio	600.00
030	Gastos de Representación	1,200.00
050	Decimo XIII Mes	3,850.00
071	Cuota Patronal de Seguro Social	7,770.00
072	Cuota Patronal de Seguro Educativo	892.00
073	Cuota Patronal de Riesgo Profesional	1,274.00
074	Cuota Patronal de Fondo Comple.	181.00
120	Impresión Encuadernación y Otros	3,000.00
141	Viático Dentro del País	1,000.00
151	Transporte Dentro del País	4,000.00
189	Otros Mantenimientos y Reparaciones	1,000.00
269	Otros Productos Varios	1,500.00
275	Útiles y Materiales de Oficina	2,000.00
380	Equipo de Computación	2,017.00
439	Otras Existencias	7,000.00

AUDITORIA		1,000.00
555.010.302.00		
279	Otros Útiles y Materiales	350.00
340	Equipo de Oficina	110.00
350	Mobiliario de Oficina	540.00

MUNICIPIO DE SANTA MARÍA
CONCEJO MUNICIPAL
Fiel Copia de su Original
FIRMA: 
FECHA: 22/12/2021

Aseo y Ornato		
Departamento de Aseo y Ornato		
553.02		99,863.00
001	Personal Fijo	60,000.00
050	Decimo XIII Mes	4,400.00
071	Cuota Patronal de Seguro Social	7,823.00
072	Cuota Patronal de Seguro Educativo	900.00
073	Cuota Patronal de Riesgo Profesional	1,260.00
074	Cuota Patronal de Fondo Comple.	180.00
219	Otro textil y vestuarios	3,000.00
221	Diésel	8,000.00
223	Gasolina	2,000.00
224	Lubricantes	1,000.00
262	Herramientas e Instrumentos	1,300.00
280	Repuesto	10,000.00

Administración de Justicia/ Casa de Justicia Comunitaria		
553.03.0001		78,739.00
001	Personal Fijo	55,200.00
050	Decimo XIII Mes	4,400.00
071	Cuota Patronal de Seguro Social	7,235.00
072	Cuota Patronal de Seguro Educativo	828.00
073	Cuota Patronal de Riesgo Profesional	1,160.00
074	Cuota Patronal de Fondo Comple.	166.00
120	Impresión Encuadernación y Otros	1,000.00
151	Transporte Dentro del País	8,400.00
275	Útiles y Materiales de Oficina	350.00

IBI	PROGRAMA DE FUNCIONAMIENTO E INVERSIONES BIENES INMUEBLES	722,333.00
	FUNCIONAMIENTO AÑO 2022	125,000.00
	SALDO DISPONIBLE DE FUNCIONAMIENTO AÑO 2021	222,333.00
	TOTAL	347,333.00
001	Personal Fijo	102,000.00
050	Decimo XIII Mes	4,950.00
071	Cuota Patronal de Seguro Social	16,028.00
072	Cuota Patronal de Seguro Educativo	4,530.00
073	Cuota Patronal de Riesgo Profesional	5,142.00
074	Cuota Patronal de Fondo Comple.	306.00
120	Impresión Encuadernación y Otros	2,000.00
141	Viáticos Dentro de País	3,000.00
151	Transporte Dentro del País	3,000.00
154	Transporte Bienes (Flete)	5,000.00
169	Otros Servicios Comerciales y Financieras	11,000.00

MUNICIPIO DE SANTA MARÍA
CONCEJO MUNICIPAL
Fiel Copia de su Original
FIRMA: *[Firma]*
FECHA: 22/12/2021

172	Servicios Especiales	5,500.00
189	Otros Mantenimientos y Reparaciones	22,600.00
201	Alimentos para Consumo Humano	2,000.00
211	Acabados Textiles	4,000.00
221	Diésel	4,000.00
223	Gasolina	2,000.00
224	Lubricantes	4,000.00
239	Otros Productos de Papel y Papel	6,000.00
255	Materiales Eléctricos	10,980.00
256	Materiales Metálicos	9,030.00
259	Otros Materiales de Construcción	9,050.00
262	Herramientas e Instrumentos	3,000.00
269	Otros Productos Varios	23,197.00
273	Útiles de aseo y Limpieza	20,970.00
275	Útiles y Materiales de Oficina	8,000.00
279	Otros Útiles y Materiales	4,000.00
280	Repuestos	25,050.00
340	Equipo de Oficina	3,000.00
350	Mobiliario de Oficina	4,000.00
370	Materiales y Equipo Varios	5,000.00
380	Equipo de Computación	4,000.00
624	Estudios	4,000.00
633	Subsidios Deportivos	4,000.00
930	Imprevistos	3,000.00
	TOTAL	347,333.00

	INVERSIONES	375,000.00
	TOTAL	375,000.00
01-2022	Mejoramiento de Camino Dentro del Corregimiento de El Rincón.	74,250.00
02-2022	Mejoramiento del Acueducto de Chupampa Segunda Etapa.	74,250.00
03-2022	Mejoramiento de Camino Dentro del Corregimiento de El Limón.	74,250.00
04-2022	Mejoramiento del Acueducto de Divisa del Corregimiento de Los Canelos.	37,125.00
05-2022	Mejoramiento del Acueducto de Salamanca del Corregimiento de Los Canelos.	37,125.00
06-2022	Mejoramiento del Parque del Monumento de las Madres, Corregimiento de Santa María.	25,000.00
07-2022	Mejoramiento de los Parques Dentro del Corregimiento Santa María.	49,250.00
	AMUPA	3,750.00
	TOTAL DE PROYECTOS	375,000.00

MUNICIPIO DE SANTA MARÍA
CONCEJO MUNICIPAL
Fiel Copia de su Original
FIRMA: 
FECHA: 22/12/2021

Artículo 2: Aprobar gasto de representación a los funcionarios que ocupen como titulares los cargos de Alcalde Municipal, Presidente del Concejo, Tesorero (a) Municipal, detallado a continuación:

Descripción	Monto Mensual B/.
Alcalde Municipal	200.00
Presidente del Concejo	200.00
Tesorero (a) Municipal	100.00

Artículo 3: Aprobar gasto de movilización o transporte fijo a los siguientes funcionarios:

Descripción	Monto Mensual B/.
Alcalde Municipal	500.00
Juez de Paz de Santa María y Los Canelos	100.00
Juez de Paz de Chupampa y El Limón	100.00
Juez de Paz de El Rincón	100.00
Secretaría de la Casa de Justicia de Santa María y Los Canelos	100.00
Secretaria de la Casa de Justicia de Santa María y Los Canelos	100.00
Secretaria de la Casa de Justicia de Chupampa y El Limón	100.00
Secretaria de la Casa de Justicia de El Rincón	100.00
Recaudador del Matadero	50.00
Recaudador del Matadero	50.00
Recaudador de Subasta	50.00
Recaudador de Chupampa y El Limón	50.00

Artículo 4: Aprobar aumento de salario a los funcionarios detallados a continuación:

Descripción	Aumento B/.
Asistente de Tesorería	50.00
Cajero/ Soporte Técnico	50.00

Artículo 5: Aprobar un aporte único de dos mil balboas (B/. 2,000.00) a cada Junta Comunal y aportes mensuales de trescientos balboas (B/. 300.00) a cada una, detallado a continuación:

Descripción	Aumento B/.
Junta Comunal de Santa María	300.00
Junta Comunal de El Rincón	300.00
Junta Comunal de Los Canelos	300.00
Junta Comunal de Chupampa	300.00
Junta Comunal de El Limón	300.00

Artículo 6: Autorizar al Señor Alcalde a realizar traslados de partidas para reforzar o crear objetos de gastos, sin exceder el monto presupuestado.

Artículo 7: Los traslados de partidas, créditos adicionales y modificaciones del presupuesto 2022 se podrá realizar hasta el 15 de diciembre del 2022.

Artículo 8: Para efectos fiscales este acuerdo tiene vigencia a partir del 3 de enero del 2022.

Dado en el Salón de Reuniones del Concejo Municipal del distrito de Santa María a los veintiuno (21) días del mes de diciembre del dos mil veintiuno (2021).


H.C. Levis Rodríguez B.
Presidente del Concejo Municipal
Corregimiento de Chupampa


H.C. Carlos González
Vicepresidente del Concejo
Corregimiento de Santa María



Eunino Franco A.
H.C. Eunino Franco
Corregimiento de El Limón

Cor: Ovidio E. De León.
H.C. Ovidio Pinzón
Corregimiento de El Rincón

H.C. Marcos Riquelme
Corregimiento de Los Canelos



Pinzón
Licda. Irse Martene Pinzón
Secretaria del Concejo Municipal

Sancionado en la oficina de la Alcaldía Municipal del distrito de Santa María a los 21
días del mes de diciembre del dos mil veintiuno (2021).

Julio A. Ulloa De La Rosa
Licdo. Julio A. Ulloa De La Rosa
Alcalde Municipal

Rodriguez
Licda. Lastenia Rodríguez
Secretaria General



MUNICIPIO DE SANTA MARÍA
CONCEJO MUNICIPAL
Fiel Copia de su Original
FIRMA: [Signature]
FECHA: 22/12/2021

FE DE ERRATA**MINISTERIO DE SALUD**

Para corregir error involuntario del Ministerio de Salud, en la Resolución No. 894 del 10 de diciembre de 2021, “Que aprueba el Sistema de Mejora de la Calidad de Atención Integral de la Mujer en Panamá”, publicada en la Gaceta Oficial Digital No. 29434 de 15 de diciembre de 2021, en virtud de que, por error involuntario, no se adjuntó el Anexo 1, que forma parte integral de la precitada resolución.

Por lo anterior, adjuntamos el Anexo 1, titulado “Asistencia Técnica para el Diseño e Implementación de un Sistema de Mejora de Calidad de la Atención Integral de la Mujer que incluya la Evaluación de la Implementación de los Distintos Protocolos de la Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer para el Programa de Apoyo, Políticas de Género en Panamá-PNL1162”



**MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN
MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO ESTABLECIDO EN LAS
NORMAS TÉCNICAS ADMINISTRATIVAS Y PROTOCOLOS DE
ATENCIÓN DEL PROGRAMA SALUD INTEGRAL A LA MUJER.**

MINISTERIO DE SALUD
REPÚBLICA DE PANAMÁ

**ASISTENCIA TÉCNICA PARA EL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN
SISTEMA DE MEJORA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE
LA MUJER QUE INCLUYA LA EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN
DE LOS DISTINTOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA DE
SALUD INTEGRAL DE LA MUJER PARA EL PROGRAMA DE APOYO
POLÍTICAS DE GÉNERO EN PANAMÁ- PNL1162**

Tabla de contenido

ACRÓNIMOS..... 1

Introducción 2

Antecedentes 3

Contexto de referencia al marco normativo 4

Ejecución del Programa de Salud Sexual y Reproductiva- Unidades Técnico-administrativas.....5

Situación de salud materna y neonatal..... 6

Avances y desafíos de indicadores ODS 3 de Salud Sexual y Reproductiva 8

Enfoque metodológico y conceptos de calidad en el monitoreo y evaluación de los procesos de atención materno y neonatal 10

Evaluación de la calidad en la normativa de los procesos de atención materno y del recién nacido 13

Etapas del proceso de Evaluación 14

..... 15

Etapas I. Evaluación Interna (Autoevaluación)..... 15

Etapas I. Evaluación Interna (Autoevaluación) 16

1. Conformación del Equipo de Mejoramiento de la Calidad (EMC) del nivel local. ... 17

2. Autoevaluación de la organización, gerencia y contexto institucional..... 18

3. Monitoreo de expedientes clínicos 18

4. Identificación de Oportunidades de Mejora y Elaboración del plan 28

5. Implementación del plan mejoramiento continuo de la calidad..... 30

6. Monitoreo de los planes de mejora continua de la calidad..... 32

Etapas II. Evaluación externa 35

1. Conformación de Equipos de Mejoramiento de la Calidad..... 36

2. Evaluación del monitoreo expedientes clínicos 37

3. Evaluación de la Organización, gerencia y contexto institucional..... 37

4. Evaluación del talento de los recursos humanos 38

5. Observación directa de los procesos de atención..... 38

6. Entrevista a usuarias y familiares 39

7. Monitoreo de los planes de mejora continua de la calidad..... 40

Bibliografía..... 42

ANEXOS 43

ANEXO 1. EVALUACIÓN INTERNA: INSTRUCTIVO E INSTRUMENTO PARA LA AUTOEVALUACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN, GERENCIA Y CONTEXTO INSTITUCIONAL..... 44

1.1 INSTRUCTIVO PARA LA AUTOEVALUACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN, GERENCIA Y CONTEXTO INSTITUCIONAL. 45

1.1. INSTRUMENTO PARA LA AUTOEVALUACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN, GERENCIA Y CONTEXTO INSTITUCIONAL EVALUACIÓN INTERNA..... 47

..... 48

ANEXO 2. EVALUACIÓN INTERNA Y EXTERNA: INSTRUCTIVO E INSTRUMENTOS PARA EL MONITOREO DE LA NORMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER 48

➤ 2.1. INSTRUCTIVO DE INSTRUMENTOS DE ESTÁNDARES E INDICADORES 49

2.2. INSTRUCTIVO DE MONITOREO DE EXPEDIENTES CLÍNICOS 50

2.3. INSTRUCTIVO DE BASE DE DATOS EN EXCEL PARA MONITOREO DE EXPEDIENTES CLÍNICOS 52

2.1 ESTÁNDARES E INDICADORES Y LISTA DE CRITERIOS DE VERIFICACIÓN..... 55

2.1.1. ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL..... 55

2.1.7 ATENCIÓN DEL PARTO 84

2.1.8 INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO PROTOCOLO DE ATENCION DEL PARTO 92

2.1.9 INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO PROTOCOLO DE ATENCION DEL PARTO 95

2.1.10 PUERPERIO..... 97

2.1.11 INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO PROTOCOLO DE ATENCION DEL PUERPERIO..... 103

2.1.12 INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO PROTOCOLO DE ATENCION DEL PUERPERIO..... 105

2.1.13 INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO PROTOCOLO DE ATENCION DEL PUERPERIO..... 108

2.1.14 ATENCIÓN RECIÉN NACIDO 109

2.1.15 INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO PROTOCOLO DE ATENCION INMEDIATA AL RECIEN NACIDO 111

2.1.16 COMPLICACIONES DEL PUERPERIO (HEMORRAGIA Y TRASTORNO HIPERTENSIVO)..... 116

2.1.17 INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE PUÉRPERAS CON HEMORRAGIA POSTPARTO QUE RECIBIÓ ATENCIÓN SEGÚN LA “GUÍA DE MANEJO DE LAS COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO”...... 119

2.1.18 INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE PUÉRPERAS CON TRASTORNO HIPERTENSIVO GESTACIONAL (THG) CON CRITERIOS DE SEVERIDAD RECIBIÓ ATENCIÓN SEGÚN LA NORMA..... 121

ANEXO 3. EVALUACIÓN INTERNA: INSTRUCTIVO E INSTRUMENTOS PLAN MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD 123

3.1. INSTRUMENTO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD CON CICLOS RÁPIDOS DE MEJORA (PEVA) 124

3.1 INSTRUMENTO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD CON CICLOS RÁPIDOS DE MEJORA (PEVA) 127

ANEXO 4. EVALUACION INTERNA Y EXTERNA: INSTRUCTIVO E INSTRUMENTO DE MONITOREO DEL PLAN MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD..... 129

4.1. INSTRUCTIVO PARA EL MONITOREO DEL PLAN CONTINUO DE LA CALIDAD CON CICLOS RÁPIDOS DE MEJORA (PEVA) 130

Lista de Tablas

Tabla 1. Metas del ODS 3 relativas a la salud materna y los servicios de salud sexual y reproductiva.....7

Tabla 2.Proceso de Atención Preconcepcional..... 19

Tabla 3. Proceso de Atención del Embarazo..... 20

Tabla 4. Proceso de Atención del Parto..... 20

Tabla 5. Proceso de Atención del Puerperio 20

Tabla 6. Proceso de Atención del Recién Nacido..... 21

Tabla 7. Proceso de Atención Complicaciones del Puerperio (hemorragia y trastornos hipertensivo) 21

Tabla 8. Cálculo de muestra..... 24

Lista de Figuras

Figura 1. Resumen de Monitoreo del Expediente Clínico..... 29

Figura 2. Ejemplo del registro de la base de datos..... 53

Figura 3. Ejemplo del registro de consolidado de datos..... 54

Figura 4. Ejemplo del registro de consolidado con gráfico de barra..... 54

ACRÓNIMOS

- AIEPI: Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes en la Infancia
- BCG: Bacilo Calmette Guérin
- CONE: Cuidados Obstétricos Neonatales Esencial
- DPPNI: Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta
- FC: Frecuencia Cardíaca
- FCF: Frecuencia Cardíaca Fetal
- FPP: Fecha Probable de Parto
- FR: Frecuencia Respiratoria
- HCPB: Historia Clínica Perinatal Base
- HPP: Hipertensión post parto
- IMC: Índice de Masa Corporal
- Ig: Inmunoglobulina
- Kg: Kilogramo
- MR: Vacuna contra sarampión y rubeola
- MATEP: Manejo activo del tercer período
- MAC: Métodos anticonceptivos
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- PA: Presión Arterial
- PATMI: Programa de Alimentación Temprana Materna Infantil
- PEVA: Planear, Ejecutar, Verificar y Actuar
- RN: Recién Nacido
- TD /TDap: Vacuna contra el tétanos, la difteria y la tosferina acelular
- TORCH: Toxoplasmosis, rubéola citomegalovirus, herpes simple.
- VDRL: Pruebas del laboratorio de investigación de enfermedades venéreas
- VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana
- APS: Atención Primaria en Salud

Introducción

Panamá ha logrado importantes avances en materia de salud sexual y reproductiva a través de las décadas, a medida que el país ha alcanzado un alto grado de desarrollo comparado con otros países de la región. La cobertura de atención profesional del parto fue superior al 95% en el 2009, a un 99.1% en 2015 y el aumento ha sido más significativo en las áreas rurales, del 88% en el año 2009 a 97.4 en el año 2015. A través de la planificación familiar los nacidos vivos de orden 1-2 se han duplicado, mientras que los de orden 4 y más disminuyen, tanto a nivel urbano como rural. El porcentaje de embarazos en adolescentes se ha incrementado del 20% Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER 2009), a un 27.2 % (ENASSER 2015). La demanda insatisfecha de planificación familiar, según ENASSER 2015, es del 24.8 y la demanda satisfecha disminuyó de 65.5% en 2009 a 61.8% en 2015.

Sin embargo, persisten en el país grandes inequidades en cuanto a las metas de reducción de la mortalidad materna y perinatal. Este es un reto que tiene que afrontar no solamente el sector Salud, fortaleciendo el nivel primario y secundario con la disponibilidad efectiva de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) organizados en una red de atención continua, constituido el CONE ambulatorio, CONE básico y CONE completo, reconociendo que la atención calificada durante el periodo crítico de la atención del parto es la intervención singular más importante para prevenir la mortalidad materna y perinatal. Los demás sectores del desarrollo tienen igual grado de responsabilidad y será sólo el esfuerzo conjunto el que logre cerrar la brecha existente.

Como parte de las estrategias para reducir estas brechas, el MINSA elaboró El Plan de Reducción de la Mortalidad Materna 2015-2020, plan de acción que propuso intensificar las intervenciones clave, con una clara eficacia comprobada para reducir la morbilidad materna, en áreas estratégicas identificadas hacia el logro del acceso y cobertura universal para la obtención de salud sexual y la salud reproductiva de calidad. Asimismo, este plan enfatizó acciones orientadas a fortalecer la atención pregestacional, la planificación familiar, la atención prenatal de calidad garantizando la atención humanizada del parto y del puerperio, que debe ser provista por personal calificado y con modelos de atención que incluyen los enfoques de salud intercultural, de igualdad de género y garantizando el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las personas. (Plan de Reducción Mortalidad Materna 2015-2020).

Para mantener los logros y reducir las brechas que distan de los compromisos de país en los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 número tres (ODS), el Ministerio de Salud, actualizó la Normativa Técnica Administrativa de Atención a la Mujer con protocolos de atención para los servicios del primer, segundo y tercer nivel de atención. Los objetivos de la Norma son:

- Determinar las acciones dirigidas a lograr la cobertura universal y la atención de calidad de las mujeres, antes y durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.

- Establecer parámetros actualizados para los proveedores de salud, que permitan una óptima calidad de atención preventiva y curativa a las personas, con un enfoque holístico y sistémico, durante todo el curso de la vida.

Para el cumplimiento de esta normativa y sus protocolos el Ministerio de Salud cuenta con el Programa Nacional de Salud Integral de la Mujer cuyo objetivo es asegurar las acciones de atención, promoción, vigilancia epidemiológica, de gestión sanitaria en salud sexual y reproductiva y del monitoreo en las instalaciones de salud.

El presente documento es una guía que brinda elementos técnicos para que los responsables de ejecutar acciones de vigilancia y control del cumplimiento de la normativa del Programa de Atención Integral a la Mujer, con el propósito que se unifiquen criterios verificables de acuerdo con los estándares de calidad establecidos.

Antecedentes

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) financia el Programa de Apoyo a las Políticas de Género en Panamá cuyo objetivo es contribuir a reducir la desigualdad de género en Panamá a través de la efectiva y oportuna implementación de políticas dirigidas a promover la autonomía física y económica de las mujeres. En materia de autonomía física, el Programa propone (i) mejorar la calidad del servicio ofrecido a las mujeres víctimas de violencia contra las mujeres; (ii) fortalecer el acceso, calidad y pertinencia de los servicios de salud sexual y reproductiva, especialmente en las áreas comarcales y rurales dispersas de Panamá; y (iii) aumentar el acceso a programas de salud y educación para prevenir el embarazo adolescente.

En el área de calidad y pertinencia de los servicios de salud sexual y reproductiva, especialmente en las áreas comarcales y rurales dispersas de Panamá, las acciones de política que integran el Programa incluyen la implementación de las estrategias operativas que respaldan el cumplimiento de las Normas Técnico-Administrativas y Protocolos de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer en las áreas comarcales y áreas rurales dispersas de Panamá, a saber: (i) Estrategia de Anticoncepción y Planificación Familiar; y (ii) Estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE).

En el marco de la primera etapa de la implementación del Programa de Apoyo a las Políticas de Género (PN-LII56), el MINSA avanzó en la aprobación, por medio de Resolución Ministerial, de la actualización de las Normas Técnico-Administrativas y Protocolos de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer, incluyendo las Normas del Programa de Planificación Familiar y protocolos de violencia sexual. Para apoyar la segunda etapa del Programa, el Ministerio de Salud de Panamá a través del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de la Dirección General de Salud y la Dirección de Provisión de Servicios de Salud, ha elaborado el diseño e implementación de un sistema de mejora de la calidad de la atención integral de la mujer, que incluye la evaluación de la implementación de los Protocolos de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer, en este primer momento priorizando, la atención preconcepcional, atención

durante el embarazo, puerperio, complicaciones obstétricas, atención neonatal y complicaciones neonatal más frecuentes.

Contexto de referencia al marco normativo

El Programa de Salud Integral de la Mujer, hoy conocido como Programa de Salud Sexual y Reproductiva, ha tenido logros significativos, tales como la implementación nacional de la Historia Clínica Perinatal Base y el Sistema Informático Perinatal; el desarrollo del Programa de Capacitación de Parteras Tradicionales y la Capacitación de Facilitadores de la Capacitación de Parteras Tradicionales; la formación a través de Cursos teórico-prácticos de más de 60 colposcopistas; la organización de la Escuela de Citología que graduó a 18 cito tecnólogos; la conducción de todos los procesos de elaboración, revisión, actualización e implementación de todas las Normas relacionadas con la salud sexual y reproductiva; la Comisión Nacional Interinstitucional e Intersectorial de Muerte Materna y Perinatal y la implementación del Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna y Perinatal; la implementación nacional del modelo APA-AMEU para mejorar la calidad de atención del aborto y la introducción de la Herramienta para la toma de decisiones en Planificación Familiar en todo el país. (Normas Técnicas - Administrativas y Protocolos de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer).

El proceso de revisión de las Normas del Programa se ha realizado partiendo de los niveles regionales y locales, con participación de personal en la atención de la mujer y en la atención materna perinatal. Sus aportes fueron recopilados para una segunda etapa de trabajo en el nivel central, por un equipo técnico interdepartamental, interinstitucional e intersectorial, para la producción del documento nacional. La última revisión de las Normas del Programa de Salud Integral de la Mujer fue en el año 2007 y en el año 2009 fueron actualizadas las Guías de Manejo de las Complicaciones del Embarazo. En esta oportunidad, el Ministerio de Salud, con apoyo del Proyecto Mesoamérica 2015 financiado por el BID, convocó un equipo técnico nacional. Este grupo de expertos realizó un proceso minucioso de revisión de la bibliografía científica más actualizada disponible, para producir un documento de Normas Técnicas -Administrativas y Protocolos de Atención actualizados, de gran valor para contribuir a asegurar una atención de salud de calidad a las mujeres de nuestro país, con un enfoque de derechos, con respeto a la diversidad socio-cultural, poniendo énfasis en la prevención y detección de situaciones de riesgo de complicaciones en todos los niveles de atención.

Estas normas y protocolos actualizados serán la base para implementar la estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE), que el MINSA adoptó y priorizó para su implementación en aquellas áreas de mayor vulnerabilidad y difícil acceso geográfico l.

¹ II Informe Nacional Voluntario de los ODS. Secretaria Técnica Gabinete Social, Panamá, 2020

Es responsabilidad de todo proveedor de atención en Salud Sexual y Reproductiva conocer estas normas, utilizarlas y promoverlas en su labor cotidiana, con la seguridad de que el esfuerzo en mejorar la calidad de atención del binomio madre-hijo, con un claro impacto en la reducción de muertes maternas y perinatales.

Ejecución del Programa de Salud Sexual y Reproductiva- Unidades Técnico-administrativas

El Ministerio de Salud es la instancia normativa responsable del Programa en todo el país.

El Nivel Nacional está representado en las diversas Direcciones del Ministerio de Salud. Desde el punto de vista técnico normativo:

La Dirección General de Salud Pública y la Sub-Dirección General de Salud de la Población, a través de la Coordinación Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Departamento de Salud y Atención Integral a la Población, es responsable de la gerencia del Programa de Salud Integral de la Mujer; de la elaboración, actualización, implantación y difusión de las Normas y de supervisar el cumplimiento de estas. El Departamento mantiene coordinación con la Jefatura del Programa Materno Infantil de la Caja de Seguro Social.

La Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud es responsable de los aspectos organizativos de la atención en los servicios de salud y de supervisar la calidad de esta.

La Dirección Nacional de Promoción de la Salud es responsable de los aspectos de Información, Comunicación y Educación sobre la salud sexual y reproductiva y de la participación social.

Nivel Regional

El director regional de Salud, con el apoyo de su Unidad de Gestión y del Coordinador Regional de Salud Sexual y Reproductiva es responsable de la programación, ejecución, supervisión y evaluación de las actividades de todos los componentes del Programa de Salud Integral de la Mujer en los establecimientos de salud de la Región. Estas actividades se realizan con la asesoría técnica del Nivel Central. El Coordinador, en conjunto con las Unidades Docentes Regionales, es responsable del desarrollo del programa de capacitación y actualización del personal que realiza las actividades del Programa.

Nivel Local

Los directores de los establecimientos de Salud de nivel local (Hospitales, Centros de Salud, Poli centros, Policlínicas, Unidades Locales de Atención Primaria, Subcentros y Puestos de Salud), con participación de todo su equipo, tienen la responsabilidad del desarrollo del Programa en todos sus componentes. El director médico asegurará la adecuada y óptima utilización de los médicos especialistas y médicos generales, odontólogos, enfermeras, técnico de enfermería, nutricionistas, trabajadores sociales y otros miembros del equipo de salud.

² Derecho a la vida y crecimiento. UNICEF

Regionalización y Sectorización de los Servicios de Salud y Redes de Servicios.

El país está dividido en 15 Regiones de Salud según características geográficas y poblacionales. A su vez, las Regiones están divididas en Áreas de Salud. La red de servicios la forman Hospitales Nacionales, Regionales, Provinciales y Rurales, Poli centros, Policlínicas, Centros de Salud con cama y sin cama, MINSA-CAPSI, Unidades Locales de Atención Primaria, Sub-Centros de Salud y Puestos de salud.

Situación de salud materna y neonatal

Situación de salud materna

La salud es un derecho humano cuya base jurídica se expresa en diversas obligaciones que los Estados deben cumplir, de conformidad con convenciones, protocolos y declaraciones internacionales por ellos suscritos. La salud materna es parte del derecho a la salud, y la muerte materna— junto con la muerte infantil—se considera una expresión de la condición social inequitativa de las mujeres y del débil funcionamiento de los sistemas de salud.

La tasa de mortalidad materna representa el número de mujeres que fallecen por complicaciones del embarazo, parto y puerperio por cien mil nacimientos vivos. La razón de la mortalidad materna muestran avances y retrocesos, aunque muestra una disminución importante a nivel nacional, variando de 52.7 defunciones por cien mil nacidos vivos en el 2015 a 45.5 defunciones por cien mil nacidos vivos en el 2018, se observan muchas disparidades entre las provincias y las comarcas indígenas, donde las condiciones socioeconómicas de la población son menos favorables y los servicios de salud son poco adecuados para garantizar la atención de la salud reproductiva, materna y neonatal. Cabe destacar que la mayoría de las muertes maternas son por causas prevenibles y se dan en mujeres en edades comprendidas entre los 35 y 49 años. Al respecto, es importante mencionar que, aunque la proporción de nacimientos con asistencia de personal especializado ha variado de 99.1% en el año 2015 a 92.9% en 2018, en el área urbana la proporción se mantiene constante durante el período, mientras que la disminución se da en el área rural, especialmente en la provincia de Bocas del Toro y la Comarca Ngäbe Buglé, lo cual se relaciona con la mortalidad materna en estas regiones. 2

Entre los factores que inciden en el número de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio, se destacan las que fueron consecuencia de emergencias derivadas durante el parto como hemorragia, la enfermedad hipertensiva, la retención de fragmentos de la placenta o de las membranas y la sepsis.3

3 II Informe Nacional Voluntario de los ODS

Situación de salud neonatal

La tasa de mortalidad neonatal, es decir niños que fallecen durante las primeras cuatro semanas de vida por cada 1,000 recién nacidos vivos, se incrementó de 7.2 defunciones por mil nacidos vivos en el año 2015 a 8.6 defunciones por mil nacidos vivos en el año 2018. Estos indicadores también muestran diferencias notorias a nivel geográfico, destacando que las áreas indígenas son las más afectadas.

En este tramo de edad, los mayores riesgos de muerte neonatal se asocian a causas endógenas entre las que se encuentran malformaciones congénitas, nacimiento prematuro y otras afecciones relacionadas con la vida uterina y el proceso de parto.

Indicadores ODS 3 de Salud Sexual y Reproductiva

Aunque son importantes los avances de acciones públicas en apoyo al logro del ODS número 3, el Covid-19 ha evidenciado la necesidad de hacer transformaciones en el sistema de salud panameño para ser más eficiente, efectivo, seguro y que a la vez que permita robustecer la capacidad de respuesta. Está claro que aún persisten desafíos en varios temas, principalmente en las comarcas indígenas, tales como la salud materna que históricamente muestra los mayores rezagos y desigualdades sociales y económicas afectando a las mujeres y niñas. Es un desafío mejorar la oferta en salud mediante la incorporación de elementos que den cuenta de la interculturalidad, así como desarrollar planes concretos, fortalecer la educación, reducir los factores de riesgo y mejorar los servicios básicos con la participación de la comunidad para contribuir a cerrar las brechas existentes.⁴

Tabla 1. Metas del ODS 3 relativas a la salud materna y los servicios de salud sexual y reproductiva

Objetivo	Metas	Indicadores
3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades (ODS3)	3.1 De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos. 3.7 De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud	3.1.1 Tasa de mortalidad materna. 3.1.2 Proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado. 3.7.1 Proporción de mujeres en edad de procrear (entre 15 y 49 años) que cubren sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos. 3.7.2 Tasa de fecundidad de las adolescentes (entre 10 y 14 años y

4 II informe Nacional voluntario de los ODS

Objetivo	Metas	Indicadores
	reproductiva en las estrategias y los programas nacionales. 3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos. Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.	entre 15 y 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad. 3.8.1 Cobertura de los servicios de salud esenciales (definida como la cobertura media de los servicios esenciales entre la población general y los más desfavorecidos, calculada a partir de intervenciones trazadoras como las relacionadas con la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, las enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles y la capacidad de los servicios y el acceso a ellos). 3.8.2 Proporción de la población con grandes gastos sanitarios por hogar como porcentaje del total de gastos o ingresos de los hogares.

Avances y desafíos de indicadores ODS 3 de Salud Sexual y Reproductiva

Indicador 3.1.1 Razón de mortalidad materna

La mortalidad materna registra a nivel nacional una reducción, de 15.8%; variando de 52.7 por cien mil nacidos vivos en el 2015 a 45.5 por cien mil nacidos vivos en el 2018; sin embargo, a nivel interno persisten altos niveles de mortalidad en las provincias y comarcas indígenas en la cuales, las condiciones socioeconómicas son menos favorables y donde los servicios de salud, pese a los esfuerzos realizados, no disponen de la infraestructura necesaria para garantizar la servicios de atención de la salud reproductiva, materna, neonatal y el acceso a ellos. La mayoría de las muertes maternas son producidas por embarazo ectópico, preeclampsia eclampsia, atención a la madre y por otras complicaciones principalmente relacionadas con el embarazo; se da en mujeres, con edades comprendidas entre los 35 y 49 años consideradas como grupo de riesgo. Cabe destacar, que en el período en mención se registra una reducción, en la comarca indígena Emberá Wounaan (515.5 por cien mil nacimientos en el 2015 a 392.2 por cien mil nacidos vivos en el 2018) y en la provincia de Darién (192.5 por cien mil nacidos vivos en el 2015 a 95.4 por cien mil nacidos vivos en el 2017), la cual posee un alto porcentaje de población rural. Entre las provincias que presentan incrementos en este indicador, resaltan Bocas del Toro, Coclé y en menor proporción los Santos (39.6%, 55.9% y 6.3%respectivamente).

3.1.2 Proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado

En Panamá, durante el período 2015-2018, se registra una disminución en la proporción de nacimientos con asistencia de personal especializado, de 2.1 puntos porcentuales, observando que pasó de 95.0 % en el 2015 a 92.9% en el 2018. En el área urbana, la proporción se mantuvo constante a lo largo del período; mientras, en el área rural disminuyó de 86.1% en el 2015 a 81.5% en el 2018. A nivel regional, el mayor descenso en la proporción de nacimientos con asistencia profesional, para el período en mención, se observa en la provincia de Bocas del Toro (6.5 puntos porcentuales) y la Comarca Nágbe Bugle (5 puntos porcentuales). Sin embargo, hay provincias que experimentaron un incremento en esta proporción, en el período en mención, siendo relevante, el observado en la Comarca Emberá Wounaan (17.5 puntos porcentuales), lo cual incidió sobre la reducción que se registra en la tasa de mortalidad materna.

Indicador 3.2.2 Tasa de mortalidad neonatal

La mortalidad neonatal, se ve más influida por la atención al embarazo y parto, así como por los cuidados que recibe el neonato. Los datos de este indicador para Panamá indican un incremento en la tasa de mortalidad de los menores de 28 días en el período en estudio, pasando de 7.2 (548 defunciones) por mil nacidos vivos en el 2015 a 8.6 (661 defunciones) por mil nacidos vivos, en el 2018; los neonatos de sexo masculino, en comparación con los de sexo femenino, registran, tasas más altas de defunciones (8.2 vs 6.2 para el 2015 y 9.2 vs 8.0 para el 2018). A nivel interno se observan distintas magnitudes, fluctuando para el 2018, entre 4.3 por mil nacidos vivos, que se registra en la provincia de Herrera, y 13.7 por mil nacidos vivos que se da en la provincia de Darién, en el primer caso continúa con un descenso significativo en comparación con el 2015, donde la tasa era de 9.3; mientras que en el segundo caso, la situación es inversa el indicador tenía un valor de 2.9 por mil nacidos vivos; se requiere para cambiar esta tendencia, la implementación de programas más agresivos que garanticen el control de la mujer durante el embarazo. Por su parte, la Comarca Emberá Wounaan evidencia avances importantes en la disminución de la mortalidad neonatal, la cual se redujo en ese período en la mitad.⁵

5 II informe Nacional voluntario de los ODS

Enfoque metodológico y conceptos de calidad en el monitoreo y evaluación de los procesos de atención materno y neonatal

Enfoque Metodológico

La calidad de la atención en salud es el resultado de una definición adecuada de los contenidos de atención, es decir normas y estándares actualizados y basados en evidencia científica y de la ejecución apropiada de los procesos de la atención a los/as usuarias de acuerdo con las normas.⁶

El Enfoque metodológico para garantizar la calidad es a través de:

- El mejoramiento continuo de la calidad en el monitoreo de la norma, los contenidos técnicos y la ejecución de la atención de salud deben ceñirse a los procesos descritos en la “Normas Técnicas-Administrativas y Protocolos de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer” actualmente vigente en el país cuyo contenido está basado en la evidencia científica.
- La Calidad percibida por la usuaria, que se refiere más bien a cómo la usuaria/o percibe aspectos relativos al trato interpersonal, tiempos de espera, comodidades, limpieza y satisfacción con la atención recibida

El Mejoramiento Continuo de la Calidad es un enfoque gerencial que busca el desarrollo organizacional ordenado y planificado, orientado a la satisfacción de las necesidades del/a usuario/a y del cumplimiento de normas técnicas, organizando, identificando y mejorando todos los aspectos de los procesos de atención en los servicios de salud.

Para el desarrollo de la calidad en los servicios de salud, el personal debe aplicar el modelo de mejoramiento continuo de la calidad, realizándolo a través de la medición del cumplimiento de los estándares por medio de indicadores y mediante el análisis de los procesos evaluados y sus brechas utilizando los ciclos de planificación, ejecución, verificación y análisis (PEVA).

Este proceso contribuirá al mejoramiento de la salud de las usuarias que son atendidas en los establecimientos de salud de todo el país, a través de sus mecanismos de regulación internos de monitoreo y mejora continua de la calidad en los servicios.

6 Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal. 2008.

Este enfoque define cuatro momentos metodológicos:

1. **La Definición Operativa de la calidad** a través de estándares e indicadores. Un estándar de calidad es la declaración explícita de la calidad esperada en un proceso de atención, que deriva de las normas de salud.
2. **La Medición o Monitoreo de la calidad**, es el proceso de recolección y análisis de datos para evaluar el grado de cumplimiento de los estándares, a través de indicadores medidos por los equipos de calidad de las unidades de salud, y que son comunicados periódicamente a los distintos niveles del sistema (Regional y Nivel Central)
3. **El Mejoramiento de la calidad**, es una metodología sistemática que introduce cambios concretos en los procesos de atención, a través de ciclos rápidos, lo cual facilita trabajar objetivos de mejoramiento de la atención, planificar y ejecutar los cambios, y posteriormente medir si los cambios realizados realmente produjeron el mejoramiento deseado según el estándar de calidad.
4. **Evaluación de la calidad:** Es una oportunidad para mejorar la calidad de atención a usuarias, no tiene un carácter sancionador, pues en los procesos de atención interactúan gestores, administradores/as, personal clínico y usuarias/os externos. En este proceso se identifica áreas críticas para establecer estrategias de intervención y en forma gradual superarlas, en un primer momento como autoevaluación y en un segundo momento de evaluación con el apoyo de las autoridades del nivel correspondientes

Para el proceso operativo se tomará como referencia **la definición operativa de la calidad**, que es realizada mediante el establecimiento de estándares de calidad, que son estándares clínicos, administrativos y de satisfacción de las usuarias o usuarios de los servicios de atención.

El MINSA ha establecido las definiciones operativas de la calidad esperada para la atención de la salud materna y el recién nacido, con el establecimiento de un paquete de estándares e indicadores básicos de los procesos de atención que constan en el presente documento.⁷ Para construir este conjunto de estándares tomando como guía y marco de referencia el documento de las “Normas Técnicas-Administrativas y Protocolos de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer” del año 2020 y la Guía de Complicaciones del Embarazo MINSA 2015.

⁷ Estándares e indicadores materno infantil

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN LA NORMATIVA DE
LOS PROCESOS DE ATENCIÓN MATERNO Y DEL
RECIÉN NACIDO**

Evaluación de la calidad en la normativa de los procesos de atención materno y del recién nacido

Definición: Consiste en el monitoreo y evaluación de los procesos de atención de la norma y protocolos durante el embarazo, parto, puerperio y el recién nacido; analizando los componentes y las etapas definidas para su desarrollo.

Objetivos

General

Desarrollar una metodología para el mejoramiento de la calidad de los procesos normativos de la atención materno y neonatal, proporcionando herramientas para la medición e implementación de intervenciones efectivas.

Específicos

1. Contribuir al fortalecimiento de la gerencia de la calidad en los procesos de atención preconcepcional, prenatal, puerperio, atención al recién nacido y complicaciones del puerperio.
2. Establecer los mecanismos para la recolección y verificación de la calidad de los datos recolectados correspondientes a los indicadores y estándares descritos en la norma, monitoreo y evaluación interna a realizarse por el nivel local y monitoreo y evaluación externa por el nivel central.
3. Orientar el desarrollo y aplicación de instrumentos físicos e informáticos que faciliten la recopilación y flujo de la información para retroalimentar sistemáticamente la base de datos del establecimiento de salud y MINSA central, en el tiempo y calidad requerida.
4. Facilitar la gestión de los datos para la toma de decisiones e intervenciones oportunas

Ámbito de aplicación

Están sujetos a la aplicación y al cumplimiento de estos Lineamientos técnicos todos los funcionarios del MINSA.

Población objetivo

Mujeres en edad fértil, embarazada, recién nacidos (desde su nacimiento hasta su primer mes de vida), puérpera hasta los 42 días postparto.

Componentes de la Evaluación

- Organización y gerencia
- Contexto institucional
- Talento humano
- Usuaris de los servicios y/o familiares

Organización y gerencia

Se relaciona con la planeación, regulación y ejecución de procesos y procedimientos que permitan alcanzar la misión y objetivos del establecimiento de salud. Los procesos de planeación estratégica, la adopción e implementación de los protocolos de atención materna y neonatal, y la medición de indicadores y estándares para el mejoramiento de la calidad de atención.

Contexto institucional

Se analizarán los aspectos relacionados con capacidad instalada, recursos e insumos, capacitación institucional, conocimiento y aplicación de protocolos, conformación de equipos multidisciplinarios, identificación de prácticas inseguras y generación de estrategias de mejoramiento continuo.

Talento humano en salud

Se identificarán las competencias, actitudes, hábitos, comportamientos del personal del establecimiento de salud en relación con la atención materna y del recién nacido, así como su participación en procesos de capacitación y entrenamiento.

Usuaris y familiares Se establecerán las preferencias de las pacientes, el autocuidado y la satisfacción con la atención recibida.

Etapas del proceso de Evaluación

La evaluación consiste en recopilar y analizar datos para medir la eficacia de una intervención en el cumplimiento de los objetivos previstos y/o el grado en que los cambios en los resultados pueden atribuirse a dicha intervención o a otros factores. El propósito de la evaluación es ayudar a los interesados en la toma de decisiones sobre la continuidad de la intervención evaluada, su uso en nuevos ciclos de calidad y otras aplicaciones futuras.

El proceso de evaluación comprende dos etapas:

- Etapa I Evaluación interna (autoevaluación)
- Etapa II Evaluación externa

Etapa I. Evaluación Interna (Autoevaluación)

Etapa I. Evaluación Interna (Autoevaluación)

Comprende un análisis crítico y reflexivo desarrollado al interior de los hospitales en relación con los procesos y procedimientos implementados para la atención de mujeres en estado grávido, puerperal y recién nacidos. **Se realiza cada dos meses.**

Actividades para desarrollar la evaluación interna

- Llenar el instrumento de autoevaluación en cada uno de los criterios definidos dentro de las categorías de organización, gerencia y contexto institucional.
- Recopilar y verificar las evidencias documentales por cada uno de los criterios evaluados, organizándolas como insumo para la evaluación externa, a partir del monitoreo de expedientes clínicos.
- Analizar el cumplimiento por criterio y categoría evaluada, así como calificación total del instrumento.
- Identificar los procesos y aspectos a mejorar por categoría, identificación de oportunidades
- Definir brechas, oportunidades de mejora (Qué), actividades para su cumplimiento (Cómo), responsable (Quién), tiempos de ejecución (Cuándo) y recursos.
- Gestionar la implementación de las estrategias de mejora definidas en el plan.
- Aplicar el instrumento de seguimiento semanal según lo requiera al plan definido de mejoras.

La evaluación interna se desarrolla en seis momentos

1. Conformación del Equipo de Mejora Continua de la Calidad del nivel local
2. Autoevaluación de la organización, gerencia y contexto institucional
3. Monitoreo de expedientes clínicos
4. Identificación de oportunidades de mejora y elaboración del plan.
5. Implementación del plan para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención materna y del recién nacido (PEVA).
6. Monitoreo de los planes de mejora continua de la calidad

NOTA La autoevaluación (evaluación interna) se realizará cada dos meses

I. Conformación del Equipo de Mejoramiento de la Calidad (EMC) del nivel local.

Las actividades de monitoreo serán realizadas por el equipo de Mejoramiento de la Calidad (EMC) conformados en los establecimientos de salud.

Los equipos durante sus visitas de asistencia técnica generarán la información necesaria para dar seguimiento a los indicadores de mejoramiento y a los indicadores de cumplimiento de la norma de atención.

En cada establecimiento de salud se conformarán –dependiendo de cada caso– un Equipo de Mejoramiento de la Calidad (EMC), este equipo será el encargado de realizar el registro sistemático de la información necesaria para evaluar el grado de cumplimiento de los estándares de calidad a través de indicadores. Se conformará un equipo interdisciplinario, de acorde al nivel de complejidad del establecimiento de salud y los recursos disponibles.

Establecimientos donde se realiza la evaluación interna: Hospitales, Centros de Salud, Policentros, Policlínicas y Unidades Locales de Atención Primaria.

Funciones del EMC:

- Promueve la recolección de información sobre la prestación de servicios mensualmente.
- Consolida información de la instalación de salud.
- Realiza análisis general y toma decisiones.
- Retroalimenta a los equipos e implementa actividades concretas de mejoramiento o de apoyo al EMC.
- Realiza visitas de asistencia técnica a los equipos, para apoyar la reducción de la brecha de calidad encontrada.
- Documenta las mejoras de la calidad. Remite información al nivel superior sobre la vigilancia de la calidad en la prestación de servicios (cumplimiento de indicadores).
- Promueve la capacidad de liderazgo, comunicación y trabajo en equipo para el mejoramiento continuo de la calidad.

2. Autoevaluación de la organización, gerencia y contexto institucional

Este proceso se realizará cada dos meses. El instrumento se divide en 2 partes y contiene un total de 20 criterios. La primera parte analiza los 10 criterios que la alta gerencia de la instalación de salud debe garantizar en su política institucional y administrativa, con el fin de favorecer el cumplimiento a la norma y protocolos de atención materna y del recién nacido. La segunda parte, de 10 criterios, se orienta a evaluar aspectos técnico-científicos, relacionados con el talento humano que brinda atención en salud.

En este proceso, el equipo establece si se CUMPLE, cuando el establecimiento de salud cuenta con evidencia que demuestra el desarrollo o implementación de este criterio. En caso de encontrar avances importantes hacia el cumplimiento del criterio, pero no satisfactorios, el equipo de autoevaluación calificará como CUMPLE PARCIALMENTE y recopilará los soportes correspondientes. Cuando definitivamente se encuentra que el criterio evaluado no se ha desarrollado o implementado en ningún nivel y/o no se cuenta con los respectivos soportes, calificará como NO CUMPLE.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos para las categorías evaluadas: Organización, Gerencia y Contexto Institucional, el establecimiento obtendrá un puntaje total de cumplimiento que debe ser analizado por el EMC autoevaluador. **(Ver instrumento en anexo I.I).**

3. Monitoreo de expedientes clínicos

Para realizar la medición o monitoreo de la calidad de la información se establecen los estándares e indicadores del proceso de atención materna y del recién nacido contenidos en 6 procesos de atención.

Se definen los estándares e indicadores implementados por el Ministerio de Salud con base a la Norma Técnica y Administrativa y Protocolos del Programa de Atención a la Mujer, tomando como referencia las mejores evidencias científicas y la implementación de las redes CONE. **(Ver Anexo 2.2 todas las tablas de los proceso de atención)**

3.1 Definiciones operativas del monitoreo

Estándar

Es una declaración de la calidad esperada. Es una expectativa con relación a un proceso determinado. Es la medida del desempeño esperado.

Indicador

En términos generales, un indicador es la medida cuantitativa o la observación cualitativa que permite identificar cambios en el tiempo y cuyo propósito es determinar la situación de aspectos

de la realidad que interesa conocer. Los indicadores pueden ser números, hechos, opiniones o percepciones que señalen condiciones o situaciones específicas.

Los criterios de verificación

Son requisitos definidos como esperables en la atención de la salud de usuarias/os, para satisfacer con seguridad y calidad sus expectativas y necesidades, así como, para el cumplimiento eficiente de los objetivos clínicos, los cuales, se miden a través de estándares, los cuales se definen como el grado de cumplimiento del criterio que se expresa en un porcentaje. Los criterios se estructuraron en base a una lista de chequeo.

Se han definido los estándares e indicadores de los procesos de atención materno y del recién nacido con base a la priorización establecida por el MINSA. *

Estándares e indicadores de los procesos de atención materno y del recién nacido

Tabla 2. Proceso de Atención Preconcepcional

No.	Proceso de atención	Estándar de calidad	Indicadores
I.	Preconcepcional	I.1 El personal de salud garantiza que todas las mujeres en edad fértil reciben suplementación con ácido fólico	I.1.1 Porcentaje de mujeres en edad fértil que reciben en su atención preconcepcional suplementación con ácido fólico según la norma.
		I.2 El personal de salud ofrece consejería y garantiza la entrega de un método anticonceptivo moderno (MAC) de acuerdo con criterios médicos de elegibilidad	I.2.1 Porcentaje de mujeres en edad fértil que en su atención preconcepcional se le ofreció consejería en planificación familiar I.2.2 Porcentaje de usuarias que en su atención preconcepcional recibieron el MAC de acuerdo con los criterios médicos de elegibilidad
		I.3 Usuarias de PF acuden regularmente para seguimiento y abastecimiento del método anticonceptivo moderno (MAC).	I.3.1 Porcentaje de usuarias que asisten regularmente a planificación familiar de acuerdo con cita.

Tabla 3. Proceso de Atención del Embarazo

No.	Proceso de atención	Estándar de calidad	Indicadores
2.	Embarazo	2.1 A toda embarazada que acude a su Atención Prenatal (APN), se le realizan en cada control todas las actividades según normativa.	2.1.1 Porcentajes de embarazadas captadas en el primer trimestre del embarazo y que se le realizan las actividades según normativa.
			2.1.2 Porcentajes de embarazadas que acudieron al menos a 4 controles prenatales distribuidos de la siguiente manera: 1 en el primer trimestre, 2 segundo trimestre y uno en tercer trimestre.
			2.1.3 Porcentaje de embarazadas a quienes se le realizaron todas las actividades en los controles subsiguientes de CPN descritas en la Norma.

Tabla 4. Proceso de Atención del Parto

No.	Proceso de atención	Estándar de calidad	Indicadores
3.	Parto	3.1 Toda embarazada en labor de parto que son vigiladas al ingreso del establecimiento de salud (excluyendo mujeres con 8 cm de dilatación).	3.1.1 Porcentaje de parturientas a quienes se les vigiló la labor de parto (HCPB y Partograma) y se tomó una decisión clínica con base a la evolución del parto. *
			3.1.2 Porcentaje de mujeres que recibieron MATEP, incluyendo pinzamiento tardío del cordón. *

Tabla 5. Proceso de Atención del Puerperio

No.	Proceso de atención	Estándar de calidad	Indicadores
4	Puerperio	4.1 A toda mujer en puerperio inmediato se le vigila y registra las actividades normadas.	4.1.1 Porcentaje de púerperas que se les vigila y registra las actividades normadas durante las primeras 2 horas postparto.
		4.2 A toda mujer que egresa por un evento obstétrico se le garantiza consejería y método anticonceptivo moderno (MAC)	4.2.1 Porcentaje de púerperas que reciben consejería en planificación familiar
			4.2.2 Porcentaje de mujeres con atención post aborto que recibieron un MAC moderno.

Tabla 6. Proceso de Atención del Recién Nacido

No.	Proceso de atención	Estándar de calidad	Indicadores
5.	Recién nacido	5.1 A todo recién nacido al momento de nacer se le aplica el protocolo de atención inmediata de rutina establecido por la norma.	5.1.1 Porcentaje de recién nacidos que recibieron cuidados inmediatos del recién nacido.
			5.1.2 Porcentaje de recién nacidos a quienes se les realizó/programó tamizaje neonatal.

Tabla 7. Proceso de Atención Complicaciones del Puerperio (hemorragia y trastornos hipertensivo)

No.	Proceso de atención	Estándar de calidad	Indicadores
6.	Complicaciones del puerperio (hemorragia y trastorno hipertensivo)	6.1 A toda mujer en puerperio inmediato que presenta hemorragia postparto, se le aplica el manejo clínico según la norma*.	6.1.1 Porcentaje de puérperas con hemorragia postparto que recibió atención según la norma*.
		6.2 A toda mujer en puerperio inmediato con trastorno hipertensivo gestacional con criterios de severidad se le aplica el manejo clínico según la norma*	6.2.1 Porcentajes de mujeres con trastorno hipertensivo gestacional (THG) con criterios de severidad que recibió atención según la norma*

*La norma hace referencia a la Guía de Complicaciones en el embarazo, Ministerio de Salud Panamá, 2015

3.2 Las acciones de monitoreo del expediente

Las actividades que estén relacionadas con el monitoreo, en cada uno de los procesos a evaluar, son de forma sistemática, con el fin de recolectar y procesar datos, los que, transformados en información, permitirán dar seguimiento al progreso de las actividades relacionadas con la atención de las usuarias. Se debe realizar de esta información:

- Análisis de la información, la cual dará cuenta del alcance de los objetivos de la Norma y brindará elementos cuantitativos y cualitativos para poder guiar las decisiones de gestión.
- Describir el comportamiento de los resultados obtenidos a partir de la ejecución de actividades planificadas.
- Visibilizar el nivel de cumplimiento de los estándares e indicadores de calidad en la atención de las usuarias.

3.3 Procedimientos para el monitoreo de la calidad del expediente clínico:

3.3.1 Identificación de Fuentes de datos para el monitoreo y evaluación de la calidad

Los datos necesarios para el cálculo de indicadores provienen de varias fuentes:

- a) revisión de expedientes
- b) observación
- c) entrevistas de salida
- d) Sistemas de registro de estadísticas en línea

3.3.2 Recolección de datos

Se utilizan dos formas de recolección de datos:

- a) Selección de la muestra
- b) Aplicación de instrumentos y listas de criterios de verificación o lista de chequeo

a) Selección de la muestra

Los datos necesarios para el cálculo de indicadores provienen de varias fuentes: entrevistas a la salida, revisión de expedientes y observación. La fuente primaria de información por excelencia son los expedientes de los y las usuarias de los servicios de salud, para obtener los datos se trabajará con una muestra (máximo 20 expedientes). Se realizan los siguientes pasos:

Paso 1: Para la selección de los expedientes en físico y electrónico se utilizará el muestreo simple aleatorio, que consiste en la elección de un individuo al azar y a partir de él, a intervalos constantes, se eligen los demás hasta completar la muestra.

Paso 2: Es decir, extraer un expediente en forma aleatoria del número obtenido para crear un intervalo fijo de casos, hasta obtener los 20 expedientes a revisar. Este intervalo se obtiene dividiendo el total de expedientes de las personas atendidas en el mes para cada tipo usuaria(o), entre 20 que es la muestra, el número obtenido será el intervalo para la selección de expedientes. Ejemplo: Si en el mes se brindó Primer Control Prenatal a 55 embarazadas, se divide 55 entre 20, el resultado es 2.75, que redondeado es igual a 3. Este será nuestro intervalo, para la selección del primer caso se debe seleccionar el primer caso entre los 3 primeros expedientes y luego cada 3 expedientes se seleccionará uno, hasta completar los 20 que deben ser revisados.

En el caso que el establecimiento de salud cuente con expedientes electrónico como el SIS, SEIS o SIREGES, el procedimiento sería el mismo con excepción en el momento de selección el cual sería por motivos de consulta o diagnóstico clínico.

Este muestreo permitirá conocer retrospectivamente el nivel de calidad brindada a través de la identificación de problemas o defectos en la calidad, con el propósito de realizar intervenciones efectivas para la mejora de la atención.

- Paso 3:** A continuación, se enlista el total de números de expedientes de los casos a revisar.
- Paso 4:** Se solicitará al Departamento de Registro y Estadísticas de Salud (REGES) los expedientes clínicos seleccionados por cada atención a verificar.
- Paso 5:** Se verificará el diagnóstico. No se tomarán en consideración aquellos expedientes que no aplican, o por criterios de inclusión o exclusión determinado por el Equipo de Monitoreo de la Calidad. A continuación, se presenta tabla de cálculo de muestra.

a.i) Segunda manera para calcular la muestra de los expedientes a monitorear

La verificación del cumplimiento de la normativa requiere trabajar con expedientes clínicos del establecimiento de salud según el proceso de atención a evaluar o monitorear, para ello se determina una muestra de acuerdo con el siguiente procedimiento:

- Paso 1: Determinación del Universo**
Es el número total de atenciones ocurridas en un periodo determinado, de acuerdo con la asistencia de la población a un establecimiento de salud, en este caso, por procesos de atención materno y neonatal.
- Paso 2: Determinación de la muestra**
Para la selección de la muestra se realizará la selección de los expedientes clínicos en el cual se utilizará el Método Aleatorio Simple de la misma manera descrita anteriormente. Se recomienda realizar el monitoreo trimestral de 20 expedientes clínicos por cada indicador y, para la selección de estos utilizar la metodología aleatoria simple, tomando de referencia la siguiente tabla de cálculo de muestra:

Tabla 8. Cálculo de muestra

No.	Tamaño Universo (N)	Tamaño Muestra (n)	No.	Tamaño Universo (N)	Tamaño Muestra (n)
1	1	1	19	35 al 38	18
2	2	2	20	39 al 43	19
3	3	3	21	44 al 48	20
4	4	4	22	49 al 55	21
5	5	4	23	56 al 62	22
6	6	5	24	63 al 71	23
7	7	6	25	72 al 81	24
8	8 al 9	7	26	82 al 94	25
9	10	8	27	95 al 110	26
10	11 al 12	9	28	111 al 130	27
11	13 al 14	10	29	131 al 158	28
12	15 al 16	11	30	159 al 195	29
13	17 al 19	12	31	196 al 251	30
14	20 al 21	13	32	252 al 343	31
15	22 al 24	14	33	344 al 526	32
16	25 al 27	15	34	527 al 1046	33
17	28 al 30	16	35	1047 a mas	34
18	31 al 34	17			

En el caso que el establecimiento de salud cuente con expedientes electrónico como el SIS, SEIS o SIREGES, el procedimiento seria el mismo con excepción en el momento de seleccón el cual sería por motivos de consulta o diagnóstico clínico.

Este muestreo permitirá conocer retrospectivamente el nivel de calidad brindada a través de la identificación de problemas o defectos en la calidad, con el propósito de realizar intervenciones efectivas para la mejora de la atención.

- Paso 3:** A continuación, se enlista el total de números de expedientes de los casos a revisar.
- Paso 4:** Se solicitará al Departamento de Registro y Estadísticas de Salud (REGES) los expedientes clínicos seleccionados por cada atención a verificar.
- Paso 5:** Se verificará el diagnóstico. No se tomarán en consideración aquellos expedientes que no aplican, o por criterios de inclusión o exclusión determinado por el Equipo de Monitoreo de la Calidad.

b) Aplicación de instrumentos (Lista de chequeo de criterios de verificación)
La utilización de este instrumento para los gerentes es primordial para que efectúen el aseguramiento de la calidad, en procesos específicos de atención según la normativa y protocolos de Atención Integral a la Mujer como: Atención preconcepcional, prenatal, parto, recién nacido

puerperio y complicaciones del post parto (hemorragia y trastorno hipertensivo gestacional). **(Ver Anexo II.2)**

Para el aseguramiento de la calidad de atención centrada en las/os usuarias/os, se requiere de tres actividades clave:

- Define la calidad tomando como referencia los protocolos clínicos normados, a fin de estandarizar el desempeño en la prestación de los servicios de salud.
- Ayuda a medir la calidad, al facilitar el monitoreo del desempeño con el uso de la lista de los criterios de verificación.
- Al medir la calidad, los resultados del monitoreo (calidad observada) se contrastan con el estándar normado (calidad deseada), para identificar oportunidades de mejorar la calidad de atención.

Para la estructuración de este instrumento y su estructura se definieron previamente criterios complementarios presentes en la Metodología de procesos de mejora de la calidad. Para su estandarización e interpretación de estos se realizaron las siguientes definiciones⁸:

- **Eficacia:** Grado de consecución de objetivos previstos. Se valora tanto el alcance de resultados en términos de gestión de la intervención, en cada proceso de atención, descrito en la Norma de Atención.
- **Eficiencia:** Grado de adecuación de los recursos empleados a las actividades realizadas, en cada proceso de atención descritos en la norma. dadas las condiciones de la evaluación, el monitoreo hará una valoración cualitativa.
- **Pertinencia:** Grado de adecuación de la intervención al contexto en el que se está desarrollando el proceso de atención, con especial énfasis en las necesidades prioritarias de la población objetivo.
- **Impacto:** Grado de influencia en la generación de cambios significativos en dimensiones esenciales de la calidad de vida de la población atendida.
- **Participación:** El análisis de la participación se centrará en la determinación de los recursos humanos tanto administrativos como asistenciales que han sido implicados en las diferentes etapas de la planificación y la evaluación, valorando su incidencia en la toma de decisiones.

⁸ Adaptación: Peggy Cruz/Georgina Vega, Administración de Empresas Mención Recursos Humanos. Chile. Agosto, 2000

- **Alineamiento:** Análisis de la complementariedad y la adecuación de la Norma de Atención con los hábitos y costumbres vigentes en el sector de intervención y en el territorio de atención.
- **Apropiación:** Grado en el que las instituciones locales han incorporado servicios, procesos, instrumentos, aprendizajes, etc., como consecuencia de la acción de la Norma de Atención.

El gerente debe tener dominio del contenido de cada uno de los estándares, sus indicadores, y metodología a ser utilizada para evaluar cada uno de los procesos de atención descrito para cada uno de ellos, esto con el objetivo de poder dirigir la gestión de la calidad en los procesos de atención en la unidad de salud a su cargo y poder intervenir de forma oportuna

Se realizarán dos instrumentos esenciales para el monitoreo de la norma:

- Instrumento de estándares e indicadores de seis procesos de la atención materna y del recién nacido. **(ver anexo 2.1)**.
- Instrumento de criterios de verificación (lista de chequeo) de seis procesos de la atención materno y del recién nacido. **(ver anexo 2.2)**.

3.3.3 Procesamiento de datos

Los instrumentos utilizados para la recolección de la información (fuente primaria), se registran en la base de datos construida en Excel que se constituye de:

Los datos de las listas de criterios de verificación que se registran en un archivo de Microsoft Excel en el que se obtienen los resultados de manera directa, dando una calificación del cumplimiento de los indicadores y actividades normativas.

Durante este proceso se conserva la integridad de los datos, ya que el 100% de la transcripción de los datos, será de la fuente primaria a las bases de datos en Excel, el cual estará completamente automatizado.

Finalmente, la base de datos en Excel contará con una serie de fórmulas, a través del cual se procesa la información correspondiente a los indicadores, generando tablas de salida resultantes del procesamiento de los datos, para la personalización de estas y la generación de gráficos para presentación de los resultados. **(ver anexo 2.3)**

Propósito de la base de datos

- Facilitar el análisis del cumplimiento de los resultados de los indicadores de calidad en los procesos de atención en planificación familiar, salud materna y neonatal.

- La base de datos está configurada para ser usada por una o varias unidades de salud, consolidando al final los datos y generando gráficos de barra con la finalidad de percibir y comparar el cumplimiento de los indicadores.
- La fuente de información se obtiene a través de las listas de criterios de verificación, llenadas cada mes por los equipos de mejoramiento de la calidad en cada unidad de salud.

Contenido en la base de datos

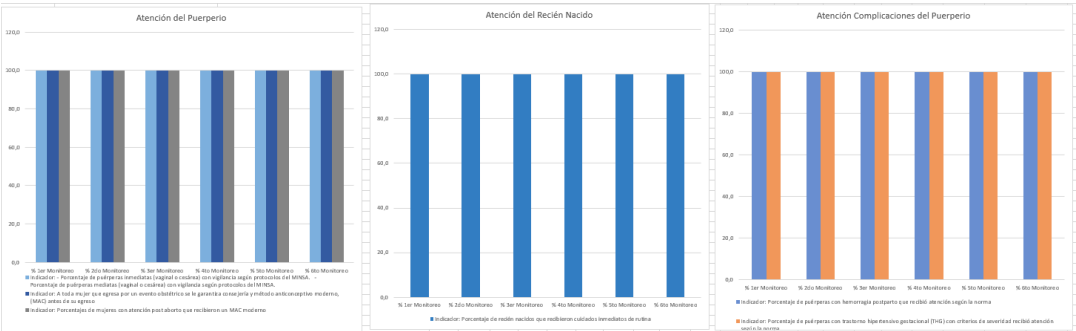
Este instrumento permite dar el seguimiento a los indicadores de monitoreo en la evaluación interna (autoevaluación) de los procesos de atención materno y del recién nacido.

Está compuesta por 6 hojas de cálculo, una **cada dos meses**, correspondientes al período del monitoreo del expediente clínico, en la que se registra la información, desde listas de criterios de verificación o lista de chequeos. Cada hoja de cálculo tiene adicional una hoja donde se encuentra el resumen de la evaluación de los procesos de atención concerniente al período que se evalúa.

En cada una de estas hojas se han incorporado un sistema de alertas con el fin de facilitar el registro e interpretación de los datos. Las alertas de interpretación se relacionan con el color de fondo de las celdas en la que se mide el avance de los indicadores:

- **Verde:** Satisfactorio de 96% a 100%. Interpretación: El establecimiento de salud cumple y requiere mantener el cumplimiento de los estándares e indicadores en los procesos de atención de la norma y protocolos de atención integral de la mujer
- **Amarillo:** aceptable de 90% a 95%. Interpretación: El establecimiento de salud requiere intensificar el mejoramiento de los criterios evaluados como deficientes.
- **Rojo:** Crítico de 89% o menos. Interpretación: El establecimiento de salud no cumple y requiere priorizar desde el nivel organizacional la adopción de medidas y acciones en el Plan de Mejora Continua de la Calidad

Se han adicionado seis (6) tablas y seis (6) gráficos que se actualizan automáticamente, que muestran el avance en los periodos de evaluación de cada uno de los indicadores en los seis (6) procesos de atención.



3.3.4 Análisis de la información

La información que se genera en los establecimientos de salud, la cual es registrada por el personal asistencial y será recopilada para su análisis por los miembros de los equipos de calidad. El análisis obtenido al ingresar la información en la base de Excel generará automáticamente una calificación en escala de colores (verde, amarillo y rojo), que dará insumo para el mejoramiento continuo de la calidad. A continuación, se describe la escala de colores por puntuación.

- **Verde:** Satisfactorio de 96% a 100%. Interpretación: El establecimiento de salud cumple y requiere mantener el cumplimiento de los estándares e indicadores en los procesos de atención de la norma y protocolos de atención integral de la mujer
- **Amarillo:** aceptable de 90% a 95%. Interpretación: El establecimiento de salud requiere intensificar el mejoramiento de los criterios evaluados como deficientes.
- **Rojo:** Crítico de 89% o menos. Interpretación: El establecimiento de salud no cumple y requiere priorizar desde el nivel organizacional la adopción de medidas y acciones en el Plan de Mejora Continua de la Calidad.

Todos los procesos de atención evaluados que alcancen un nivel aceptable es decir de 90-95 se realizara el plan de mejora continua de la calidad, es decir los resultados en color amarillo, midiendo las intervenciones **cada 2 semanas**. Las mediciones que generen resultado crítico es decir menor o igual a 89% es decir rojo, se realizara el plan de mejora continua de la calidad, midiendo las intervenciones **una vez por semana**. El comité debe tomar en cuenta las actividades clasificadas por encima de 95% a fin de ser sostenidas y evitar retrocesos.

La totalidad de los criterios de verificación evaluadas son de obligatorio cumplimiento, según la normativa vigente, razón por la cual se debe evaluar cada uno y todos los criterios, independientemente de «conceptos individuales» o de «formas institucionalizadas de atención». Es importante aclarar al personal asistencial y administrativo que la identificación de hallazgos negativos debe ser objeto de gestión para su mejoramiento o adopción, y que el fin último es mejorar la calidad de la atención.

4. Identificación de Oportunidades de Mejora y Elaboración del plan

Tras la medición o monitoreo de los procesos de atención, se realizan las siguientes actividades para identificar y priorizar las brechas u oportunidades de mejora

1.1 Presentación de resultados

Con el objetivo de divulgar los mismos, aclarar dudas con relación a la medición y hacer el primer ejercicio de identificar y analizar las brechas del desempeño encontradas y definir los pasos a seguir. En esta actividad es muy importante que estén presentes las autoridades del establecimiento y otros tomadores de decisiones.

Previo a brindar la información, es importante sensibilizar sobre la característica no punitiva de la evaluación de personas que tiene la metodología, en insistir que se trata de la medición del estado actual de la calidad en la entrega de servicios y que se busca identificar oportunidades para mejorar la calidad y alcanzar los resultados.

Debe incluirse la explicación de qué es una medición basada en estándares, indicadores y los criterios de verificación cómo se construyeron y las técnicas empleadas en la medición; asimismo indicar cuándo se considera que un estándar se encuentra presente o ganado.

Se presenta en una tabla resumen los resultados del monitoreo y evaluación el cual está en formato Excel en el que se vaciará los resultados de la evaluación.

Figura 1. Resumen de Monitoreo del Expediente Clínico

Resumen de Monitoreo del Expediente Clínico															VOLVER A MENU					
			1er Monitoreo			2do Monitoreo			3er Monitoreo			4to Monitoreo			5to Monitoreo			6to Monitoreo		
Proceso de Atención	Estado	Indicador	EXP	CUMPLI MIENTO	≥ 50% Mejora ***	EXP	CUMPLI MIENTO	≥ 50% Mejora ***	EXP	CUMPLI MIENTO	≥ 50% Mejora ***	EXP	CUMPLI MIENTO	≥ 50% Mejora ***	EXP	CUMPLI MIENTO	≥ 50% Mejora ***	EXP	CUMPLI MIENTO	≥ 50% Mejora ***
Atención Preconcepcional	El personal de salud garantiza que todas las mujeres en edad fértil reciben suplementación con ácido fólico y método de Planificación familiar	Indicador: Porcentaje de mujeres en edad fértil que reciben en su atención Preconcepcional suplementación con ácido fólico según la norma	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0
		Indicador: Porcentaje de mujeres en edad fértil que en su atención Preconcepcional se le ofreció consejería en planificación familiar	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0
		Indicador: Porcentaje de usuarias que asisten regularmente a planificación familiar de acuerdo con cita.	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0
Atención del Embarazo	A toda embarazada que acude a su Atención Prenatal (APN), se le realizan en cada control todas las actividades descritas en la norma.	Indicador: Porcentaje de embarazadas que acudieron al menos a 4 controles prenatales y que fueron atendidas según la norma distribuidos de la siguiente manera: 1 en el primer trimestre, 2 segundo trimestre y uno en tercer trimestre	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0
		Indicador: Porcentaje de embarazadas que en la captación temprana (APN) se les realizan las actividades normadas	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0
		Indicador: Porcentaje de embarazadas a quienes se le realizaron todas las actividades en los controles subsecuentes de CPN descritas en la Norma	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0
Atención del Parto	A toda embarazada en labor de parto son vigiladas al ingreso del establecimiento de salud (excluyendo mujeres con 8 cm de dilatación)	Indicador: Porcentaje de parturientas a quienes se les vigió la labor de parto con la HCPB y Partograma) y se tomó una decisión clínica dependiendo de la progresión del parto	20	20	99,6	20	20	99,6	20	20	99,6	20	20	99,6	20	20	99,6	20	20	99,6
		Indicador: Porcentajes de parturientas que recibieron MATEP incluyendo pinzamiento tardío del cordón	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0
Atención del Puerperio	A toda mujer en puerperio inmediato (vaginal o cesárea) se le vigila y registra las actividades normadas.	Indicador: - Porcentaje de puerperas inmediatas (vaginal o cesárea) con vigilancia según protocolos del MINSA. - Porcentaje de puerperas mediantes (vaginal o cesárea) con vigilancia según protocolos del MINSA.	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0
		Indicador: A toda mujer que egresa por un evento obstétrico se le garantiza consejería y método anticonceptivo moderno, (MAC) antes de su egreso	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0
		Indicador: Porcentajes de mujeres con atención post aborto que recibieron un MAC moderno	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0	20	20	100,0
Atención del	A todo recién nacido al momento de nacer se	Indicador: Porcentaje de recién nacidos que recibieron cuidados inmediatos de rutina																		

4.2 Cómo realizar la identificación de oportunidades mejora y elaboración del plan

Un factor clave es contar con la participación de las autoridades del servicio y su contraparte supervisora para que el plan se convierta en compromisos. Un plan de intervenciones es un conjunto de actividades o tareas con indicación de responsables, fechas previstas, recursos.

Este plan es el resultado del análisis estructurado de la línea basal, las brechas y sus causas; además guía las intervenciones propuestas para cerrar las brechas. El objetivo del plan es acordar las intervenciones generales. En este proceso están llamados a participar los distintos implicados en su implementación.

El equipo participante debe realizar los siguientes pasos para identificar oportunidades de mejora o plan de mejora:

- a) Revisión de los resultados del monitoreo correspondiente al mes evaluado, para seleccionar el o los indicadores con menor cumplimiento o los que hayan disminuido más con relación a mediciones anteriores.
- b) Identificación de brechas o fallas en la calidad de atención, contrastando los resultados obtenidos con el estándar propuesto.
- c) Selección del o los criterios de menor cumplimiento del o los indicadores con valores más bajos.
- d) Priorización cuando hay varias brechas o fallas en la calidad de atención. Para ello deben seleccionar aquellas brechas o fallas que mayormente están contribuyendo al no cumplimiento del estándar, pero que además sean factibles de modificar.
- e) Determinar las causas, una vez que las brechas han sido descritas y priorizadas, lo siguiente es determinar sus causas. Con la participación del equipo local y el equipo regional se realiza el análisis de las causas para descubrir los factores que impiden alcanzar el estándar o indicador del proceso de atención.
- f) Para el análisis de causas se puede recurrir a técnicas no estructuradas cuando las causas son muy obvias y no es necesario hacer análisis profundos, para ello se podrá utilizar técnicas sencillas como lluvia de ideas. En otros casos será muy importante utilizar metodologías más estructuradas para el análisis, debido a que las causas del problema que se analiza son más profundas y complejas. En estos casos puede recurrirse a técnicas como: los Por qué - ¿Por qué?, Análisis de tendencias, Diagramas de flujo, Diagrama de Pareto, Espina de pescado, etc. En todos los casos lo importante es llegar hasta las causas raíz.
- g) Una vez realizada la priorización de las brechas o fallas en la calidad de atención, se procede a elaborar uno o más ciclos rápidos de mejora continua de calidad.

5. Implementación del plan mejoramiento continuo de la calidad

Los mejores resultados se obtienen al coordinar cuidadosamente las intervenciones para cerrar brechas, asegurando el apoyo que se requieren para cumplir con los estándares y procesos de atención alcanzar las metas.

Debe recordarse que las intervenciones diseñadas generalmente constituyen cambios de comportamiento, de procesos y/o de organización; además que es necesario que los proveedores y usuarios se adapten a dichos cambios. **(Ver Anexo 3.1)**

Instrumento del mejoramiento continuo de la calidad (PEVA)

Utilidad:

- Conocer las evidencias del proceso de mejoramiento de la calidad siguiendo la secuencia de los ciclos rápidos de mejora.
- Documentar los cambios implementados según las brechas de la calidad encontradas.
- Divulgar los resultados del mejoramiento continuo de la calidad.
- Sistematizar los cambios implementados para el mejoramiento continuo de la calidad

Propósito del instrumento

- Verificar la implementación de la gestión de la calidad en la atención a embarazadas, parturientas, puérperas, recién nacidos
- Monitorear la implementación de las intervenciones efectivas contrastándolas con los resultados obtenidos y de las principales causas prevenibles.

Contenido de la lista de criterios a utilizar

Este instrumento contiene una lista de chequeo referida a los procesos y resultados a priorizar en los establecimientos de salud de acuerdo con los resultados obtenidos en el proceso de monitoreo, donde haya habido falla o brecha a superar y en donde se priorizaron en los planes de mejora continua de la calidad (PEVA).

Hay que comunicar al personal tan pronto sea posible, aprovechando las diferentes oportunidades de interacción que se presentan en la unidad de salud (espacios de consejo técnico ampliado, pases de visita, sesiones de análisis, etc.), abordando los siguientes aspectos:

- Hallazgos obtenidos en el análisis de los datos (logros y fallos en la entrega de servicios).
- Cambios propuestos para realizar mejoras.
- Ajustes requeridos para que los cambios generen mejoras.
- El o los técnicos de la Región de Salud que brindan este acompañamiento técnico tomarán nota de los acuerdos obtenidos, darán seguimiento y vigilarán su cumplimiento en el establecimiento de salud.
- Divulgación de los resultados colocando los datos en un mural de calidad

6. Monitoreo de los planes de mejora continua de la calidad

Etapas para el monitoreo o seguimiento de los planes de mejora en el nivel local

6.1 Supervisión facilitadora: En esta etapa corresponde indicar que la supervisión tiene dos componentes, uno interno (auto supervisión), supervisión facilitadora por el gerente del nivel local) y otro externo (nivel central o regional).

- **Supervisión facilitadora interna:** Este proceso de supervisión (interno, por el mismo establecimiento de salud), se basa en el cumplimiento de los estándares e indicadores y en el seguimiento al plan de intervenciones. Por ello es importante identificar el proceso y las herramientas para el mismo. En el nivel **local el seguimiento a los planes de mejora es semanal.**

6.2 Aplicar el instrumento de seguimiento o monitoreo

Propósito del instrumento

- Verificar la implementación de los planes de mejora continua en la atención a embarazadas, parturientas, puérperas y recién nacidos
- Monitorear la implementación de las intervenciones efectivas contrastándolas con los resultados obtenidos en la evaluación inicial y de las principales causas prevenibles.

Contenido de la lista de criterios a utilizar

Este instrumento contiene una lista de chequeo referida a los procesos y resultados a priorizar en los establecimientos de salud de acuerdo con los resultados obtenidos en el proceso de monitoreo, donde haya habido falla o brecha a superar y fueron prioriza en los planes de mejora continua de la calidad (PEVA). **(Ver anexo 4.1)**

6.3 Socializar los hallazgos de la visita de supervisión al personal involucrado en el proceso de atención

Hay que comunicar sobre el plan de seguimiento al plan de mejora al personal de salud involucrado, tan pronto sea posible, aprovechando las diferentes oportunidades de interacción que se presentan en el establecimiento de salud (pases de visita, sesiones de análisis, etc.), abordando los siguientes aspectos:

- Hallazgos obtenidos en el análisis de los datos (logros y fallos en la entrega de servicios)
- Cambios propuestos para realizar mejoras.

- Ajustes requeridos para que los cambios generen mejoras.
- Divulgación de los resultados colocando los datos en un mural de calidad.

Etapa II. Evaluación Externa

Etapa II. Evaluación externa

Definición: Constituye un proceso analítico y de reflexión, realizado por un equipo de personas externo al establecimiento de salud, en el que se verifica el cumplimiento de los protocolos y guías de atención materno y neonatal. Se realizará **cada seis meses** de acuerdo con programación de la autoridad competente del MINSA del nivel central o regional. El equipo evaluador es constituido por profesionales del MINSA competentes de los departamentos que constituyen velar por la aplicación de la norma.

Actividades para desarrollar la evaluación externa

Actividades durante la visita

- Socialización de objetivos y metodología.
- Aplicación de instrumentos.
- Informe de resultados (comparativo entre autoevaluación y evaluación externa).
- Análisis de oportunidades de mejora.
- Análisis de estrategias de mejora.

Actividades posteriores a la visita

- Seguimiento al plan de mejoramiento institucional
- Monitoreo y evaluación cada 6 meses.
- Presentación del objetivo de la visita y de los participantes al equipo directivo y coordinadores de servicio
- Verificación de evaluación interna o autoevaluación, evidencias y plan de mejoramiento institucional.
- Revisión de expedientes clínicos
- Observación directa en consulta externa (aplicación de instrumento)
- Observación directa en Sala de Partos y alojamiento conjunto (aplicación de instrumento)
- Entrevista a personal de salud (aplicación de instrumento recursos humanos)
- Entrevista a usuarias (aplicación instrumento usuarias)
- Análisis de resultados de la visita, recomendaciones y compromisos

NOTA La evaluación externa se realiza cada seis meses.

La evaluación externa se realiza garantizando los siguientes procesos de evaluación:

1. Conformación de un equipo de evaluación regional y nacional
2. La evaluación del monitoreo de los expedientes clínicos
3. Evaluación de la organización, gerencia y contexto institucional de los establecimientos con atención materno y el recién nacido.
4. Evaluación de competencia de los recursos humanos: Se identificarán las competencias, actitudes, hábitos, comportamientos del establecimiento de salud en relación con la atención materno y del recién nacido
5. Observación directa del proceso de atención de atención prenatal, parto y del recién nacido: Se evalúa la calidad de la atención de 5 controles prenatales, 5 atenciones de parto vaginal y de cinco 5 recién nacidos al momento del nacimiento.
6. Entrevista a usuarias y familiares
7. Monitoreo a los planes de mejora continua de la calidad

I. Conformación de Equipos de Mejoramiento de la Calidad

Nivel Central:

La Dirección General de Salud Pública, Sub-Dirección General de Salud de la Población, a través de la Coordinación Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Departamento de Salud / Atención Integral a la Población, la Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud.

Funciones:

- Dan seguimiento al cumplimiento de estándares e indicadores de calidad de los procesos de atención materno neonatal
- Evalúa en conjunto con el equipo regional y local, la calidad de los servicios de atención en salud.
- Identifica las brechas en el cumplimiento de los protocolos de atención, basado en el monitoreo de los indicadores de calidad.
- Utiliza las brechas encontradas como insumo para promover el mejoramiento de la calidad con ciclos rápidos

Nivel Regional

El director regional de Salud, con el apoyo de su Unidad de Gestión. Coordinador Regional de Salud Sexual / Reproductiva y Unidades Docentes Regionales.

Funciones:

- Promueve la recolección de información en todos los establecimientos en su área de influencia
- Consolida información de los establecimientos de salud bajo su coordinación.
- Realiza análisis general y toma decisiones. Retroalimenta a sus establecimientos de salud.
- Orienta actividades concretas de mejoramiento o de apoyo al mejoramiento continuo de la calidad (MCC).
- Realiza visitas de asistencia técnica a los equipos de los establecimientos de salud local, para apoyar la reducción de la brecha de calidad encontrada.
- Promueve la capacidad de liderazgo, comunicación y trabajo en equipo para el mejoramiento continuo de la calidad.
- Remite información al nivel superior sobre la vigilancia de la calidad en la prestación de servicios (cumplimiento de indicadores).
- Organiza y ejecuta sesiones de intercambio intrarregional.
- Ejerce rectoría en la calidad de atención del sector salud en la región (articulación y coordinación entre los diferentes niveles y subsectores).

2. Evaluación del monitoreo expedientes clínicos

Se desarrolla la misma metodología que se describe en la etapa de evaluación interna, solo que en la evaluación externa es con el fin de verificar los resultados de la evaluación interna y el número de expedientes a evaluar es de cinco por cada proceso de atención, y dos para las complicaciones del post parto (hemorragia y trastorno hipertensivo gestacional). **(Ver anexo 2.2)**

3. Evaluación de la Organización, gerencia y contexto institucional

El instrumento, al igual que en la evaluación interna, se divide en 2 partes y contiene un total de 20 criterios. La primera parte (10 criterios), analiza los que la alta gerencia del establecimiento de salud que debe garantizar en su política institucional y administrativa con el fin de favorecer el cumplimiento a los protocolos de atención materno y el recién nacido. La segunda parte (10

criterios) se orienta a evaluar aspectos técnico-científicos relacionados con el talento humano que brinda atención en salud y a las usuarias de los servicios. **(Ver anexo 5.1)**

La evaluación aparece en forma automática en el instrumento en Excel. La calificación obtenida, corresponde al promedio de cumplimiento de los aspectos evaluados de la organización y gerencia y el contexto institucional:

- **VERDE:** CUMPLE (90% y más) El establecimiento cumple a satisfacción con la mayoría de los criterios evaluados y se tienen los soportes requeridos.
- **AMARILLO:** CUMPLIMIENTO PARCIAL (entre 50% y 89%) El establecimiento requiere intensificar el mejoramiento de los aspectos institucionales, organizacionales y/o gerenciales deficientes identificados.
- **ROJO:** NO CUMPLE (menos del 50%) El hospital no cumple con la mayoría de los criterios evaluados y requiere de manera urgente estructurar e implementar los aspectos institucionales, organizacionales y/o gerenciales identificados. Requiere asesoría técnica.

4. Evaluación del talento de los recursos humanos

La calificación por cada entrevista aparece en forma automática en el instrumento en Excel, no requiere llenado por parte del evaluador y corresponde al promedio del total del puntaje obtenido. Se ha codificado para que visualmente aparezca. **(Ver Anexo 6.1).**

- **VERDE:** CUMPLE (90% y más) El recurso humano del establecimiento de salud, tanto administrativo como asistencial, conoce y aplica aspectos claves de la atención materno y el recién nacido.
- **AMARILLO:** CUMPLIMIENTO PARCIAL (entre 50% y 89%) El recurso humano del establecimiento de salud, tanto administrativo como asistencial, no conoce o no aplica algunos aspectos claves de la atención materno y el recién nacido.
- **ROJO:** NO CUMPLE (menos del 50%) El recurso humano del hospital, tanto administrativo como asistencial, desconoce aspectos claves de la atención materno y del recién nacido.

5. Observación directa de los procesos de atención

Mediante la observación directa de los procesos de atención prenatal, parto y del recién nacido, se evalúa la calidad de la atención de cinco (5) controles prenatales, cinco (5) atenciones de parto vaginal y de cinco (5) recién nacidos al momento del nacimiento.

El personal de salud del establecimiento de salud que se encuentre brindando la atención, debe continuar haciéndolo como si no hubiese observador externo. Se debe observar que los criterios de calificación para cada pregunta son No (0) o Si (1). La calificación por cada entrevista aparece

en forma automática en el instrumento en Excel, no requiere llenado por parte del evaluador y corresponde al promedio del total del puntaje obtenido. **(Ver Anexo 7.1).**

Se ha codificado para que visualmente aparezca:

- **VERDE:** CUMPLE (90% y más) En el establecimiento se cumple a satisfacción con la mayoría de los criterios evaluados.
- **AMARILLO:** CUMPLIMIENTO PARCIAL (entre 50% y 89%) En el hospital se cumple con algunos de los criterios evaluados.
- **ROJO:** NO CUMPLE (menos del 50%) En el hospital los criterios evaluados no se cumplen en su mayoría en forma satisfactoria.

6. Entrevista a usuarias y familiares

En la evaluación externa se solicitará participar en el proceso de evaluación del establecimiento a cinco (5) usuarias en control prenatal, a cinco (5) usuarias en puerperio inmediato y a cinco (5) familiares de recién nacidos, del hospital, para lo cual se debe obtener consentimiento informado debidamente llenado.

Para el caso de las usuarias en atención prenatal, es necesario tener en cuenta que deben haber asistido a por lo menos tres (3) atenciones prenatales para poder tener una valoración adecuada de la percepción de la calidad de la atención prenatal, de la información y educación que se le brinda durante las atenciones. La entrevista se debe hacer preferiblemente al terminar la consulta prenatal a la que se encuentra asistiendo o cuando haya egresado de recuperación (parto por cesárea o parto vaginal) y se encuentre en piso, según sea el caso.

La calificación por cada entrevista aparece en forma automática en el instrumento en Excel, no requiere llenado por parte del evaluador y corresponde al promedio del total del puntaje obtenido. **(Ver Anexo 8.1)**

Se ha codificado para que visualmente aparezca:

- **VERDE:** CUMPLE (90% y más) Las usuarias del establecimiento de salud se encuentran en general satisfechas con la calidad de atención recibida.
- **AMARILLO:** CUMPLIMIENTO PARCIAL (entre 50% y 89%) Las usuarias del establecimiento de salud se encuentran en alguna medida insatisfechas por la calidad de atención recibida.
- **ROJO:** NO CUMPLE (menos del 50%) Las usuarias del establecimiento de salud se encuentran en general insatisfechas con la calidad de atención recibida.

7. Monitoreo de los planes de mejora continua de la calidad

En esta etapa corresponde indicar que la supervisión tiene dos componentes, uno interno (auto supervisión), supervisión facilitadora por el gerente del nivel local) y **otro externo** (nivel central o regional).

Etapas para el monitoreo o seguimiento de los planes de mejora por el nivel regional o central:

7.1 Supervisión facilitadora

- **Supervisión facilitadora externa:** Al igual que en el proceso anterior, se basa en el cumplimiento de los estándares e indicadores y al plan de intervenciones. Es muy importante que el equipo supervisor externo reconozca los logros y apoye u oriente los esfuerzos para lograr mayor efectividad. Para el desarrollo se debe revisar rápidamente el nivel de cumplimiento del plan de intervenciones. **El seguimiento de los planes es cada dos semanas**
- Otra acción crítica es ayudar a reconocer las brechas resistentes para direccionar los esfuerzos hacia su cierre. Esto último se puede lograr con apoyo técnico, recursos o seguimiento a nuevos esfuerzos que el equipo identifique para corregir dicha brecha. Otro rol de los niveles superiores es apoyar la gestión de los recursos que son necesarios para la reducción de brechas que no corresponden al nivel local. De allí la necesidad que los supervisores externos también se comprometan con el mejoramiento de la calidad.

7.2 Socializar los hallazgos de la visita de supervisión al personal involucrado

Hay que comunicar sobre el plan de seguimiento al plan de mejora al personal de salud involucrado, tan pronto sea posible, aprovechando las diferentes oportunidades de interacción que se presentan en el establecimiento de salud (pases de visita, sesiones de análisis, etc.), abordando los siguientes aspectos:

- Hallazgos obtenidos en el análisis de los datos (logros y fallos en la entrega de servicios)
- Cambios propuestos para realizar mejoras.
- Ajustes requeridos para que los cambios generen mejoras.
- El o los técnicos de la Región de Salud o Nivel Central que brindan este acompañamiento técnico, tomarán nota de los acuerdos obtenidos, darán seguimiento y vigilarán su cumplimiento en el establecimiento de salud.
- Divulgación de los resultados colocando los datos en un mural de calidad.

7.3 Aplicación del instrumento de monitoreo del plan de mejora

Propósito del instrumento

- Verificar la implementación de los planes de mejora continua en la atención a embarazadas, parturientas, puérperas y recién nacidos
- Monitorear la implementación de las intervenciones efectivas contrastándolas con los resultados obtenidos y de las principales causas prevenibles.

Contenido de la lista de criterios a utilizar

Este instrumento contiene una lista de chequeo referida a los procesos y resultados a priorizar en los establecimientos de salud de acuerdo con los resultados obtenidos en el proceso de monitoreo, donde haya habido falla o brecha a superar y fueron prioriza en los planes de mejora continua de la calidad (PEVA). (**Ver anexo 4.I**).

Bibliografía

1. Normas Técnicas Administrativas y Protocolos de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer, Ministerio de Salud de Panamá, 2020.
2. Guías de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo. Ministerio de Salud, Panamá, 2015.
3. Guías para la Atención Integrada de Niños y Niñas desde el nacimiento hasta los 9 años. Ministerio de Salud, Panamá 2013.
4. II Informe Nacional de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Secretaría Técnica de Gabinete Social, República Panamá 2020.
5. Paquete gerencial para vigilancia de la calidad en los servicios de salud en planificación familiar, materno infantil y VIH sida. USAID Nicaragua, 2012.
6. Derecho a la vida, crecimiento y desarrollo. Panamá UNICEF, 2017.
7. Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescente 2018-2013, OPS/OMS.
8. Indicadores de salud. Aspectos conceptuales y operativos. OPS/OMS 2018.
9. Pautas de información de los programas de salud sexual reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescentes OMS, 2017.
10. Guía metodológica para la evaluación de la adherencia a los protocolos de atención obstétricos y neonatal en establecimientos de salud de la red de hospitales públicos de la República Dominicana. Servicio Nacional de Salud, OPS/OMS, 2018.
11. Guía para la organización de los Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales (CONE) en la Red Integrada de Servicios de Salud. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Paraguay, 2015
12. Lineamientos técnicos de mejora continua de la calidad en hospitales de la RIIS. Ministerio de Salud de el Salvador 2012.
13. Norma para el Cuidado Obstétrico Neonatal Esencia (CONE) en el Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2013.
14. Guía Metodológica para la vigilancia del cumplimiento de la normativa de atención materno y neonatal. Secretaría de Salud, Honduras, 2019.
15. Guía para la implementación de la metodología Optimizar el desempeño y calidad en instalaciones de salud en Panamá, Ministerio de Salud, 2015.
16. Manual de estándares, indicadores e instrumentos para medir la calidad de la atención materno neonatal. Ministerio de Salud Pública, Ecuador.

ANEXOS

ANEXO I. EVALUACIÓN INTERNA: INSTRUCTIVO E INSTRUMENTO PARA LA AUTOEVALUACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN, GERENCIA Y CONTEXTO INSTITUCIONAL

1.1 INSTRUCTIVO PARA LA AUTOEVALUACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN, GERENCIA Y CONTEXTO INSTITUCIONAL.

- 1. EL TÍTULO DEL INSTRUMENTO
- 2. NÚMERO: Se asigna a cada criterio a evaluar.
- 3. CRITERIO PARA EVALUAR: Describe de manera clara el elemento de autoevaluación
- 4. EVALUACIÓN: (Cumple/Cumplimiento Parcial/No Cumple). Es la selección cualitativa del cumplimiento del criterio evaluado. Se debe seleccionar una de las tres opciones: Cumple, Cumple parcialmente, No cumple. El equipo autoevaluador establece si Cumple con el criterio evaluado y si existen los soportes requeridos. En caso de encontrar avances importantes hacia el cumplimiento del criterio, pero no satisfactorio, el equipo de autoevaluación calificará como Cumplimiento Parcial. Cuando definitivamente se encuentra que el criterio evaluado no presenta avances significativos y/o no se cuenta con los respectivos soportes calificará como No Cumple.
- 5. EVIDENCIA: Con el fin de favorecer objetividad en el equipo, cada criterio evaluado debe contar con los soportes que verifican el cumplimiento del criterio, los cuales serán requeridos para revisión.
- 6. OBSERVACIONES: Consignará aquellos aspectos para tener en cuenta y que considere pertinentes y/o urgentes implementar, como forma de mejoramiento en la calidad de la atención. Si son aspectos para desarrollar o mejorar debe aparecer la acción, el responsable y la fecha para su cumplimiento.
- 7. SEMAFORIZACIÓN: Refleja numéricamente, de forma automática y por colores del semáforo, lo que seleccionó previamente en la columna titulada EVALUACIÓN, de acuerdo con el grado de cumplimiento. Notará el color **verde** si Cumple, **amarillo** si Cumple Parcialmente y **rojo** si No Cumple, con el fin de facilitar visualmente una lectura rápida del instrumento y del resultado de la autoevaluación para cada uno de los criterios.
- 8. CALIFICACIÓN TOTAL DEL INSTRUMENTO: Aparece en forma automática en el instrumento en Excel, no requiere llenado por parte del evaluador. La calificación obtenida, corresponde al promedio de cumplimiento de los aspectos evaluados de la ORGANIZACIÓN Y GERENCIA, así como del CONTEXTO INSTITUCIONAL.

Se ha codificado para que visualmente aparezca al totalizar las columnas:

- **VERDE:** CUMPLE (90% y más) El establecimiento de salud cumple a satisfacción con la mayoría de los criterios evaluados y se tienen los soportes requeridos.
- **AMARILLO:** CUMPLIMIENTO PARCIAL (entre 50% y 89%) El establecimiento de salud requiere intensificar el mejoramiento de los aspectos institucionales, organizacionales y/o gerenciales deficientes identificados.

- **ROJO:** NO CUMPLE (menos del 50%) El hospital no cumple con la mayoría de los criterios evaluados y requiere de manera urgente estructurar e implementar los aspectos institucionales, organizacionales y/o gerenciales identificados. Requiere asesoría técnica.

I.I. INSTRUMENTO PARA LA AUTOEVALUACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN, GERENCIA Y CONTEXTO INSTITUCIONAL EVALUACIÓN INTERNA.

REPÚBLICA DE PANAMÁ GOBIERNO NACIONAL MINISTERIO DE SALUD Evaluación Interna de la Organización, Gerencia y del Contexto Institucional				
Nombre del establecimiento de salud				
Región				
Fecha de la evaluación (DD/MM/AA)				
Período evaluado				
		En la columna titulada EVALUACIÓN (Celdas con símbolo #) Para cada criterio a evaluar, registre una de las tres opciones de cumplimiento (Cumple= 1 /Cumplimiento parcial= 2 / No Cumple = 0)		
Número	Criterios a evaluar (1-10)	EVALUACIÓN	EVIDENCIA	OBSERVACIONES
1. ORGANIZACIÓN Y GERENCIA				
1	El establecimiento de salud cuenta con una política institucional que evidencia el compromiso de la Dirección con la atención integral de la población en general y en particular de las mujeres ebarazadas, puerperas y recién nacido.	#		
2	Esta política se encuentra alineada con el plan estratégico institucional y se materializa a través de programas y proyectos orientados a garantizar los derechos de esta población y promover su atención con calidad y calidez desde los niveles asistencial y administrativo.	#		
3	El establecimiento de salud tiene adoptados los Protocolos de Atención Materno y Neonatal vigentes.	#		
4	El establecimiento de salud conoce e implementa la norma y protocolos de Atención materno y neonatal.	#		
5	El establecimineto de salud evalúa el cumplimiento de la norma y protocolo	#		
6	Existe un comité o grupo conformado por los niveles directivo, administrativo y asistencial para la implementación de los Protocolos de Atención materno y neonatal vigentes.	#		
7	El establecimiento de salud aplica los estandares e indicadores de los procesos de atención que den cuenta de la implementación de estos protocolos.	#		
8	El establecimiento de salud evalúa indicadores de resultado e impacto en la atención materno y neonatal.	#		
9	Los resultados del monitoreo de estandares e indicadores son usados para adecuar los procesos y procedimientos identificados en las brechas.	#		
10	Se tienen establecidos mecanismos de coordinación en red para la atención materno-neonatal (sistema de referencia).	#		
CALIFICACIÓN CRITERIOS (1-10)		0	Verde: Cumple ≥ 90% Amarillo: Cumplimiento Parcial 50-89% Rojo: No Cumple < 50%	
Número	Criterios a evaluar (11-31)	EVALUACIÓN	EVIDENCIA	OBSERVACIONES
2. CONTEXTO INSTITUCIONAL				
11	El establecimiento de salud cuenta con un plan para el desarrollo de capacidades al recurso humano que incluye capacitación y/o entrenamiento en los Protocolos de atención materno y neonatal.	#		
12	El establecimiento de salud desarrolla estrategias de simulación en emergencias obstétricas (Código Rojo)	#		
13	Se evalúa periódicamente la satisfacción de las mujeres embarazadas, puerperas y sus familiares.	#		
14	El establecimiento de salud promueve el trabajo multidisciplinario y tiene claramente definidos los roles para la atención en salud materno y neonatal.	#		
15	El establecimiento de salud cuenta con los recursos e insumos para dar cumplimiento a lo establecido en los Protocolos de atención materno y neonatal.	#		
16	El establecimiento de salud evalúa al personal de salud en la implementación de los Protocolos de Atención materno y neonatal	#		
17	Los resultados de evaluación son socializados con el personal de salud, generando planes de mejora.	#		
18	Se identifican de manera periódica las brechas en la atención a embarazadas, puerperas y recién nacido.	#		
19	Se toman las medidas de mejoras según las brechas identificadas .	#		
20	Se toman acciones de mejora con el personal que brinda la atención de acuerdo a los resultados de la evaluación.	#		
CALIFICACIÓN CRITERIOS (11-20)		0	Verde: Cumple ≥ 90% Amarillo: Cumplimiento Parcial 50-89% Rojo: No Cumple < 50%	
"Reemplazar aquí anotando si es Línea de Base"		Total Puntos Obtenidos	Total Puntos Obtenibles	CALIFICACIÓN TOTAL
CALIFICACIÓN TOTAL DEL INSTRUMENTO DE AUTOEVALUACIÓN		0	40	0
SEMAFORIZACIÓN				
CUMPLE: 90% y más		El establecimiento de salud cumple a satisfacción con la mayoría de los criterios evaluados y se tienen los soportes requeridos.		
CUMPLE PARCIALMENTE: Entre 50% y 89%		El establecimiento de salud requiere intensificar el mejoramiento de los aspectos institucionales, organizacionales y/o gerenciales deficientes identificados.		
NO CUMPLE: menos del 50%		El establecimiento de salud no cumple con la mayoría de criterios evaluados y requiere de manera urgente estructurar e implementar los aspectos institucionales, organizacionales y/o gerenciales identificados. Requiere asesoría técnica.		

**ANEXO 2. EVALUACIÓN INTERNA Y EXTERNA:
INSTRUCTIVO E INSTRUMENTOS PARA EL
MONITOREO DE LA NORMA DE ATENCIÓN
INTEGRAL A LA MUJER**

➤ **2.1. INSTRUCTIVO DE INSTRUMENTOS DE ESTÁNDARES E INDICADORES**

Utilidad de este instrumento:

La utilización de este instrumento para los gerentes es primordial para que efectúen el aseguramiento de la calidad, en procesos específicos de atención según la normativa y protocolos de Atención Integral a la Mujer como: Atención preconcepcional, atención prenatal, atención del parto, atención del recién nacido, atención del puerperio, atención de complicaciones del puerperio.

Para el aseguramiento de la calidad de atención centrada en las/os usuarias/os, se requiere de tres actividades clave:

- Define la calidad tomando como referencia los protocolos clínicos normados, a fin de estandarizar el desempeño en la prestación de los servicios de salud.
- Ayuda a medir la calidad, al facilitar el monitoreo del desempeño con el uso de la lista de los criterios de verificación.
- Al medir la calidad, los resultados del monitoreo (calidad observada) se contrastan con el estándar normado (calidad deseada), para identificar oportunidades de mejorar la calidad de atención.

Para la estructuración de este instrumento y su estructura se definieron previamente criterios complementarios presentes en la Metodología de procesos de mejora de la calidad. Para su estandarización e interpretación de estos se realizaron las siguientes definiciones⁹:

- **Eficacia:** Grado de consecución de objetivos previstos. Se valora tanto el alcance de resultados en términos de gestión de la intervención, en cada proceso de atención, descrito en la Norma de Atención.
- **Eficiencia:** Grado de adecuación de los recursos empleados a las actividades realizadas, en cada proceso de atención descritos en la norma. dadas las condiciones de la evaluación, el monitoreo hará una valoración cualitativa.
- **Pertinencia:** Grado de adecuación de la intervención al contexto en el que se está desarrollando el proceso de atención, con especial énfasis en las necesidades prioritarias de la población objetivo.

⁹ Adaptación: Peggy Cruz/Georgina Vega, Administración de Empresas Mención Recursos Humanos. Chile. Agosto, 2000

- **Impacto:** Grado de influencia en la generación de cambios significativos en dimensiones esenciales de la calidad de vida de la población atendida.
- **Participación:** El análisis de la participación se centrará en la determinación de los recursos humanos tanto administrativos como asistenciales que han sido implicados en las diferentes etapas de la planificación y la evaluación, valorando su incidencia en la toma de decisiones.
- **Alineamiento:** Análisis de la complementariedad y la adecuación de la Norma de Atención con los hábitos y costumbres vigentes en el sector de intervención y en el territorio de atención.
- **Apropiación:** Grado en el que las instituciones locales han incorporado servicios, procesos, instrumentos, aprendizajes, etc., como consecuencia de la acción de la Norma de Atención.

El gerente debe tener dominio del contenido de cada uno de los estándares, sus indicadores, y metodología a ser utilizada para evaluar cada uno de los procesos de atención descrito para cada uno de ellos, esto con el objetivo de poder dirigir la gestión de la calidad en los procesos de atención en la unidad de salud a su cargo y poder intervenir de forma oportuna.

2.2. INSTRUCTIVO DE MONITOREO DE EXPEDIENTES CLÍNICOS

Encabezado: Nombre del instrumento de la atención que se va a verificar.

Estándar: Es una declaración de la calidad esperada. Es una expectativa con relación a un proceso determinado. Es la medida del desempeño esperada

Indicador: reflejan aspectos concretos de la actividad en salud y su propósito es verificar el grado de cumplimiento de las acciones referidas en los requerimientos de cada estándar y el impacto que ellas tienen en el paciente, por tanto, pretende medir la calidad científico-técnica. Son las expresiones objetivas del desempeño a través de la relación cuantitativa entre las variables que interactúan en un mismo proceso, facilitan la medición y propician el análisis, lo que da origen a planes de mejora para su cumplimiento.

Región sanitaria: corresponde a la distribución administrativa y geográfica del MINSA;

Establecimiento de salud: es el espacio estructural y funcional donde se atiende a las personas.

Áreas de Salud, Hospitales Nacionales, Regionales, Provinciales y Rurales, Poli centros, Policlínicas, Centros de Salud con cama y sin cama, MINSA-CAPSI, Unidades Locales de Atención Primaria, Sub-Centros de Salud y Puestos de Salud.

Equipo evaluador: incluye el nombre de las personas que aplican el instrumento de verificación, sea el equipo del nivel central o el equipo de DVMN del nivel regional;

Fecha: incluye el día, mes y año cuando se realiza la visita.

Cuerpo del instrumento:

Resultado contiene cuatro columnas, con valores que corresponde el número uno (1), un cero (0), no aplica (N/A) y porcentaje (%).

Criterios para evaluar: son los pasos esenciales requeridos en cada componente para realizar la atención de competencias técnicas: ayuda a identificar brechas en los conocimientos, habilidades

y destrezas del personal de salud que entrega directamente la atención.

De insumos, medicamentos y equipos: el personal de salud debe cumplir con lo establecido en el criterio originado en las normas y protocolos de forma administrativa o gerencial en concordancia con el aseguramiento de la calidad de atención. En las casillas en blanco por cada criterio y expediente se anota un número uno **(1) si cumple**, un **cero (0) si no cumple y si no aplica (N/A)** no es válido o no corresponde a la atención (no tiene valor).

No. De expediente clínico: contiene dos líneas, la primera en blanco es para anotar el número del expediente clínico seleccionado, y la segunda sigue el número secuencial de los expedientes, se puede revisar hasta 20 expedientes. Cada columna es para evaluar un expediente clínico.

En la sección de resultado (Promedio) se anota la valoración asignada a cada criterio, contiene tres columnas la primera (1) donde se consigna la sumatoria de los criterios cumplidos, la segunda (0) donde se consigna la sumatoria de los criterios no cumplidos, la tercera (N/A) donde se consigna los criterios que no aplican y el porcentaje es el resultado de la división de los criterios cumplidos entre el total de expedientes revisados, excluyendo los criterios que no aplican.

Por ejemplo:

Para cada expediente clínico evaluado, aparece al final de la columna el porcentaje en que se cumplió con todos los criterios evaluables en la atención de cada mujer en el embarazo, parto y puerperio o recién nacido.

Los Métodos o fuentes de verificación a utilizar están enunciados en cada proceso de atención en los criterios de verificación, para facilitar el uso del instrumento, son los siguientes: Revisión de expediente clínico, la observación de la atención o procedimiento, cada uno está señalado en cada criterio de verificación descrito.

Expediente Cumple: Finalmente, en la porción inferior de cada columna, la casilla de expediente cumple, se marcará con **I** solamente si en el expediente monitoreado se cumplieron todos los criterios, exceptuando los **No Aplican (N/A)** aparece en forma automática

Promedio Global: se obtiene de dividir el Total de Expediente Cumple (1) entre el Total de Expedientes Monitoreados X 100. El promedio por criterio nos servirá para focalizarnos en los Ciclos Rápidos de Mejora Continua de el o los criterios que no estamos cumpliendo (**Fallas de**

la calidad de atención). Es el porcentaje promedio obtenido de todos los expedientes clínicos evaluados hayan cumplido o no con el 100% de los criterios evaluables.

La Escala de Cumplimiento, que se encuentra semaforizada es:

- **Verde: Satisfactorio de 96% a 100%.** El establecimiento de salud cumple y requiere mantener el cumplimiento de los estándares e indicadores en los procesos de atención de la norma y protocolos de atención integral de la mujer
- **Amarillo: aceptable de 90% a 95%.** El establecimiento de salud requiere intensificar el mejoramiento de los criterios evaluados como deficientes.
- **Rojo: Crítico de 89% o menos.** El establecimiento de salud no cumple y requiere priorizar desde el nivel organizacional la adopción de medidas y acciones en el Plan de Mejora Continua de la Calidad. Al llenar los diferentes instrumentos, se debe consignar lo evidenciado explícitamente en el expediente clínico. Se parte del principio de que lo allí escrito es lo que realmente se realizó. Lo que no se encuentra registrado en dicho expediente no tiene evidencia de su ejecución. Es importante señalar que en el expediente clínico se deben consignar todos los hallazgos, positivos o negativos, «normales» o «anormales», sin riesgo o de riesgo. La totalidad de prácticas clínicas evaluadas son de obligatorio cumplimiento, según la normativa vigente, razón por la cual se debe evaluar cada uno y todos los criterios, independientemente de «conceptos individuales» o de «formas institucionalizadas de atención». Es importante aclarar al personal asistencial y administrativo que la identificación de hallazgos negativos debe ser objeto de gestión para su mejoramiento, y que el fin último es mejorar la calidad de la atención.

2.3. INSTRUCTIVO DE BASE DE DATOS EN EXCEL PARA MONITOREO DE EXPEDIENTES CLÍNICOS

Este instrumento permite dar el seguimiento a los indicadores de monitoreo y evaluación interna (autoevaluación) de los procesos de atención materno y del recién nacido.

Está compuesta por 6 hojas de cálculo una cada dos meses, correspondientes al período del monitoreo del expediente clínico, en la que se registra la información, desde listas de criterios de verificación o lista de chequeos. Cada hoja de cálculo tiene adicional una hoja donde se encuentra el resumen de la evaluación de los procesos de atención concerniente al período que se evalúa.

En cada una de estas hojas se han incorporado un sistema de alertas con el fin de facilitar el registro e interpretación de los datos. Las alertas de interpretación se relacionan con el color de fondo de las celdas en la que se mide el avance de los indicadores:

- **Verde:** Satisfactorio de 96% a 100%. Interpretación: El establecimiento de salud cumple y requiere mantener el cumplimiento de los estándares e indicadores en los procesos de atención de la norma y protocolos de atención integral de la mujer
- **Amarillo:** aceptable de 90% a 95%. Interpretación: El establecimiento de salud requiere intensificar el mejoramiento de los criterios evaluados como deficientes.

- **Rojo:** Crítico de 89% o menos. Interpretación: El establecimiento de salud no cumple y requiere priorizar desde el nivel organizacional la adopción de medidas y acciones en el Plan de Mejora Continua de la Calidad

Se han adicionado seis (6) tablas y seis (6) gráficos que se actualizan automáticamente, que muestran el avance en los periodos de evaluación de cada uno de los indicadores en los seis (6) procesos de atención. En cada hoja se describen los seis procesos de atención definidos (preconcepción, embarazo, parto, puerperio, recién nacido y complicaciones del puerperio como hemorragia y trastorno hipertensivo gestacional), con el estándar de calidad y los indicadores con sus listas de verificaciones del cumplimiento de cada indicador.

Organización de las bases de datos

Las bases de datos contienen las siguientes hojas electrónicas:

- a. **Instructivo:** Esta base se ha diseñado con el propósito de facilitar el análisis del cumplimiento de los estándares e indicadores de calidad de la atención de los procesos de atención materno y del recién nacido que se brinda en los establecimientos de salud.

b. **Vaciamiento de datos:** una hoja con los seis procesos de atención, configurada en seis hojas que corresponde a los períodos de monitoreo de los expedientes, es decir cada 2 meses. Los datos que se

registran en esta hoja corresponden a información clínica obtenida a través de la revisión de expedientes clínicos, tarjetero, hoja de registro de consulta de los establecimientos de salud.

Figura 2. Ejemplo del registro de la base de datos.

Las Plantillas		VOLVER A MENU																						
INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO ATENCION PRECONCEPCIONAL																								
Estándar: El personal de salud brinda atención Preconcepcional a toda la población femenina en edad fértil (no embarazada), según la norma.																								
Atención Preconcepcional																								

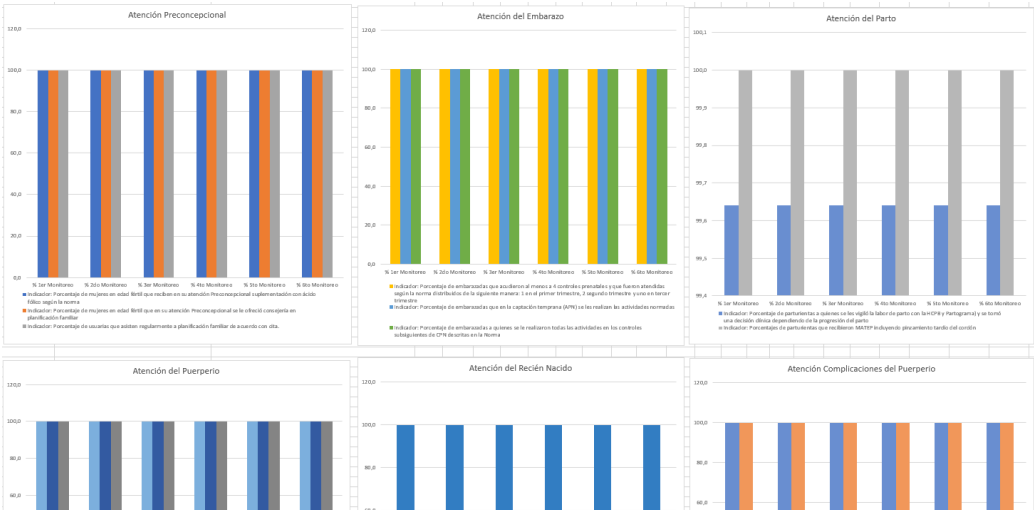
- c. **Consolidado de datos.** Hay una hoja resumen por cada periodo a monitorear, es decir 6 hojas resumen y otra adicional para el resumen global de los indicadores de los procesos de atención. Estas hojas consolidan automáticamente los datos ingresados en la hoja electrónica correspondiente a cada establecimiento de salud, que sirven de fuente para la elaboración de los gráficos y tablas.

Figura 3. Ejemplo del registro de consolidado de datos

COMPONENTE	% CUMPLIMIENTO	INDICADOR	EXP.	CUMPLIMIENTO	% CUMPLIMIENTO
Atención Preconcepcional	100,0	Indicador: Porcentaje de mujeres en edad fértil que reciben en su atención Preconcepcional suplementación con ácido fólico según la norma	20	20	100,0
		Indicador: Porcentaje de mujeres en edad fértil que en su atención Preconcepcional se le ofreció consejería en planificación familiar	20	20	100,0
		Indicador: Porcentaje de usuarias que asisten regularmente a planificación familiar de acuerdo con cita	20	20	100,0
Atención del Embarazo	100,0	Indicador: Porcentaje de embarazadas que acudieron al menos a 4 controles prenatales y que fueron atendidas según la norma distribuidos de la siguiente manera: 1 en el primer trimestre, 2 segundo trimestre y uno en tercer trimestre	20	20	100,0
		Indicador: Porcentaje de embarazadas que en la captación temprana (APN) se les realizan las actividades normadas	20	20	100,0
		Indicador: Porcentaje de embarazadas a quienes se le realizaron todas las actividades en los controles subsecuentes de CPN descritas en la Norma	20	20	100,0
Atención del Parto	99,6	Indicador: Porcentaje de parturientas a quienes se les vigila la labor de parto con la HCPB y Partogramaj y se tomó una decisión clínica dependiendo de la progresión del parto	20	20	99,6
		Indicador: Porcentajes de parturientas que recibieron MATEP incluyendo giramiento tardío del cordón	20	20	100,0
Atención del Puerperio	100,0	Indicador: - Porcentaje de puerperas inmediatas (vaginal o cesárea) con vigilancia según protocolos del MINSA. - Porcentaje de puerperas mediatas (vaginal o cesárea) con vigilancia según protocolos del MINSA.	20	20	100,0
		Indicador: A toda mujer que egresa por un evento obstétrico se le garantiza consejería y método anticonceptivo moderno, (MAC) antes de su egreso	20	20	100,0
		Indicador: Porcentajes de mujeres con atención post aborto que recibieron un MAC moderno	20	20	100,0
Atención del Recién Nacido	100,0	Indicador: Porcentaje de recién nacidos que recibieron cuidados inmediatos de rutina	20	20	100,0
Atención Complicaciones del Puerperio (hemorragia y trastornos hipertensivos)	100,0	Indicador: Porcentaje de puerperas con hemorragia postparto que recibió atención según la norma	20	20	100,0
		Indicador: Porcentaje de puerperas con trastorno hipertensivo gestacional (THIG) con criterios de severidad recibió atención según la norma.	20	20	100,0

- d. **Gráficos:** Se encuentran diseñados gráficos de barra para cada proceso de atención, a los que puede acceder por el menú del Archivo Excel.

Figura 4. Ejemplo del registro de consolidado con gráfico de barra



2.1 ESTÁNDARES E INDICADORES Y LISTA DE CRITERIOS DE VERIFICACIÓN

2.1.1. ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL

Atención Preconcepcional							
Estándar	Indicador	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Recolección Dato	Técnica de Aclaración
El personal de salud garantiza que todas las mujeres en edad fértil reciben suplementación con ácido fólico	Porcentaje de mujeres en edad fértil que reciben en su atención Preconcepcional suplementación con ácido fólico según la norma.	Numerador: Mujeres en edad fértil (no embarazadas) que reciben suplemento con ácido fólico en su atención según la norma Denominador: Total de mujeres en edad fértil (no embarazadas) que fueron atendida en el periodo evaluado Fórmula: $\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} \times 100$	El personal de salud procurará que todas las mujeres en edad fértil reciban suplementación con ácido fólico, para la prevención de malformaciones congénitas (ver tabla 7).	Expediente Hoja de registro de consultas	Mensual	Lista de chequeo	Se tomarán en cuenta a todas las mujeres en edad fértil (no embarazada) que se verifiquen que cumplieron con la normativa
El personal de salud ofrece consejería y garantiza la entrega de un método anticonceptivo moderno (MAC) de acuerdo con criterios médicos de elegibilidad	Porcentaje de mujeres en edad fértil que en su atención Preconcepcional se le ofreció consejería en planificación familiar	Numerador: Mujeres en edad fértil (no embarazadas) que se les brindó atención y reciben consejería en planificación familiar	El personal de salud ofrece consejería y servicios de planificación familiar, a todas las mujeres en edad fértil, de su área de atención.	Expediente Hoja de registro de consultas	Mensual	Lista de chequeo	Se tomarán en cuenta a todas las mujeres en edad fértil (no embarazada) que se verifiquen que

		Denominador: Total de usuarias en edad fértil (no embarazadas) que reciben consejería en el período evaluado Fórmula: $\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} \times 100$					cumplieron con la normativa
	Porcentaje de usuarias que en su atención Preconcepcional recibieron el MAC de acuerdo con los criterios médicos de elegibilidad	Numerador: Usuarias que reciben MAC de acuerdo con los criterios de elegibilidad Denominador: Total de usuarias que reciben MAC en el periodo evaluado. Fórmula: $\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} \times 100$	El personal garantiza la entrega del método anticonceptivo, a todas las usuarias que soliciten un método, de acuerdo con los criterios médicos de elegibilidad y a la oferta en los establecimientos de salud. • Los proveedores de salud que brindan la atención deben cumplir con las medidas de bioseguridad en cada persona que atiendan.	Los criterios establecidos en la norma, son los criterios de elegibilidad recomendados por OMS para la toma de decisiones clínicas. Estos criterios están clasificados en 4 categorías. La norma describe las 4 categorías para cada método anticonceptivo ofertado en el MINSA.	Mensual	Revisión de expedientes Datos de estadísticas de la unidad de salud.	Monitoreo de expedientes

Usuaris de Planificaci3n Familiar acuden regularmente para seguimiento y abastecimiento del m3todo anticonceptivo moderno (MAC)	Porcentaje de usuarias que asisten regularmente a planificaci3n familiar de acuerdo con cita.	Numerador: No de usuarias que asisten regularmente de acuerdo a su cita seg3n m3todo. Denominador: Total de usuarias citadas en el per3odo evaluado. F3rmula: $\frac{\text{Numerador} \times 100}{\text{Denominador}}$	Usuaris/os que asisten al programa peri3dicamente de acuerdo con cita y m3todo seleccionado para adquirir sus MAC.	Tarjetero Censo gerencial de PF	Mensual	Directa a trav3s de revisi3n de tarjetero.	La verificaci3n es en los tarjeteros de PF, no en expedientes.
---	---	--	--	---------------------------------	---------	--	--

2.1.3 INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO PROTOCOLO DE ATENCION PRECONCEPCIONAL

Estándar: Usuarías de Planificación Familiar acuden regularmente para seguimiento y abastecimiento del método anticonceptivo moderno (MAC).
Indicador: I. Porcentaje de usuarias que asisten regularmente a planificación familiar de acuerdo con cita.
Anotar 1 en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (**Se Cumple**). Si el criterio no es satisfactorio (**No Se Cumple**), anotar **0**. Registrar **NA (No Aplica)**,
Región de salud _____ **Establecimiento de Salud** _____ **Equipo Evaluador** _____

Mes: _____	Año: _____	No. De Expediente _____																				Promedio																						
Criterios de verificaciòn																						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	1	0	N/A
Verifica que el personal de salud registra el MAC que se le entregan a las usuarias que han recibido de acuerdo con CME																																												
Verifica si se registra las usuarias de Planificación Familiar que acuden regularmente para seguimiento y abastecimiento del MAC																																												
Expediente Cumple																																												
Promedio Global																																												

Atención Prenatal							
Estándar	Indicador	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Recolección Dato	Técnica de Aclaración
A toda embarazada que acude a su Atención Prenatal (APN), se le realizan en cada control todas las actividades descritas en la norma.	Porcentaje de embarazadas que acudieron al menos a 4 controles prenatales y que fueron atendidas según la norma distribuidos de la siguiente manera: 1 en el primer trimestre, 2 segundo trimestre y uno en tercer trimestre	Numerador: No de embarazadas que acudieron al menos a 4 controles prenatales que se les realizaron las actividades según norma, distribuidos de la siguiente manera: 1 en el primer trimestre, 2 segundo trimestre y uno en tercer trimestre Denominador: No. De embarazadas con 4 controles en el periodo evaluado Fórmula: $\frac{\text{Numerador} \times 100}{\text{Denominador}}$	El personal que brindó la atención recibió y saludó cortésmente a la embarazada que acudió al control prenatal: •Preguntó y abordó por su nombre, •Utilizó un lenguaje sencillo, •Le explicó los procedimientos •Le informó sobre los resultados de estos. El personal de salud realiza una evaluación inicial rápida de la embarazada y preguntó si ha tenido o tiene los siguientes signos y síntomas de alarma como: •Fiebre, dolor de cabeza intenso, dolor abdominal, pérdida de líquido o sangre por la vagina, pérdida de conciencia, convulsiones, si sintió o no sintió movimientos fetales. •Realizó una evaluación inicial rápida, si la embarazada presentó algún signo o síntoma de alarma, fue referida para atención especializada si correspondía. El personal de salud que atendió a la gestante le recomendó a la embarazada acudir con su pareja a las citas de control prenatal, al menos a una consulta prenatal. El personal de salud promueve a que la gestante y su pareja expongan sus dudas o preocupaciones. Verificó y observó que los controles de la embarazada fueron distribuidos entre médicos y	HCPB- expediente clínico	Mensual	Revisión de expedientes clínicos	El cumplimiento se verifica utilizando las listas de chequeo

			enfermeras de preferencia y según disponibilidad en las instalaciones de salud), de la siguiente manera: •1er Control (antes de 13 semanas) atendida por médico o enfermera •2do control (13-19 semanas), atendida por médico o enfermera •3er control (20-24 semanas), atendida por médico o enfermera •4to Control (25-28 semanas), atendida por médico o enfermera •5to control (29-32 semanas), atendida por médico •6to control (33-36 semanas), atendida por medico •7mo Control (37-41 semanas), atendida por medico				
	Porcentaje de embarazadas que en la captación temprana (APN) se les realizan las actividades normadas	Numerador: No. De embarazadas con captación temprana del embarazo que se les realizan las actividades según norma Denominador: No. De embarazadas registradas en el primer trimestre del embarazo del periodo evaluado Fórmula: $\frac{\text{Numerador} \times 100}{\text{Denominador}}$	Se abre el expediente con el Llenado de la HCPB o SIP Web Plus, la Tarjeta de Control Prenatal y la Tarjeta de Seguimiento de Caso, Se le realiza Anamnesis sobre: •Datos generales. • Antecedentes familiares y patológicos. • Antecedentes personales y patológicos. • Antecedentes ginecológicos y obstétricos (incluye citología cervical). • Estado de inmunización con Td, TdaP y Vacuna anti-Rubéola (MR). • Estado general. • Hábitos alimenticios. • Uso de tabaco, alcohol y drogas. • Riesgo de situaciones de violencia intrafamiliar. • Síntomas relacionados con el embarazo. • Fecha de la última menstruación. • Inicio de movimientos fetales.	HCPB- expediente clínico	Mensual	Revisión de expedientes clínicos	El cumplimiento se verifica utilizando las listas de chequeo

			• Signos o síntomas de alarma (hemorragias, edemas, cefaleas etc.). Todos los datos relevantes no contemplados en la HCPB se anotarán en el reverso de la hoja Examen clínico general y Gineco-obstétrico: • Control de signos vitales y registrar en la HCPB: • Presión arterial. • Pulso, respiración y temperatura, si es necesario. • Si hay fiebre (sobre 38 grados), hipertensión arterial (diastólica igual o mayor de 90 mm de Hg, pulso y respiraciones alterados), investigar la causa, efectuar tratamiento o referir según normas. • Inspección de conjuntivas. • Inspección de cavidad oral. • Palpación de tiroides. • Auscultación cardíaca y pulmonar. • Examen de mamas. • Abdomen: forma, consistencia, presencia de cicatrices. • Altura uterina • Inspección de genitales: presencia de lesiones, secreción, cicatrices, evaluar características de lo observado. • Toma de citología cervical, si corresponde según norma, a cualquier edad gestacional que se capte. • Diagnóstico y prescripción de tratamiento de cualquier flujo patológico. • Examen de extremidades (pesquisa de várices, edema importante). Estimar y registrar la fecha probable del parto Los hallazgos del examen clínico del primer control se anotarán en la primera columna de la HCPB; fecha de la consulta, semanas de amenorrea, peso en kilogramos, presión arterial,				
--	--	--	---	--	--	--	--

			altura uterina en cm, presentación fetal, frecuencia cardíaca fetal y movimientos fetales si corresponde. En el reverso de la HCPB está el Formulario de Near Miss para pacientes gravemente enfermas. Ordenar de rutina los siguientes exámenes de laboratorio a todas las gestantes: a la captación y repetir de acuerdo con el (tabla 9 de la pág. 53 de la norma. Determina el diagnóstico y anota las órdenes médicas. Si la embarazada presenta alguna patología, maneje de acuerdo con el protocolo o refiere al siguiente nivel de atención si es necesario. Se Prescribe sales de hierro, ácido fólico, calcio y otros suplementos que sea necesario Referencia a consulta odontológica Brinda consejería según los hallazgos, y la edad gestacional de la embarazada. Se Enfatiza en: • Reconocimiento de signos de peligro y qué hacer si aparecen. • Elaboración del plan de parto según el protocolo. • Molestias comunes durante el embarazo y cómo manejarlas. • Importancia de asistir a los controles siguientes. • Beneficios de la atención institucional del parto y del recién nacido.				
	Porcentaje de embarazadas a quienes se le realizaron todas las actividades en los controles	Numerador: No. De embarazadas que en sus controles prenatales subsiguientes se les realizó las actividades normadas	Verifica el seguimiento al llenado completo de la HCPB ambulatorio, la Tarjeta de Control Prenatal y la Tarjeta de Seguimiento de Caso, en cada consulta. Se le realizó el Interrogatorio sobre:	HCPB- expediente clínico	Mensual	Revisión de expedientes clínicos	El cumplimiento se verifica utilizando las listas de chequeo

	subsiguientes de CPN descritas en la Norma.	Denominador: No. De embarazadas registrada en atención prenatal con CPN subsiguientes en el periodo evaluado Fórmula: $\frac{\text{Numerador} \times 100}{\text{Denominador}}$	•Estado general. •Alimentación e ingesta de suplementos vitamínicos. •Posibles Molestias (leucorrea, otros). •Presencia o no de síntomas vasoespásticos (cefaleas, tinitus, fosfenos, acufenos). •Presencia o no de síntomas de anemia (palidez, lipotimia, pica, otros). •Movimientos fetales. •Hábitos y conductas de riesgo. Verificó el registro del Control de pulso, presión arterial, respiración, y temperatura si fue necesario. Si hubo fiebre (sobre 38 grados) hipertensión arterial (diastólica igual o mayor de 90 mm de Hg, pulso y respiraciones alterados), se investigó la causa efectuando tratamiento o referencia según normas. Verificó y observó si examinó los lechos ungueales y conjuntivas por signos de anemia. Realizó medición del peso y evaluación de la ganancia de peso y estado nutricional en cada consulta y referencia a la Nutricionista las embarazadas que presenten déficit nutricional o sobrepeso, según protocolo. Evaluó el estado fetal con las siguientes actividades: •Crecimiento fetal: Mide la altura uterina en cada consulta y grafica en la curva según la edad gestacional. La diferencia mayor de 4 cm entre ambas requiere re interrogar sobre la FUM y realizar estudio ecográfico fetal.				
--	---	---	---	--	--	--	--

			•En los lugares donde se pudo ofertar, se realizó tamizaje bioquímico y ultrasonográfico de primer y segundo trimestre. •Evaluación de los movimientos fetales y frecuencia cardíaca fetal. •Presentación y posición del feto (a partir de la semana 26) Maniobras de Leopold. •Ante cualquier discrepancia en los valores esperados preferiblemente refirió para evaluación por especialista o a un nivel de mayor complejidad. Se evaluaron los resultados de los exámenes de laboratorio y anotación en la HCPB del expediente, en la tarjeta de control prenatal de la embarazada. La enfermera anota los datos que solicita la Tarjeta de Seguimiento de caso. El tratamiento de la sífilis durante el embarazo se realizó inmediatamente después de ser conocido el resultado del tamizaje, aunque quedara pendiente el examen confirmatorio. Se registró la administración del tratamiento tanto en la historia clínica del expediente electrónico, como en la tarjeta del control prenatal de la embarazada. La embarazada VIH + fue referida a Infectología y a la Clínica de Embarazo de Alto Riesgo. La usuaria Rh negativo fue manejada por Ginecólogo Obstetra, en Centro de Atención Primaria, de acuerdo con las recomendaciones de las Guías de Atención de las				
--	--	--	---	--	--	--	--

			Complicaciones del Embarazo, en la inmunización Eritrocitaria. Verificó si se administró la profilaxis con Gamma Globulina anti-Rh (D) a las pacientes Rh negativa no inmunizadas desde semana 28 a la 34 de gestación. Refirió a la consulta de alto riesgo a las pacientes identificadas como isoinmunizadas al factor Rh para su manejo, según las Guías de Atención de las Complicaciones del Embarazo. Determinó el diagnóstico y anotó las órdenes médicas. Verificó si se repitió el examen de detección de sífilis, VIH y de glicemia, en el tercer trimestre del embarazo y los que fueran necesario según nuevos hallazgos y siguiendo la tabla 9 del protocolo En cada consulta se evaluó el riesgo materno y fetal, y de ser necesario fue referida a las unidades de atención especializada (Clínicas de embarazos de alto riesgo y/o clínica de materno fetal). Verificó si se prescribió hierro, ácido fólico, calcio y otros que fueran necesarios según nuevos hallazgos. Evaluó y verificó el tratamiento y/o manejo adecuado para patologías detectadas (Ver Guías de manejo de complicaciones del embarazo 2015). Evaluó si fue posible, durante el embarazo, evitar medicamentos asociados a riesgos del feto con deficiencias enzimáticas. Se brindó educación durante todos los controles sobre los siguientes temas:				
--	--	--	--	--	--	--	--

			•Molestias más frecuentes en el embarazo y cómo tratarlas. •Aparición de signos de peligro, y qué hacer si aparecen. •Cuidados durante el embarazo: alimentación saludable, ejercicios y descanso, eliminación de malos hábitos (fumar, ingestión de bebidas alcohólicas, consumo de drogas, automedicación). •Importancia del Hierro y Ácido Fólico en la prevención de la anemia y defectos del tubo neural. •Ganancia de peso adecuado durante el embarazo. •Importancia del control odontológico en el embarazo. •Preparación para el parto y nacimiento. Elaboración del plan de parto, según el protocolo. •Importancia de iniciar la lactancia materna inmediatamente después del parto y mantenerla exclusiva hasta los 6 meses de edad y prolongarla hasta los 24 meses, ofreciendo alimentación complementaria. •Beneficios de la lactancia materna exclusiva para la salud de la madre y derechos a la lactancia materna según la Ley 50. •Importancia y ventajas del parto institucional. •Ventajas del apego precoz y alojamiento conjunto. •Cuidados del recién nacido. •Importancia del tamizaje neonatal. •Riesgo del uso del Alcanfor (medicamentos y bolitas de Naftalina) en el recién nacido (deficiencia de glucosa 6 fosfato deshidrogenada).				
--	--	--	---	--	--	--	--

			•Cuidados del puerperio: alimentación, higiene, ejercicio y descanso, cuidado de las mamas. •Importancia del control de crecimiento y desarrollo del recién nacido. Importancia del espaciamiento de los hijos y planificación familiar, métodos anticonceptivos disponibles. •Responsabilidad compartida, materna y paterna, en el embarazo, parto y crianza. •Cumplimiento de las indicaciones y asistencia a las citas prenatales				
--	--	--	--	--	--	--	--

2.1.5 INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO PROTOCOLO DE ATENCION PRENATAL

Indicador: Porcentaje de embarazadas que en la captación temprana (APN) se les realizan las actividades normadas
Anotar 1 en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (**Se Cumple**). Si el criterio no es satisfactorio (**No Se Cumple**), anotar **0**. Registrar **NA (No Aplica)**,

Región de salud			Establecimiento de Salud																	Equipo Evaluador																
Mes:	Año:	No. de Expediente	Criterios de verificación																				Promedio													
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	1	0	N/A											
Verifica que el personal de salud abriera el expediente de la embarazada con:																																				
- Registró la información en Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) en la ambulatoria o si cuenta con el programa del SIP Web Plus en la computadora. - Llenó la Tarjeta de Control Prenatal (cartón para la paciente). - Registró los datos en Tarjeta de Seguimiento de Caso. - El personal de Registros Médicos y Estadísticos llenó el encabezado y datos generales, cuidando de anotar el código de la Instalación de Salud y la cédula de la paciente, tanto en la hoja para la consulta o en el SIP Web Plus, - Verificó si el expediente contiene la Gráfica de clasificación del estado nutricional de la embarazada según IMC. - Verificó si el expediente contiene la gráfica de Hoja de Curva de Ganancia de Peso y Altura Uterina. - Verificó si el expediente contiene registro en la Evolución de Control Prenatal - Verificó si el expediente contiene hoja resumen de órdenes de laboratorios, exámenes de gabinete y medicamentos. - Verificó si el expediente contiene hoja de solicitud de citología cervical exfoliativa. - Verificó si el expediente contiene formulario de solicitud de prueba serológica de VIH. - Verificó si el expediente contiene una hoja para anexar los resultados de laboratorios. - Verificó si el expediente contiene expediente clínico odontológico																																				
Nota: El criterio se cumple si, se observaron o están descritos todos los procedimientos en el expediente evaluado																																				

Mes: _____ Año: _____ No. de Expediente _____																						Promedio		
Criterios de verificación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	1	0	N/A	
Evaluó si el Médico o la Enfermera, o quien provea la atención registra las siguientes actividades: • Llenado de todos los datos de la HCPB Ambulatoria, en el SIP Web Plus y de la Tarjeta de Control Prenatal. • Registra la entrega de la tarjeta de Control Prenatal y orienta a la usuaria sobre su uso y cuidado. • Registra en la Tarjeta de Seguimiento de Caso los datos más relevantes como, información rápida de casos de riesgo o problemas que ameritaron mayor seguimiento y/o visita domiciliaria. • La técnica de enfermería o asistente de clínica realiza y registra el peso y talla de la embarazada																								
Nota: El criterio se cumple si, se observaron o están descritos todos los procedimientos en el expediente evaluado.																								
El personal de salud evalúa el estado nutricional de la embarazada y estimó la ganancia de peso recomendada durante todo el embarazo, de acuerdo con su Índice de Masa Corporal y la edad gestacional.																								
El personal de salud refiere a la Nutricionista o a la auxiliar de nutrición o en su defecto para orientación a la enfermera, la embarazada que presentó déficit nutricional o sobrepeso.																								

Mes: _____ Año: _____ No. de Expediente _____																							Promedio		
Criterios de verificación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	1	0	N/A		
El personal de enfermería aplica las vacunas correspondientes al esquema de vacunación de la embarazada. • Aplica la vacuna contra la Influenza Estacional a la captación de la embarazada. • Aplica Toxoide Diftérico TD o Tdap de acuerdo con las Normas del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), al momento de la captación de la embarazada. • Anota en la HCPB ambulatoria, SIP WEB PLUS, la Tarjeta de Control Prenatal y en la Tarjeta de Seguimiento de Caso, el mes de gestación en que se aplica, en el cuadro correspondiente a la primera o a la segunda dosis o refuerzo según el caso. • Si la embarazada tenía la vacuna previa se marcó en el cuadro correspondiente. • A la mujer embarazada con esquema completo de vacunación, el personal de salud le aplica un refuerzo, si tenía 10 años o más de haber recibido el primero. • La TDaP se aplica desde el inicio del tercer trimestre. (semana 26 a 40) o en el puerperio.																									
Nota: El criterio se cumple si, se observaron o están descritos todos los procedimientos en el expediente evaluado.																									

Mes: _____ Año: _____ No. de Expediente																							Promedio
Criterios de verificación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	1	0	N/A
Verifica si el personal de salud registra la anamnesis completa, anotando todos los elementos señalados en la HCPB y la Tarjeta de Control Prenatal, sobre los antecedentes y el embarazo actual. No deja información en blanco a menos que no se contaba con el dato. La anamnesis completa incluyó: • Datos generales. • Antecedentes familiares y patológicos. • Antecedentes personales y patológicos. • Antecedentes ginecológicos y obstétricos (incluyó citología cervical). • Estado de inmunización con Td, TDaP y Vacuna anti-Rubéola (MR). • Estado general. • Hábitos alimenticios. • Uso de tabaco, alcohol y drogas. • Riesgo de situaciones de violencia intrafamiliar. • Síntomas relacionados con el embarazo. • Fecha de la última menstruación. • Inicio de movimientos fetales. • Signos o síntomas de alarma (hemorragias, edemas, cefaleas etc.). Nota: El criterio se cumple si, se observaron o están descritos todos los procedimientos en el expediente evaluado.																							

Mes: _____ Año: _____ No. de Expediente																							Promedio
Criterios de verificación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	1	0	N/A
La personal de salud ordena y registra los siguientes exámenes de laboratorio de rutina a todas las gestantes (a la captación y repetir según tabla 9 de página 53 de la Norma):																							
- Hemograma completo. - Tipaje y Rh. - Glicemia. - Serología Luética (VDRL o RPR). Prueba treponémica. Si ésta es positiva entonces VDRL con diluciones. Ver Normativa Nacional para el abordaje Integral de las infecciones de Transmisión Sexual en Panamá y Guías Nacional de Tratamiento de Sífilis Congénita (Anexo 41). - Urinálisis completo. - Urocultivo. - Prueba de VIH. Previa consejería y firma del consentimiento informado. Dar orientación a toda embarazada sobre la importancia de esta para la prevención de la transmisión vertical. Debe darse consejería post prueba. Serología por TORCH (Toxoplasmosis, Rubéola, Citomegalovirus y Hepatitis B). - Se realizó o refirió para el Tamizaje ultrasonográfico del primer trimestre, entre las semanas 9 y 13 (si había disponibilidad). - Se ordenaron el tamizaje bioquímico para que se realizara a la semana 16, según disponibilidad. - Electroforesis de hemoglobina.																							
Nota: El criterio se cumple si, se observaron o están descritos todos los procedimientos en el expediente evaluado																							

Mes: _____ Año: _____ No. de Expediente																							Promedio
Criterios de verificación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	1	0	N/A
Verifica si el personal de salud ordena otros exámenes de laboratorio de acuerdo con anamnesis e impresión clínica, previa orientación sobre los propósitos y resultados de las pruebas: En aquellas áreas donde exista prevalencia de enfermedades transmisibles tales como Dengue, Malaria, Chagas, u otras, tomar muestra de sangre para el diagnóstico correspondiente. • Prueba por Clamidia. • Espudo por BAAR (sintomática respiratorio) Nota: El criterio se cumple si, se observaron o están descritos todos los procedimientos en el expediente evaluado																							
En caso de sospecha de exposición durante el primer trimestre del embarazo, al virus de la Rubéola, el personal de salud diagnóstica y confirma de las siguientes maneras: • Ordena, el día de la consulta la prueba de Inhibición de la Hemoaglutinación IgG y una prueba de control a los 15 días. • Ordena la IgM en el intervalo de una a seis semanas después del cuadro exantemático. • Si se confirma el diagnóstico se refiere a Consulta de Alto Riesgo. • En caso de que se comprobara por serología de Rubéola en el primer trimestre de gestación, el personal de salud orienta a la embarazada y a su pareja sobre las implicaciones para el feto y si la embarazada solicitó la interrupción del embarazo. Nota: El criterio se cumple si, se observaron o están descritos todos los procedimientos en el expediente evaluado																							
El personal de salud evalúa y determina el diagnóstico y anota las órdenes médicas																							
El personal de salud verifica si la embarazada presenta alguna patología, se maneja de acuerdo con el protocolo o refiere al siguiente nivel de atención si es necesario.																							

2.1.6 INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO PROTOCOLO DE ATENCION PRENATAL

Indicador: Porcentaje de embarazadas a quienes se le realizaron todas las actividades en los controles subsiguientes de CPN descritas en la Norma.
Anotar 1 en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (**Se Cumple**). Si el criterio no es satisfactorio (**No Se Cumple**), **anotar 0**. Registrar **NA (No Aplica)**.

Región de salud			Establecimiento de Salud										Equipo Evaluador													
Mes:	Año:	No. de Expediente																						Promedio		
Criterios de verificación			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	1	0	N/A	
Verifica el seguimiento que hace el personal de salud al llenado completo de la HCPB ambulatorio, la Tarjeta de Control Prenatal y la Tarjeta de Seguimiento de Caso, en cada consulta.																										
El personal de salud realiza el Interrogatorio sobre: - Estado general. - Alimentación e ingesta de suplementos vitamínicos. - Posibles Molestias (leucorrea, otros). - Presencia o no de síntomas vasoespásticos (cefaleas, tinitus, fosfenos, acufenos). - Presencia o no de síntomas de anemia (palidez, lipotimia, pica, otros). - Movimientos fetales. - Hábitos y conductas de riesgo. Nota: El criterio se cumple si, se observaron o están descritos todos los procedimientos en el expediente evaluado.																										
Verifica que el personal de salud registra el ccontrol de pulso, presión arterial, respiración, y temperatura si fue necesario.																										
Si hubo fiebre (sobre 38 grados) hipertensión arterial (diastólica igual o mayor de 90 mm de Hg, pulso y respiraciones alterados), el personal de salud investiga la causa efectuando tratamiento o referencia según normas.																										
Verifica y observa, si el personal de salud examina los lechos ungueales y conjuntivas por signos de anemia.																										
El personal de salud realiza medición del peso y evaluación de la ganancia de peso y estado nutricional en cada consulta y referencia a la Nutricionista las embarazadas que presenten déficit nutricional o sobrepeso, según protocolo.																										

Mes: _____ Año: _____ No. de Expediente																						Promedio		
Criterios de verificación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	1	0	N/A	
El personal de salud evalúa el estado fetal con las siguientes actividades: • Crecimiento fetal: Mide la altura uterina en cada consulta y grafica en la curva según la edad gestacional. La diferencia mayor de 4 cm entre ambas requiere re interrogar sobre la FUM y realizar estudio ecográfico fetal. • En los lugares donde se pudo ofertar, se realiza tamizaje bioquímico y ultrasonográfico de primer y segundo trimestre. • Evalúa los movimientos fetales y frecuencia cardíaca fetal. • Presentación y posición del feto (a partir de la semana 26) Maniobras de Leopold. • Ante cualquier discrepancia en los valores esperados preferiblemente refiriere para evaluación por especialista o a un nivel de mayor complejidad. Nota: El criterio se cumple si, se observaron o están descritos todos los procedimientos en el expediente evaluado.																								
Se evalúa los resultados de los exámenes de laboratorio y anotación en la HCPB del expediente, en la tarjeta de control prenatal de la embarazada.																								
La enfermera anota los datos que solicita la Tarjeta de Seguimiento de caso.																								
En cada consulta se evalúa el riesgo materno y fetal, y de ser necesario es referida a las unidades de atención especializada (Clínicas de embarazos de alto riesgo y/o clínica de materno fetal).																								
Verifica si el personal de salud prescribe hierro, ácido fólico, calcio y otros que fueran necesarios según nuevos hallazgos.																								
Evalúa y verifica el tratamiento y/o manejo adecuado para patologías detectadas por el personal de salud (Ver Guías de manejo de complicaciones del embarazo 2015).																								
Evalúa si fue posible, durante el embarazo, el personal de salud evita medicamentos asociados a riesgos del feto con deficiencias enzimáticas.																								

[illegible]

Mes: _____	Año: _____	No. de Expediente																				Promedio		
Criterios de verificación																						1	0	N/A
Verifica y observa si se el personal de salud explica a la embarazada los hallazgos y lo que es necesario hacer.																								
El personal de salud averigua si tiene alguna pregunta, y le responde con lenguaje sencillo y se asegura que le había entendido.																								
Verifica, que el personal de salud registra en cada control, la indicación a la paciente sobre la fecha de su próxima cita y si solicita a registros médicos la adjudicación del cupo en el periodo indicado por el proveedor de la atención.																								
Expediente Cumple																								
Promedio Global																								

2.1.7 ATENCIÓN DEL PARTO

Atención del Parto							
Estándar	Indicador	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Recolección Dato	Técnica de Aclaración
A toda embarazada en labor de parto son vigiladas al ingreso del establecimiento de salud (excluyendo mujeres con 8 cm de dilatación)	Porcentaje de parturientas a quienes se les vigiló la labor de parto con la (HCPB y Partograma) y se tomó una decisión clínica dependiendo de la progresión del parto.	Numerador: No. de parturientas en trabajo de parto que se les realiza vigilancia y se toma decisión según progresión del parto Denominador: No. de parturientas en trabajo de parto revisadas en el periodo evaluado Fórmula: $\frac{\text{Numerador} \times 100}{\text{Denominador}}$	Observó y evaluó que el personal recibió y saludó amablemente a la mujer y acompañante que acudieron al establecimiento en trabajo de parto La abordó por su nombre, utilizó lenguaje sencillo, explicó los procedimientos a realizarle y los resultados. Nota: El criterio se cumple si, se observaron o están descritos todos los procedimientos en el expediente evaluado. Observó y verificó que el personal de salud realizó una evaluación inicial rápida, según norma, atendió de inmediato si presentó algún signo o síntoma de complicación. Observó y verifica en expediente si realizó y registro el examen físico	Partograma Expedientes clínicos Estadísticas	Mensual	Revisión de expedientes clínicos y observación	El cumplimiento se verifica utilizando las listas de chequeo

			general y obstétrico según norma: •Realizó examen vaginal previo aseo del área genital e informó a la mujer lo que va a hacer. •El aseo del área genital se realizó con solución antiséptica no irritante •Se separaron cuidadosamente los labios con el índice y el pulgar de una mano y le introducen suavemente los dedos índice y medio de la otra mano, sin tocar la superficie externa de los labios •tocar la superficie externa de los labios Observó y verificó que el personal de salud solicitara la Tarjeta de Control Prenatal a la embarazada que acudió en trabajo de parto, Verificó la transcripción a la HCPB intrahospitalaria o SIP Web Plus los datos generales, la información de todas las consultas de control prenatal que tuvo la paciente y el llenado de				
--	--	--	--	--	--	--	--

			los datos referentes al examen físico y obstétrico Observó que el personal brindara el apoyo y orientación que la paciente requiera para disminuir la ansiedad y lograr el máximo de cooperación Verificó el registro del diagnóstico de ingreso y ordenes médica Verificó el registro de ingreso sin demora a la gestante en fase activa de labor, con los siguientes criterios y procedimientos: •Tres o más contracciones uterinas de aproximadamente 35 – 45 segundos de duración en 10 minutos, y en forma persistente. •Dilatación cervical de 4 cm o más. • Modificaciones cervicales con 80% o más de borramiento. •El último control de Hemoglobina fue menor de 10 gramos o				
--	--	--	--	--	--	--	--

			Hematocrito menor de 30% al momento de la admisión, se le realizó control de Hemoglobina y Hematocrito. •Si la embarazada no poseía una Tarjeta de Control Prenatal o no se controló el embarazo, se solicitó los siguientes exámenes: Hemoglobina y Hematocrito, Tipaje y Rh, VDRL, VIH. •Entregó ropa adecuada de fácil manejo y se le colocó un brazalete que la identificara con su nombre completo. En mujeres indígenas respetar el patrón cultural.				
	Porcentajes de parturientas que recibieron MATEP incluyendo pinzamiento tardío del cordón.	Numerador: No. de parturientas en período expulsivo-nacimiento del bebé recibieron MATEP Denominador: No. de parturientas en periodo de expulsivo evaluadas en el periodo	Aplique a la parturienta (vaginal o cesárea) 10 UI IM de Oxitocina, inmediato al nacimiento del bebé, tan pronto como sea posible dentro del 1er minuto, habiendo descartado la presencia de otro bebé y antes del nacimiento de la placenta, se haya usado o no	Partograma Expedientes clínicos Estadísticas	Mensual	Revisión de expedientes clínicos y observación	El cumplimiento se verifica utilizando las listas de chequeo

		Fórmula: Numerador x 100 Denominador	previamente Oxitocina para inducto-conducción. Realice pinzamiento del cordón umbilical cuando deja de pulsar (aproximadamente 3 minutos). Se pueden presentar casos de indicación de pinzamiento precoz (circular de cordón tensa en cuello, madre VIH positivo, madre Rh negativa sensibilizada, placenta previa sangrante o DPPNI, asfixia perinatal, Síndrome de Aspiración de Meconio-SAM, (premature)). Realice tensión controlada del cordón umbilical (aprovechando la contracción uterina) con contra tracción uterina (rechazando – estabilizando fondo uterino para evitar inversión uterina) y aplique masaje uterino inmediato al alumbramiento y cada 15 minutos durante las primeras 2 horas				
--	--	---	---	--	--	--	--

			La placenta será recibida con las manos para evitar que caiga por su propio peso y se produzcan desgarramientos y retención de membranas. Al ser expulsada la placenta sosténgala con las dos manos y hágala girar con delicadeza hasta que las membranas queden retorcidas. Hale lentamente para completar la extracción. Examine cuidadosamente la placenta para estar seguro de que está íntegra. La placenta se revisará cuidadosamente para confirmar que estén completos los cotiledones y membranas, revisando su cara fetal y la materna Examen de membranas por su cara fetal: Se observará el orificio de rotura tratando de reconstruir la bolsa amniótica y de apreciar la integridad de las membranas en extensión (corion y amnios). Si las				
--	--	--	---	--	--	--	--

			membranas se desgarran examine con delicadeza la parte superior de la vagina y el cuello uterino provisto de guantes esterilizados y utilice una pinza de aro para retirar cualquier trozo de membrana retenido. Examen de la cara materna: Revisar si ésta se observa desgarrada lo cual es un índice de retención parcial de cotiledones. La sospecha de retención de restos placentarios dará lugar a la revisión y extracción inmediata de estos restos. Terminada la expulsión de la placenta, se asegurará que esté presente el globo de seguridad de Pinard, que consiste en verificar que el útero se sienta globoso y de consistencia leñosa. Masajee el fondo del útero a través del abdomen de la madre hasta conseguir que se contraiga.				
--	--	--	---	--	--	--	--

			Repita el masaje uterino cada 15 minutos durante las 2 primeras horas. Asegúrese de que el útero no se relaje después de detener el masaje uterino Otras alternativas en la prevención de la HPP ante la ausencia de oxitocina sería el uso de otros uterotónicos: • Carbetocina IM o IV una ampolla de 1cc/100 microgramos dosis única. • Maleato de Metil Ergonovina IM en pacientes no hipertensas. • Prostaglandinas 800 microgramos bucal o sublingual dosis única.				
--	--	--	--	--	--	--	--

2.1.8 INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO PROTOCOLO DE ATENCION DEL PARTO

Estándar: A toda embarazada en labor de parto son vigiladas al ingreso del establecimiento de salud (excluyendo mujeres con 8 cm de dilatación)

Indicador: Porcentaje de parturientas a quienes se les vigiló la labor de parto con la (HCPB y Partograma) y se tomó una decisión clínica dependiendo de la progresión del parto.

Anotar 1 en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (**Se Cumple**). Si el criterio no es satisfactorio (**No Se Cumple**), anotar **0**. Registrar **NA (No Aplica)**,

Región de salud _____ **Establecimiento de Salud** _____ **Equipo Evaluador** _____

Mes: _____ Año: _____ No. de Expediente _____																							Promedio
Criterios de verificación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	1	0	N/A
Observa y evalúa que el personal de recibe y saluda amablemente a la parturienta y acompañante que acudieron al establecimiento en trabajo de parto																							
- La aborda por su nombre - Utiliza lenguaje sencillo - Explica los procedimientos a realizarle y los resultados. Nota: El criterio se cumple si, se observaron o están descritos todos los																							
Observa y verifica que el personal de salud realiza una evaluación inicial rápida, atendiendo de inmediato si presenta algún signo o síntoma de complicación.																							
Observa y verifica en expediente si el personal de salud registra el examen físico general y obstétrico según norma:																							
- Realiza examen vaginal previo aseo del área genital e informó a la mujer lo que va a hacer. - El aseo del área genital se realiza con solución antiséptica no irritante - Se separaron cuidadosamente los labios con el índice y el pulgar de una mano y le introducen suavemente los dedos índice y medio de la otra mano, sin tocar la superficie externa de los labios Nota: El criterio se cumple si, se observaron o están descritos todos los procedimientos en el expediente evaluado.																							
Observa y verifica que el personal de salud solicitara la Tarjeta de Control Prenatal a la embarazada que acudió en trabajo de parto,																							

Mes: _____ Año: _____ No. de Expediente _____																								Promedio
Criterios de verificación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	1	0	N/A	
Verifica que el personal de salud realiza la transcripción a la HCPB intrahospitalaria o SIP Web Plus los datos generales, la información de todas las consultas de control prenatal que tuvo la paciente y el llenado de los datos referentes al examen físico y obstétrico																								
Observa que el personal brinde el apoyo y orientación que la paciente requería																								
Verifica que el personal de salud registra el diagnóstico de ingreso y ordenes médica																								
Evalúa y verifica el ingreso a la sala de labor, la parturienta fuera evaluada por personal médico y de enfermería, y anotan las órdenes pertinentes (por el personal de mayor jerarquía del establecimiento)																								
Verifica si el personal de salud registra la vigilancia del trabajo de parto y la condición materna fetal, usando la partograma modificada de la OMS desde que la dilatación cervical fue de 4 cm.																								
El personal de salud registra en el plan de atención, de acuerdo con la evolución del trabajo de parto y de la condición materna y fetal, según gráficas y registros en la partograma.																								
Verifica que el personal de salud registra la administración de analgésicos u oxitócicos, basado en las condiciones obstétricas y el progreso de la labor. (Ver Guías de Manejo de las Complicaciones del Embarazo)																								

Mes: _____ Año: _____ No. de Expediente _____																							Promedio		
Criterios de verificación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	1	0	N/A		
El personal de salud mantiene la vigilancia y registro de la embarazada en labor activa y membranas rotas, con feto cuya presentación no estaba encajada, se le garantizó los siguientes procedimientos:																									
• Permanece preferiblemente en cama en posición de decúbito lateral izquierdo. • Los exámenes vaginales se realizan cada 2 horas durante la labor y después de la rotura de las membranas. • Se evalúa el color del líquido amniótico, la dilatación cervical y el descenso de la presentación. • Si la paciente presenta ruptura de membranas de 18 horas o más, se inicia tratamiento con antibióticos (Ver Guías de Manejo de las complicaciones del Embarazo, 2015). • Si la paciente presenta fiebre (38° o más) se inició antibióticos (Ver Guías de Manejo de las complicaciones del Embarazo, 2015)																									
Se registra en el expediente la integridad de las membranas ovulares hasta el momento del parto con producto encajado, a menos que haya sido sospecha de sufrimiento fetal o detención de la labor según grafica en el Partograma.																									
Se vigila y se registra en los procedimientos que la gestante durante el trabajo de parto se alejó de los criterios de progreso normal, se manejaron según las Guía de Manejo de las Complicaciones del Embarazo, 2015																									
Expediente Cumple																									
Promedio Global																									

2.1.10 PUERPERIO

PUERPERIO							
Estándar	Indicador	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Recolección Dato	Técnica de Aclaración
A toda mujer en puerperio inmediato (vaginal o cesárea) se le vigila y registra las actividades normadas.	Porcentaje de puérperas que se les vigila y registra las actividades normadas durante las primeras 2 horas postparto.	Numerador: No. de puérperas inmediatas (vaginal o cesáreas) vigiladas según normas Denominador: No. De puérperas inmediatas vaginal o cesáreas evaluadas en el periodo Fórmula: $\frac{\text{Numerador} \times 100}{\text{Denominador}}$	La madre y el recién nacido se envían juntos a la Sala de Puerperio Inmediato, cuando se confirme que el estado general de ambos es satisfactorio. Para la madre se darán las siguientes órdenes: Trasladar a la Sala de Puerperio Inmediato para vigilancia rigurosa por 2 – 4 horas. • Alojamiento conjunto del neonato y lactancia materna exclusiva (si no hay contraindicación). • Nada por vía oral durante las 2 primeras horas. Después se le ofrecerá dieta regular. • Mantener en reposo relativo. • Vigilar los signos vitales (T°, Pulso, Respiración y P.A.) cada 30 minutos durante la primera hora y avisar por alteraciones.	HCPB Expediente clínicos	Mensual	Revisión de expedientes clínicos y observación	El cumplimiento se verifica utilizando las listas de chequeo, y en algunas situaciones utilizando la técnica de observación.

			• Vigilar si la mujer está hidratada. • Vigilar el sangrado vaginal, consistencia con la altura uterina y contractibilidad uterina cada 15 minutos durante las 2 primeras horas postparto y cada hora durante las siguientes 6 horas, o más seguido si se presenta cualquier complicación • Conocer y aplicar medidas para estimular la contracción y retracción uterina. • Vigilar que orine espontáneamente. Debe orinar al menos 180 CC. durante las primeras 6 horas. • Administrar analgésicos cada 6 – 8 horas si es necesario. • Aplicar compresas frías en el periné a pacientes con episiorrafia o desgarros reparados. • El personal que atiende el parto es responsable del llenado correcto y completo de la HCPB hasta la sección recién nacido y puerperio, y el certificado de nacimiento. Transcurridas las primeras 2 horas del puerperio sin				
--	--	--	--	--	--	--	--

			complicaciones, la mujer y su recién nacido serán trasladados a la Sala de Puerperio con las siguientes órdenes: (Dieta corriente, líquidos abundantes, Vigilar el estado general y emocional, Vigilar signos vitales cada 6 horas, Vigilar por sangrado vaginal y contracción uterina cada 2 horas., Analgésicos cada 6 a 8 horas si es necesario, Revisión del periné a las pacientes a quienes se les realizó episiotomía o hayan presentado desgarros, vigilar por hematomas, dehiscencias, edema y orientación sobre higiene y cuidados del periné, vigilar diuresis espontánea).				
--	--	--	--	--	--	--	--

A toda mujer que egresa por un evento obstétrico se le garantiza consejería y método anticonceptivo moderno, (MAC) antes de su egreso	Porcentajes de puérperas que se les garantiza consejería en planificación familiar.	Numerador: No Puérperas que recibieron consejería en planificación familiar Denominador: Total de puérperas egresadas Fórmula: $\frac{\text{Numerador} \times 100}{\text{Denominador}}$	Consejería es un proceso de análisis y comunicación entre el prestador de servicios y él/la usuario/a potencial o activo, que busca proporcionar alternativas que satisfagan las expectativas de las personas. La consejería se realiza con respeto, calidez y privacidad. Tiene el propósito de brindar información y orientación clara, conforme a normas y protocolos técnicos actualizados, para ayudar a él/la usuario/a en la elección del método de planificación familiar que más convenga a su salud. La consejería se brinda mediante la técnica ACCEDA.	HCPB Expediente clínicos	Mensual	Revisión de expedientes clínicos	El cumplimiento se verifica utilizando las listas de chequeo
---	---	--	--	-----------------------------	---------	----------------------------------	--

	Porcentajes de mujeres con atención post aborto que recibieron un MAC moderno.	Numerador No de puérperas post aborto que egresaron con un MAC moderno Denominador: Total, de puérperas post aborto egresadas, evaluadas en el periodo Fórmula: $\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} \times 100$	Toda puérpera debe recibir orientación sobre la importancia del espaciamiento de los hijos y las alternativas para la regulación de la fecundidad. Especial interés debe aplicarse a la orientación de adolescentes, multíparas y en puérperas post aborto Pacientes en situación postaborto deben ser orientadas sobre la recuperación a corto plazo de su fecundidad y la necesidad de iniciar un método anticonceptivo cuanto antes. La instalación de Salud debe ofrecer todos los métodos anticonceptivos disponibles para que la usuaria, luego de la consejería, elija libremente. De ser posible debe iniciar el método inmediatamente, Toda paciente con historia de aborto habitual debe ser referida a la consulta especializada.	HCPB Expediente clínicos	Mensual	Revisión de expedientes clínicos	El cumplimiento se verifica utilizando las listas de chequeo
--	--	--	--	-----------------------------	---------	----------------------------------	--

			• Toda puérpera postaborto debe ser referida a la consulta de Ginecología con cita en un plazo no mayor de dos semanas. (Ver Guías de Manejo de las Complicaciones del Embarazo). • Se llenará la HCPB intrahospitalaria, SIP WEB plus, con la Solapa de aborto a toda puérpera o postaborto. El personal de salud a las usuarias post aborto, oferta MAC, tomando como referencia el periodo en que se presenta (Primer Trimestre, Segundo Trimestre e Inmediatamente después de aborto séptico) tomando como referencia la Tabla 14. “Categorías según características personales de historia reproductiva				
--	--	--	--	--	--	--	--

2.1.1.1 INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO PROTOCOLO DE ATENCION DEL PUERPERIO

Estándar A toda mujer en puerperio inmediato (vaginal o cesárea) se le vigila y registra las actividades normadas.

Indicador: Porcentaje de puérperas que se les vigila y registra las actividades normadas durante las primeras 2 horas postparto.

Anotar 1 en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio **(Se Cumple)**. Si el criterio no es satisfactorio **(No Se Cumple)**, anotar **0**. Registrar **NA (No Aplica)**.

Región de salud			Establecimiento de Salud										Equipo Evaluador													
Mes:	Año:	No. de Expediente																					Promedio			
Criterios de verificación			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	1	0	N/A	
La madre y el recién nacido se enviaron juntos a la Sala de Puerperio, por el personal de salud Inmediato, cuando se confirma que el estado general de ambos es satisfactorio.																										
El personal de salud da las siguientes órdenes y son descritas en el expediente de la madre:																										
-Se trasladada a la Sala de Puerperio Inmediato para vigilancia rigurosa por 2 – 4 horas.																										
- Dan alojamiento conjunto del neonato y lactancia materna exclusiva (si no había contraindicación).																										
- No le dan nada por vía oral durante las 2 primeras horas. Después se le ofrece dieta regular.																										
- Se le indica a la usuaria mantenerse en reposo relativo.																										
- Se le vigilan los signos vitales (T°, Pulso, Respiración y P.A.) cada 30 minutos durante la primera hora y avisan si se presenta alguna alteración.																										
-Se vigila si la puérpera estaba hidratada.																										
-Se vigila el sangrado vaginal, consistencia con la altura y contractibilidad uterinas cada 15 minutos durante las 2 primeras horas postparto y cada hora durante las siguientes 6 horas, o más seguido si se presentó cualquier complicación en las primeras 6 horas.																										
• Administra analgésicos cada 6 – 8 horas si es necesario.																										
• Aplica compresas frías en el periné a puérperas con episiorrafia o desgarros reparados.																										
• El personal que atiende el parto realiza el llenado correcto y completo de la HCPB hasta la sección recién nacido y puerperio, y el certificado de nacimiento.																										
-Conoce y aplica medidas para estimular la contracción y retracción uterina.																										

Mes: _____ Año: _____ No. de Expediente _____																						Promedio		
Criterios de verificación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	1	0	N/A	
-Vigila que la usuaria orine espontáneamente. (Debe orinar al menos 180 CC. durante las primeras 6 horas).																								
-Administró analgésicos cada 6 – 8 horas si fue necesario.																								
-Aplicó compresas frías en el periné a pacientes con episiorrafia o desgarros reparados. (Si los tenía)																								
-El personal que atendió el parto es responsable del llenado correcto y completo de la HCPB hasta la sección recién nacido y puerperio, y el certificado de nacimiento.																								
Transcurridas las primeras 2 horas del puerperio sin complicaciones, el personal de salud traslada a la Sala de Puerperio a la puérpera y su recién nacido con las siguientes órdenes:																								
-Dieta corriente y líquidos abundantes																								
-Vigilar el estado general y emocional																								
-Vigilar signos vitales cada 6 horas																								
-Vigilar por sangrado vaginal y contracción uterina cada 2 horas.																								
-Analgésicos cada 6 a 8 horas si es necesario.																								
-Revisión del periné																								
Nota: El criterio se cumple si, se observaron o están descritos todos los procedimientos en el expediente evaluado																								
A las usuarias a quienes se les realizó episiotomía o hayan presentado desgarros, El personal de salud vigila por hematomas, dehiscencias, edema y orienta sobre higiene y cuidados del periné.																								
El personal de salud vigila en la puérpera la diuresis espontánea.																								
- La puérpera cuyo parto ocurrió fuera de la Sala de Partos, luego de su revisión si fue necesaria, el personal de salud la envía junto con el recién nacido directamente a la Sala de Puerperio.																								
-El personal de salud asegura el llenado de HCPB para la introducción al sistema informático																								
Nota: El criterio se cumple si, se observaron o están descritos todos los procedimientos en el expediente evaluado																								
Expediente Cumple																								

Mes: _____ Año: _____ No. de Expediente																							Promedio
Criterios de verificación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	1	0	N/A
El personal de salud que brinda la consejería proporciona información, orientación y apoyo educativo a la puérpera sobre los métodos anticonceptivos en cuanto a: – Efectividad anticonceptiva. – Indicaciones, contraindicaciones y precauciones. – Forma de administración. – Lineamientos generales para la prescripción. – Duración de la protección anticonceptiva. – Seguridad, efectos colaterales y conducta a seguir. – Necesidad de seguimiento, evaluación y reforzamiento de la protección anticonceptiva. – Cuando proceda, información sobre el costo Nota: El criterio se cumple si, se observaron o están descritos todos																							
El personal que brinda la consejería toma en cuenta que la decisión y consentimiento responsable e informado de la puérpera debe ser respetado.																							
El personal que brinda la consejería constata que la puérpera ha comprendido la información completa sobre las características, uso y riesgos de los diferentes métodos, así como su responsabilidad por el buen uso de estos.																							
En virtud de que no existe un método 100% efectivo, el personal que brinda la consejería le explica a la puérpera que ella asume el riesgo de la falla de cada método.																							

Mes: _____ Año: _____ No. de Expediente																							Promedio
Criterios de verificación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	1	0	N/A
En caso de que la aceptación de métodos anticonceptivos permanentes el personal de salud después de la consejería escribe en el conocimiento de que la puérpera acepta sobre la irreversibilidad del procedimiento y se debe ratificar por escrito (consentimiento informado).																							
Expediente Cumple																							
Promedio Global																							

2.1.13 INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO PROTOCOLO DE ATENCION DEL PUERPERIO

Indicador: Porcentajes de mujeres con atención post aborto que recibieron un MAC moderno.
Anotar 1 en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (**Se Cumple**). Si el criterio no es satisfactorio (**No Se Cumple**), anotar **0**. Registrar **NA (No Aplica)**.

Región de salud			Establecimiento de Salud			Equipo Evaluador																								
Mes:	Año:	No. de Expediente																										Promedio		
Criterios de verificación			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20								
El personal de salud brinda consejería y orientación sobre la importancia del espaciamiento y alternativas para la regulación de la fecundidad																														
La usuaria postaborto fue orientada por el personal de salud, sobre la recuperación a corto plazo de su fecundidad y la necesidad de iniciar un método anticonceptivo cuanto antes.																														
La usuaria post aborto con historia de aborto habitual el personal de salud la refiere a la consulta especializada.																														
Toda púérpera postaborto el personal de salud la refiere a la consulta de Ginecología con cita en un plazo no mayor de dos semanas. (Ver Guías de Manejo de las Complicaciones del Embarazo).																														
El personal de salud llena la HCPB intrahospitalaria, SIP WEB plus, con la Solapa de aborto a toda púérpera o postaborto.																														
El personal de salud a las usuarias post aborto, oferta MAC, tomando como referencia el periodo en que se presenta (Primer Trimestre, Segundo Trimestre e Inmediatamente después de aborto séptico) tomando como referencia la Tabla 14. "Categorías según características personales de historia reproductiva																														
Expediente Cumple																														
Promedio Global																														

2.1.14 ATENCIÓN RECIÉN NACIDO

Atención Recién Nacido							
Estándar	Indicador	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Recolección Dato	Técnica de Aclaración
A todo recién nacido al momento de nacer se le deberá de aplicar el protocolo de atención inmediata de rutina establecido por la norma	Porcentaje de recién nacidos que recibieron cuidados inmediatos de rutina	Numerador: No. de recién nacidos que recibieron cuidados inmediatos Denominador: Total de casos de recién nacidos revisados en un periodo determinado. Fórmula: Numerador x 100 Denominador	1. Se proporciona calor local 2. Se posiciona la cabeza del recién nacido con ligera extensión del cuello (olfateo) 3. Se despeja y limpia la vía aérea si es necesario (líquido amniótico o sangre) primero la boca y después la nariz. 4. Se realiza secado del recién nacido (cefalocaudal), de preferencia con paños secos absorbentes y tibios y se cambian los húmedos por secos. 5. Se realiza estimulación a través del secado o bien mediante golpecitos en las plantas de los pies o frotando suavemente la espalda. 6. Se reposiciona la cabeza	Expediente clínicos.	Mensual	Revisión de expedientes clínicos.	Nota: Antes de la atención del recién nacido evaluar lo siguiente: • Gestación a término • LA Claro • Respira o llora • Buen tono muscular

			7. Se evalúa la respiración, FC y color. 8. Se proporciona oxígeno a flujo libre en caso de FC mayor de 100 y presencia de cianosis central 9. Se promueve el apego precoz 10. Lactancia materna en la primera hora posterior al nacimiento				
	Porcentaje de recién nacidos a quienes se les realizó/programó tamizaje neonatal.	Numerador: No. de recién nacidos que se les realizó/programó tamizaje neonatal Denominador: Total de casos de recién nacidos atendidos en el Periodo de evaluación determinado. Fórmula: Numerador x 100 Denominador	Pruebas de tamizaje metabólico neonatal: • Detección de hipotiroidismo congénito, galactosemia, fenilcetonuria, deficiencia de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa, hiperplasia adrenal congénita y hemoglobinopatías se realizarán entre el día 3-7 post natal, de preferencia entre el 3-4to día. • La técnica para tomar la muestra se realizará de acuerdo con las “Normas del Programa Nacional de Tamizaje Neonatal”.	Expediente clínicos.	Mensual	Revisión de expedientes clínicos.	Nota: Antes de realizar el tamizaje del recién nacido evaluar lo siguiente: • Gestación a término • LA Claro • Respira o llora • Buen tono muscular

2.1.15 INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO PROTOCOLO DE ATENCION INMEDIATA AL RECIEN NACIDO

Estándar: A todo recién nacido al momento de nacer se le deberá de aplicar el protocolo de atención inmediata de rutina establecido por la norma

Indicador: Porcentaje de recién nacidos que recibieron cuidados inmediatos de rutina

Anotar 1 en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio **(Se Cumple)**. Si el criterio no es satisfactorio **(No Se Cumple)**, anotar **0**. Registrar **NA (No Aplica)**.

Región de salud_____ **Establecimiento de Salud** _____ **Equipo Evaluador**_____

Mes: _____	Año: _____	No. de Expediente																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
------------	------------	-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mes: _____ Año: _____ No. de Expediente _____																							Promedio
Criterios de verificaci3n	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	1	0	N/A
A todo reci3n nacido que con las acciones de rutina no responda adecuadamente a la respiraci3n, el personal de salud le inicia las acciones siguientes:																							
1. Posiciona la m3scara cubriendo boca y nariz, asegurando que qued3 un sello herm3tico e inici3 la ventilaci3n.																							
2. Aprieta la bolsa para producir un movimiento suave del pecho y observ3 si el pecho asciende, sino fue as3 corrigi3 la posici3n de la cabeza y asegur3 el sello de la m3scara.																							
3. Ventila por un minuto y evalúa la frecuencia cardiaca.																							
4. Si el beb3 empieza a respirar y su FC era mayor de 100 x min, continúa ventilando hasta que el beb3 estuviera respirando bien.																							
5. Mantiene la vigilancia estrecha de FR, respiraci3n, temperatura y color junto a su madre.																							
6. Registra en el expediente que, si el beb3 no respiraba, o no estaba respirando bien, requería de ventilaci3n continua y lo refiere a cuidados avanzados.																							
7. El beb3 que estaba p3lido, azul o respirando muy r3pido el personal de salud lo ayuda con oxígeno por cánulas nasales o cat3ter.																							
A todo reci3n nacido inmediatamente al nacimiento el personal de salud realiza los siguientes procedimientos de rutina en el pinzamiento o ligadura y cuidados del cord3n umbilical.																							
1. Se utiliza una t3cnica rigurosamente as3ptica																							
2. Liga el cord3n umbilical a una distancia de 2.5 cm a 3 centímetros de la inserci3n umbilical, con un clamp est3ril o con 1 –2 cintas de hiladillo seco.																							
3. Verifica la presencia de 2 arterias y una vena.																							
4. Garantiza que no sangrara el muñ3n umbilical.																							
5. Limpia el muñ3n con alcohol al 70% no desnaturalizado, únicamente.																							
6. No cubre el cord3n con apósitos o gasas, para poder vigilar si sangraba o presentaba una posible onfalitis.																							
Nota: El criterio se cumple si, se observaron o est3n																							

Mes: _____ Año: _____ No. de Expediente																							Promedio
Criterios de verificación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	1	0	N/A
Promoción, protección y fomento de la Lactancia Materna																							
1. Verifica que en toda instalación de salud que ofrezca atención obstétrica y neonatal debe tener criterios técnicos y procedimientos para la “promoción, protección y fomento” de la lactancia materna exclusiva.																							
2. El personal de salud brinda consejería y demostración a las madres y familiares de los recién nacidos sobre: – Inicio, mantenimiento y duración de la lactancia materna. – Ventajas de la leche materna, técnicas de amamantamiento, extracción y almacenamiento adecuado de la leche materna. – Beneficios de la lactancia materna exclusiva y los riesgos derivados del uso del biberón y sucedáneos de la leche materna.																							
3. Verifica que en las instalaciones de salud no se permita la distribución gratuita y la promoción de sucedáneos de la leche materna.																							
4. Se garantiza que le indicaran y entregaran sucedáneos de la leche materna en aquellos casos con plena justificación médica.																							
5. Se garantiza en el establecimiento de salud que, si el recién nacido fue hospitalizado por enfermedad, se establecieron los mecanismos																							

Mes: _____ Año: _____ No. de Expediente																									Promedio
Criterios de verificación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	1	0	N/A		
El personal de salud registra al recién nacido a su egreso																									
1. Se garantiza que en todas las instalaciones que atienden parto (CONE Básico y CONE Completo) deben contar con libro de partos, donde se registre la información de todos los partos ocurridos ya sea por vía cesárea o vaginal y los acontecimientos más relevantes.																									
2. Se garantiza el registro de todos los datos del parto y nacimiento en la sección correspondiente de la Historia Clínica Perinatal.																									
3. Se garantiza que el certificado de nacimiento vivo, si el bebé nació vivo o el certificado de defunción fetal si nació muerto.																									
Expediente Cumple																									
Promedio Global																									

2.1.16 COMPLICACIONES DEL PUERPERIO (HEMORRAGIA Y TRASTORNO HIPERTENSIVO)

Complicaciones del puerperio (hemorragia y trastorno hipertensivo)							
Estándar	Indicador	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Recolección Dato	Técnica de Aclaración
A toda mujer en puerperio inmediato que presenta hemorragia postparto, se le aplica el manejo clínico según la “Guía de manejo de las complicaciones en el embarazo”	Porcentaje de puérperas con hemorragia postparto que recibió atención según la norma.	Numerador: No. de puérperas vaginal o cesáreas con hemorragia postparto que recibió atención según la norma Denominador: No. de puérperas vaginal o cesárea con hemorragia postparto atendidas en el periodo evaluado Fórmula: Numerador x 100 Denominador	Toda mujer debe ser controlada de cerca luego del parto con el fin de observar cualquier signo de HPP. (Hemorragia Post Parto) Además, debe evitarse cualquier procedimiento innecesario que aumente su incidencia, como el uso de episiotomía o de parto vaginal operatorio sin que exista una indicación clara para ello. La hemorragia cuando no puede controlarse o tratarse adecuadamente puede llevar rápidamente	Expediente clínicos	Mensual	Revisión de expedientes clínicos	El cumplimiento se verifica utilizando las listas de chequeo al momento de observar o revisar los expedientes clínicos

			al shock y a la muerte³. La mayoría de las hemorragias maternas masivas ocurren dentro de las primeras 4 horas postparto (88%) y muchos factores influyen en que la HPP sea fatal o no.				
	Porcentaje de puérperas con trastorno hipertensivo gestacional (THG) con criterios de severidad recibió atención según la norma.	Numerador: No de puérperas CON trastorno hipertensivo gestacional (THG) con criterios de severidad recibió atención según la norma. Denominador: Total, de puérperas (vaginal o cesárea) CON (THG) atendidas y registradas en el periodo evaluado Fórmula: Numerador x 100 Denominador	Hipertensión que persiste luego del puerperio en paciente no conocida hipertensa. Hipertensión Gestacional Al igual que la preeclampsia su definición involucra tres variables Embarazo ≥ de 20 semanas o durante el puerperio, Hipertensión, definida como una presión arterial sistólica ≥ a 140 mmHg y/o una presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg, tomada al menos dos veces en un lapso entre 4 horas hasta 7 días y Proteinuria, negativa: Proteínas en orina de 24 horas < 300 mg, o relación proteína/ Creatinina < 0.3.	Expediente clínicos Observación	Mensual	Revisión de expedientes clínicos	El cumplimiento se verifica utilizando las listas de chequeo al momento de observar o revisar los expedientes clínicos

			La gran mayoría de las eclampsias ocurren en las primeras 24 horas post parto. Sin embargo, se debe considerar eclampsia hasta por 8 días post parto, aunque es necesario descartar otra causa de la convulsión. Si el diagnóstico de la eclampsia se hace post parto (hasta 8 semanas), se recomienda dar la dosis de impregnación y mantenimiento de sulfato de magnesio como ya se describió. Sin embargo, no hay evidencia que nos pruebe el tiempo mínimo que se debe mantener el sulfato de magnesio posterior a la interrupción o posterior a una eclampsia post parto. Mientras no exista una evidencia contundente se recomienda mantener la dosis de un gramo por hora por 24 horas post nacimiento o por 24 horas luego de una convulsión post parto.				
--	--	--	--	--	--	--	--

Mes: _____ Año: _____ No. de Expediente																							Promedio
Criterios de verificación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	1	0	N/A
Si el sangrado no disminuye luego de 10 minutos de iniciada la oxitocina, El personal de salud administra alguno de las siguientes alternativas según disponibilidad: una ampolla de metilergonovina IM. (exceptuando pacientes hipertensas). b. Misoprostol 600 a 1000 mcg, vía sublingual o bucal (en la cara interna de los carrillos). c. Carbetocina ampolla 100 mcg vía i.v. vs i.m., una sola dosis.																							
El personal de salud al utilizar una de las tres alternativas descrita en el ítem anterior suspende la infusión i.v. de oxitocina.																							
El personal de salud administra derivados sanguíneos en base a la cuantificación aproximada de la pérdida sanguínea, a las condiciones hemodinámicas de la paciente y a los valores de los gases arteriales																							
Si persiste el sangrado 10 minutos después de administrar la Ergonovina, el personal de salud considera de acuerdo con la disponibilidad y la experiencia del proveedor de salud alguno de los siguientes manejos a realizar o Balón de Bakri o Embolización de arterias uterinas o Realice suturas hemostáticas en el útero (B-Lynch) o Ligadura de arteria uterinas y/o hipogástricas																							
Si no se puede realizar exitosamente alguno de los procedimientos descritos en el ítem anterior, el personal de salud realiza la histerectomía sin demora (total o subtotal)																							
Expediente Cumple																							
Promedio Global																							

2.1.18 INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE PUÉRPERAS CON TRASTORNO HIPERTENSIVO GESTACIONAL (THG) CON CRITERIOS DE SEVERIDAD RECIBIÓ ATENCIÓN SEGÚN LA NORMA

Indicador: Porcentaje de puérperas con trastorno hipertensivo gestacional (THG) con criterios de severidad recibió atención según la norma.
Anotar 1 en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (**Se Cumple**). Si el criterio no es satisfactorio (**No Se Cumple**), anotar **0**. Registrar **NA** (**No Aplica**).

Región de salud			Establecimiento de Salud										Equipo Evaluador												
Mes:	Año:	No. de Expediente																						Promedio	
Criterios de verificación			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	1	0	N/A
Verifica que el personal de salud admite (ingresa) a la paciente																									
El personal de salud indica el reposo relativo a la usuaria																									
El personal de salud prescribe dieta corriente a la usuaria																									
El personal de salud canaliza vena periférica a la usuaria con sello de heparina																									

Mes: _____ Año: _____ No. de Expediente _____																									Promedio
Criterios de verificación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	1	0	N/A		
El personal de salud indica los siguientes exámenes de Laboratorios 1. BHC 2. urinalisis (proteínas en orina) 3. Transaminasa oxaloacética (AST) 4. Transaminasas glutamicopirúvica (ALT) 5. DHL 6. Creatinina 7. Nitrógeno de Urea 8. Glicemia 9. Radio de proteína/creatinina en orina al azar 10. TP, TPT, fibrinógeno 11. Proteína en orina de 24 horas 12. Depuración de creatinina Nota: El criterio se cumple si, están descritos todos los exámenes en el expediente evaluado																									
Verifica que el personal de salud aplique una dosis de carga de 4 g por vía intravenosa de sulfato de magnesio diluidos en lactato ringer o solución salina normal en un lapso de 5-20 minutos, seguido por una dosis de mantenimiento de un (1) gramo por hora desde el diagnóstico hasta por 24 horas post parto																									
Expediente Cumple																									
Promedio Global																									

**ANEXO 3. EVALUACIÓN INTERNA: INSTRUCTIVO E
INSTRUMENTOS PLAN MEJORAMIENTO CONTINUO
DE LA CALIDAD**

3.1. INSTRUMENTO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD CON CICLOS RÁPIDOS DE MEJORA (PEVA)

Región Sanitaria: Anote la región de salud al cual pertenece la unidad de salud que está documentando el mejoramiento continuo de la calidad con ciclo rápido de mejora (PEVA).

Nombre del establecimiento de salud: Anote el nombre de la unidad de salud que está documentando.

Problema o proceso de atención a mejorar: Registre el proceso global a mejorar mediante las intervenciones necesarias para alcanzar el cambio. Por ejemplo, uno de los procesos de atención a: Preconcepción, planificación familiar, embarazada, parto, recién nacido, puerperio, complicaciones y Código Rojo. El equipo de mejoramiento debe analizar el problema del proceso a mejorar, tomando como referencia los resultados del monitoreo del estándar de calidad y, además, la lista de chequeo correspondiente, en la cual el equipo de mejoramiento identifica el criterio que menos se está cumpliendo.

Brechas o fallas en la calidad del proceso de atención a mejorar: Según el análisis del problema realizado, anote en esta columna el o los criterios de más bajo cumplimiento. Ej. No se determina el IMC para evaluar el estado nutricional de la embarazada, y cuando se realiza, no se utiliza para evaluar el estado nutricional o bien se pesa, pero no se evalúa el incremento de peso materno.

Causas probables de fallos o brechas identificados en el proceso de atención a mejorar: Según el análisis del problema, el equipo de mejoramiento, junto con las personas involucradas en el proceso de atención, identifican las causas probables de incumplimiento, Anote en esta columna, las causas que podrían ser modificadas con intervenciones factibles y de bajo costo. Ej. Si el problema identificado es que no se determina el IMC para evaluar el estado nutricional de las embarazadas y cuando se realiza no se utiliza para evaluar el estado nutricional, o se pesa, pero no se evalúa el incremento de peso materno. Las causas probables serán:

- a) Desconocimiento de cómo determinar el IMC
- b) Desconocimiento de la tabla de IMC que permite la evaluación del estado nutricional de la embarazada
- c) No saben dónde registrar el IM.

Objetivo de mejoramiento ¿Qué estamos tratando de lograr? En este inciso el equipo de mejoramiento selecciona el criterio más bajo en el cumplimiento del estándar y éste debe ser expresado como objetivo de mejoramiento. Recuerde que el criterio seleccionado se toma de la lista de chequeo. -Ej. El criterio que menos se cumple en la atención a la embarazada, es la determinación del estado nutricional con base en el IMC. Por lo tanto, al plantear el objetivo de mejoramiento, se debería escribir de la siguiente manera: Que al 100% de las embarazadas que acuden a su APN se les evalúe el estado nutricional con base en la determinación del IMC y el incremento de peso materno.

Indicador para medir si el cambio implementado produjo una mejora en el proceso: En este inciso el equipo de mejoramiento debe formular un indicador que permitirá medir si el objetivo de mejoramiento se logró. Debe anotar el indicador de acuerdo con el criterio antes seleccionado para mejorar.

Cambios para lograr el objetivo de mejoramiento ¿Qué haremos?: Una vez identificadas las causas de incumplimiento, siempre con la experiencia de las personas que participan en el Ciclo rápido de mejora, deben identificar ideas generales, que permitirían lograr mejores resultados. La pregunta que haría es: ¿Qué haremos para superar las causas de los fallos o brechas identificados? Ej. 1.Capacitar al personal de salud en la determinación del IMC.

2. Divulgar en el personal de salud las nuevas intervenciones para reducir mortalidad materna y neonatal.

Ciclo PEVA (Planear, Ejecutar, Verificar y Actuar): El ciclo rápido de mejora continua se conoce también con los nombres de Shewhart o de Deming o de ciclo PDCA o PEVA. Consta de 4 pasos: Planear, Ejecutar, Verificar y Actuar.

En cada paso se especifican elementos a los que el EMCC debe dar seguimiento para asegurar su cumplimiento y, por ende, el ciclo PEVA produzca los resultados esperados.

PLANEAR-EJECUTAR: Una vez que el equipo realiza el análisis de los fallos o brechas de la calidad de atención e identifica las causas, el siguiente paso es:

- **¿Qué actividades realizaremos para lograr los cambios?:** El equipo una vez consensuadas las ideas de cambio, debe escribir para cada idea de cambio, las actividades que permitirán el cumplimiento del objetivo de mejoramiento. La pregunta que se hará es:
- **¿Cómo lograremos los cambios?** Ej. Si los cambios a implementar fueron: 1. Capacitar al personal de salud en la determinación del IMC y 2. Divulgar en el personal de salud las nuevas intervenciones para reducir mortalidad materna y neonatal. En esta columna se debe anotar el cómo se harán las capacitaciones; es decir, para la primera actividad que es capacitación al personal de salud, se debe registrar la manera cómo los van a capacitar; en este caso puede ser: utilizando la metodología de Abordaje Basado en Problema, educación continua o haciendo preguntas diarias de conocimiento en el personal, etc. En la segunda actividad, que se refiere a divulgación, se debe especificar por ej. Colocar afiches, colocar recordatorios en los expedientes de las embarazadas que acuden a su APN.
- **Fecha de cumplimiento:** Anotar la fecha en que se ejecutarán cada una de las actividades para dar cumplimiento a las ideas de cambio. Para cada actividad determinar la fecha en que ésta será cumplida. Usualmente, el ciclo rápido se debe desarrollarse en un período corto de 10 a 15 días, máximo un mes.

- **Responsables:** Registrar los nombres y apellidos de las personas responsables de dar seguimiento al cumplimiento de las actividades planificadas.

VERIFICAR: Una vez que el equipo de mejoramiento tiene los resultados del monitoreo, utilizando la lista de chequeo e identificado el criterio que menos se cumple, se debe realizar lo siguiente: a) Anotar cuál fue el resultado inicial o que dará inicio al ciclo PEVA. Ej. De 20 expedientes revisados 4 cumplieron los criterios. El resultado es 20%. b) Cada semana, hasta completar un mes, el equipo de mejoramiento revisará el cumplimiento del criterio seleccionado a mejorar, y escribirá la fecha y el porcentaje encontrado. Ej. Revisar 5 expedientes de atención prenatal para verificar si se anota la fecha y el porcentaje encontrado. c) En la última medición, el equipo debe anotar el resultado obtenido, en porcentaje, del indicador que el equipo ha seleccionado, después de finalizado el ciclo de mejora. Por ej. De 20 expedientes revisados 15 cumplieron los criterios. Ej. El resultado después de haber implementado los cambios fue de 75%. Puede ocurrir que solo haya requerido de una medición y se haya alcanzado una mejoría, y esa sería la última medición, pero también puede ser que en esta primera medición haya sufrido modificaciones importantes y que necesitó de mediciones posteriores hasta alcanzar el 90 a 100 % de cumplimiento.

ACTUAR: Una vez que se cuenta con los resultados del inicio y la finalización del ciclo rápido de mejora, el equipo de mejoramiento hace el análisis de ambos resultados y evalúa lo siguiente: a) El resultado fue altamente efectivo, entonces podemos decir que sí funciona y que podemos expandirlos a otra área, a otra institución, etc., que podemos documentarlo y reflexionar sobre lo aprendido. b) El resultado fue efectivo, pero no lo suficiente, entonces el equipo debe revisar los cambios, las actividades y hacer ajustes. c) El resultado no fue efectivo o no hubo mejoría, el equipo deberá volver a revisar las causas, las ideas de cambios y las actividades, incluso si el personal responsable realizó lo que tenía que hacer.

Recomendaciones finales para el EMCC: Dos aspectos importantes que debe manejar el equipo de mejoramiento. a) Los cambios que fueron efectivos deben ser incorporados en el gráfico sujeto de análisis y en el mes que se propusieron realizar el ciclo de mejora. b) En caso de que el ciclo rápido de mejora realizado no se haya tomado de los resultados obtenidos en la base de datos de estándares de calidad, se debe generar un gráfico para mostrar los resultados obtenidos.

3.1 INSTRUMENTO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD
CON CICLOS RÁPIDOS DE MEJORA (PEVA)

Instrumento para el mejoramiento continuo de la calidad con Ciclos Rápidos de Mejora (PEVA)

Región: _____ Establecimiento de salud: _____

Problema o proceso de atención a mejorar: _____

Brechas en la calidad del proceso de atención a mejorar	Causas de la brecha o fallas identificadas en el proceso de atención

Objetivo de mejoramiento ¿Qué estamos tratando de lograr?

¿Indicador para medir si el cambio implementado produjo una mejora en el proceso?

Cambios para lograr el objetivo de mejoramiento ¿Qué haremos	Ciclo PEVA (Planear, Ejecutar, Verificar y Actuar)				
	Planear-Ejecutar				
	¿Qué actividades realizaremos para lograr los cambios?	Fecha de cumplimiento	Responsables	Resultados de la medición del indicador o criterio(s) a mejorar seleccionado	De acuerdo con los resultados de la última medición, concluir lo siguiente:
				Resultado que originó el ciclo PEVA: % 1. Medición: Fecha____%____ 2. Medición: Fecha____%____ 3. Medición: Fecha____%____ 4. Medición: Fecha____%____ Última Medición: %____	1. El/los cambios funcionan bien EXPANDIR los CAMBIOS 2. El/los cambios funcionan, pero necesita ajustar los CAMBIOS 3. El/los cambios no funcionan DETERMINAR O FORMULAR NUEVOS CAMBIOS

**ANEXO 4. EVALUACION INTERNA Y EXTERNA:
INSTRUCTIVO E INSTRUMENTO DE MONITOREO DEL
PLAN MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD**

4.1. INSTRUCTIVO PARA EL MONITOREO DEL PLAN CONTINUO DE LA CALIDAD CON CICLOS RÁPIDOS DE MEJORA (PEVA)

Instructivo para el Monitoreo del plan continuo de la calidad con Ciclos Rápidos de Mejora (PEVA)

Uso: Este instrumento es utilizado para la evaluación interna (autoevaluación) como la Evaluación externa.

La lista de criterios a utilizar cuenta con una sección para registrar datos generales: nombre de la Región de Salud y Establecimiento de Salud al que se brinda asistencia técnica, los cargos y nombres de quienes realizan el monitoreo y de los participantes de la visita, así como la fecha de realización. Está estructurada en columnas, una primera donde se describen aspectos deseados en las unidades de salud, y las otras, donde han de marcar el nivel alcanzado para cada aspecto, así como la descripción breve de la situación encontrada y anotaciones de acciones de mejora acordadas. Cada aspecto contiene criterios cuyo cumplimiento se verifica por medio de la revisión de formatos, cuadernos, expedientes clínicos, registro de información en bases de datos y de la evidencia de documentación del análisis y cambios implementados.

Para el llenado de la lista debe realizar lo siguiente:

- a) Realizar la verificación del cumplimiento de los diferentes contenidos o aspectos enunciados en la lista.
- b) Marcar con una X en las casillas de cumplimiento de acuerdo con las evidencias encontradas según la siguiente calificación:
 - **Satisfactorio:** Cuando lo enunciado en el criterio monitoreado se cumple en su totalidad.
 - **Insatisfactorio:** Cuando lo enunciado en el criterio se cumple parcialmente o no se cumple
 - **No observado:** Cuando lo enunciado en el criterio no fue monitoreado.
 - **No aplica:** Este corresponde a las actividades que no se realizan en la unidad de salud por su nivel de competencia y, por ende, no son sujetas de monitoreo.
- c) En la casilla de Situación Encontrada describir brevemente los hallazgos relevantes u otra información adicional relacionados al avance del criterio monitoreado.
- d) Describir en la última columna las Acciones de Mejora Acordadas como parte fundamental del monitoreo.

Instrumento para el Monitoreo del plan continuo de la calidad con Ciclos Rápidos de Mejora (PEVA)

Región de salud _____ Establecimiento de Salud _____						
Nombre y Cargo quien realiza el monitoreo						
Participantes						
Cargo			Nombre y Apellidos			
Criterio de Verificación para mejorar	Satisfactorio	Insatisfactorio	No observado	No aplica	Situación encontrada en Acciones de mejora la unidad de salud (hallazgos acordados relevantes u otra información adicional	Acciones de mejora acordadas