

Protocolo para el Levantamiento de Datos Administrativos en Centros de Salud

Consultoría para Evaluación de Programas de Fortalecimiento de Redes
de Salud en Bolivia (Aseguramiento de Calidad de Encuestas)

Año 2024

Elaborado por: Mario Navarrete, Consultor

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVO GENERAL.....	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
PROTOCOLO	4
MUESTRA	4
INFORMACIÓN A COLECTAR.....	5
PROGRAMA DE CAPTURA DE INFORMACIÓN	5
ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO	6
CAPACITACIÓN Y SELECCIÓN DEL PERSONAL.....	6
PRUEBA PILOTO	6
PROGRAMA DE TRABAJO EN CADA ESTABLECIMIENTO	7
DESARROLLO DEL TRABAJO DE CAMPO.....	7
VALIDACIÓN DE LA BASE DE DATOS CONSOLIDADAS	8
REPORTE FINAL	8
ANEXO 1: FORMULARIO D7	10
ANEXO 2: INFORME DIARIO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	11
ANEXO 3: FRECUENCIA DE DERIVACIONES A OTROS ESTABLECIMIENTOS.....	12

Introducción

El presente documento tiene como propósito establecer los principales lineamientos para los profesionales que realizan, durante las visitas, el levantamiento de información en los centros asistenciales de salud. El protocolo especifica los objetivos, diseño, metodología y procedimiento que se emplearán para la observación, interpretación y análisis de la información. Para el caso del presente estudio, el protocolo que se presenta a continuación, se explicarán los pasos que se llevarán a cabo para recopilar la información de datos administrativos provenientes de fichas de referencias y registros de urgencias de distintos tipos de establecimientos de salud de El Alto y La Paz. Dentro de los puntos Preparación y Ejecución se explica la metodología que se utilizará para realizar el levantamiento de información.

Objetivo general

Establecer los protocolos necesarios para realizar el levantamiento de una muestra de datos de tipo administrativo, provenientes de fichas de referencias y de registros de ingresos a urgencias en 3 momentos de tiempo; en el año anterior (2013) a la entrada en función del hospital de El Alto Norte, en el año anterior (2019) a la entrada en función del hospital de El Alto Sur y el año 2023 con la red ya funcionando de manera regular.

Objetivos específicos

- Identificar las actividades de preparación necesarias para la colecta de la información deseada.
- Especificar las características del procedimiento para el levantamiento de información mediante fichas de referencias y registros de ingresos a urgencias.

Protocolo

Muestra

El marco muestral para los indicadores relativos a las referencias corresponde a los formularios de referencia de los hospitales tipo 2 y 3 de El Alto para los años 2013, 2019 y 2023, a saber:

- Hospital Boliviano Holandés.
- Hospital municipal Boliviano Coreano.
- Hospital municipal modelo Boliviano Japonés.
- Hospital municipal Los Andes.
- Hospital de El Alto Norte
- Hospital de El Alto Sur

Se debe obtener una muestra de fichas de referencias para esos años de tamaño total de 10.000 referencias que se deben distribuir en 2.000 para el año 2013, 4.000 para el año 2019 y 4.000 para el 2023.

Respecto de las urgencias, el marco muestral es el ingreso a urgencias en el Hospital de Clínicas para los años 2013, 2019 y 2023. El total de casos a obtener es de 3.000 a razón de 1.000 para cada año.

Distribución de la muestra por año y tipo de ficha

Distribución	2015	2019	2023	Total
Referencias	2000	4000	4000	10.000
Urgencias	1000	1000	1000	3.000
Total	3.000	5.000	5.000	13.000

Para la selección aleatoria de formularios de referencia y de ingresos en los establecimientos seleccionados se debe realizar un muestreo sistemático con un paso de inicio aleatorio. Este procedimiento deberá ser validado directamente en los establecimientos ya que esto depende de la organización que tengan los archivos hospitalarios. Es la firma consultora la responsable de ejecutar el proceso de muestreo en los establecimientos.

Información a coleccionar

La Información que se ingresará para la referencia es la siguiente:

- Nombre del establecimiento de origen
- Fecha de envío de referencia
- Municipio
- N° de H.C
- Sexo
- Estado civil
- Diagnósticos presuntivos
- Motivo de la referencia
- Establecimiento de salud receptor

Esta información aparece destacada en amarillo en el Anexo 1 "Formulario D7".

En tanto que para las fichas de ingreso a urgencias se ingresará la siguiente información:

- Nombre del establecimiento receptor
- Fecha de Ingreso
- N° de H.C.
- Edad
- Sexo
- Diagnóstico
- Codificación CE 10
- Referencia de

Programa de captura de información

Se desarrollará una aplicación CAPI para ser utilizada en equipos Androide o bien notebook Windows. Este programa de captura debe contener validaciones que eviten al máximo las posibilidades de error de la información ingresada. Para cada caso ingresado se debe registrar la hora de inicio y fin del ingreso de cada registro.

Con el fin de proteger la seguridad de la información no se contempla el ingreso de datos sensibles respecto de cada caso y el ingreso a la aplicación debe contemplar protección por usuario y clave.

La herramienta a utilizar para la creación del cuestionario CAPI es CSPro o similares. Esta previsto que el BID provea esta aplicación CAPI a la firma consultora.

La información se debe consolidar diariamente y los eventuales problemas o faltas de información deben ser corregidos por el personal de la firma consultora directamente en los establecimientos de salud.

Organización del trabajo de campo

Para la recolección de información la firma encuestadora debe conformar un equipo integrado por un coordinador general y dos o más supervisores de grupo a cargo cada uno de ellos del equipo de encuestadores. El número de encuestadores por equipo debe ser 3 o 4.

El supervisor del equipo deberá solicitar al encargado(a) del establecimiento, el espacio necesario para realizar el ingreso de la información, idealmente en donde se puedan desarrollar sin distracciones ni interrupciones y en un contexto tranquilo. El horario elegido para realizar el ingreso de información no deberá interferir en el normal desarrollo de las actividades cotidianas del establecimiento.

Diariamente el personal de campo deberá sincronizar la información ingresada.

Capacitación y selección del personal

La firma consultora deberá seleccionar un grupo de personas mayor al que se requerirá para el levantamiento de información, esto con el fin de entrenar a este grupo de personas y posteriormente realizar un proceso de selección de acuerdo a los conocimientos adquiridos durante la capacitación, esto nos asegura primero que trabajaremos con un equipo que tiene los conocimientos previos necesarios para realizar el trabajo, y en segundo lugar, que contaremos con un respaldo de encuestadores ya capacitados en caso de haber deserciones o incumplimientos.

El proceso de capacitación y selección de personal será apoyado por el consultor en aseguramiento de calidad.

Para poder llevar a cabo la capacitación, se elaborará material didáctico para que los participantes puedan despejar posibles dudas. De esta manera también se les entregarán modelos de las fichas de referencias y de urgencias.

La capacitación se estima que puede desarrollarse en un día.

Prueba piloto

Una vez seleccionado el personal, se procederá a realizar una prueba piloto para así verificar que el aplicativo esté funcionando correctamente y poder corregir posibles incongruencias que se encuentren. También permite:

- Poner a prueba los protocolos
- Probar la aplicación CAPI
- Probar el proceso de sincronización de la información ingresada
- Validar el sistema de monitoreo y seguimiento
- Reforzar instructivos en base a dudas

Finalizado el piloto se generará un informe que recoja las principales conclusiones del piloto y se procederá a corregir los protocolos, programas e instrumentos si así se justifica.

Programa de trabajo en cada establecimiento

La firma consultora establecerá un programa de trabajo en el cual especifique las fechas en las cuales el personal de la misma concurrirá a efectuar el ingreso de información en cada establecimiento, este programa deberá ser validado en cada establecimiento con los responsables de los mismos y se deberán tomar las medidas necesarias para no interferir en el desarrollo de las actividades de dicho establecimiento. Las actividades a desarrollar en cada establecimiento serán al menos las siguientes:

- Establecer contacto con autoridades del establecimiento de salud por parte del Supervisor
- Entrega de carta de presentación de la investigación
- Toma de contacto con área de estadísticas del establecimiento
- Validación de estrategia de muestreo
- Selección de formularios de referencia y o fichas de registro con casos de ingresos a urgencia
- Ingreso de la información
- Posterior al ingreso se deberá restablecer la documentación en el estado que se encontraba antes de su transcripción.
- Finalizado el trabajo en el establecimiento se debe agradecer a las autoridades del centro de salud.

Desarrollo del trabajo de campo

La firma consultora desarrollará el trabajo de campo según el plan de trabajo establecido, velando con que el equipo de campo cuente a cada momento con los medios necesarios para realizar su trabajo en los establecimientos de salud.

Especial énfasis se debe tener en el ingreso de información de calidad y que sea el reflejo de la información contenida en los documentos originales.

Será obligatorio que la información se consolide el mismo día de su ingreso.

Toda la información recopilada será ingresada de manera ordenada y sistemática, asegurándose de registrar correctamente cada dato. Para mantener un control de la calidad de los datos que se van recopilando, la base de datos será revisada diariamente para identificar incongruencias y poderlas corregir a tiempo. Adicionalmente, se elaborarán indicadores de calidad para conocer el desempeño de los encuestadores.

De manera periódica se tendrán reuniones con el consultor de aseguramiento de calidad del estudio con la finalidad de comentar los principales hallazgos que surjan del análisis regular de la información ingresada.

Validación de la base de datos consolidadas

Una vez finalizado el proceso de recolección de información se verificará la base de datos para evitar que se haya cumplido el ingreso de la cantidad de registros esperados en la muestra, que no existan duplicados, ni valores fuera de rango o registros incompletos. Si se detectase alguno de los errores antes mencionados, la firma consultora deberá proceder a su corrección concurriendo para ello al establecimiento de salud donde ocurrió el problema detectado.


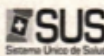
Finalizado este proceso se generará la base de datos que será utilizada por el equipo de investigación.

Reporte final

La firma consultora elaborará un informe final del trabajo de campo que contenga los resultados del levantamiento de datos, incluyendo hallazgos, conclusiones y recomendaciones.

También se deberá incluir sugerencias que permitan mejorar la colecta de información en el caso de realizar estudios similares en el futuro.

Anexo 1: Formulario D7


FORMULARIO D7
REFERENCIA No. X


Emisión: 23/08/2021 14:53

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD REFERENTE (C1)

Nombre del establecimiento: _____
Nivel de EESS: _____ **SELLO DEL EESS QUE REFIERE:** _____
Red de Salud: _____ **Municipio:** _____ **Fecha llenado:** _____
Fecha de envío: _____ **Tel/Cel del EESS:** _____

IDENTIFICACION DEL PACIENTE (C2)

Paterno: _____ **Materno:** _____ **Nombres:** _____ **Ap. casada:** _____
C.I.: _____ **Fecha nacimiento:** _____ **Edad:** _____
Domicilio: _____ **Tel./Cel.:** _____
N° DE H.C.: _____ **Procedencia:** _____
Sexo: _____ **Estado civil:** _____ **Nacionalidad:** _____ **Seguro:** NO
Persona con discapacidad: _____ **Tipo de discapacidad:** _____ **Grado de discapacidad:** _____
Nombre del acompañante: _____ **Parentesco:** _____

DATOS CLINICOS Y SIGNOS VITALES (C3)

F.C.: _____ **F.R.:** _____ **P. A: mmHg.** _____ **Temp.:** _____ **Peso: Kg.** _____ **Talla: mts.** _____
GLASGOW: _____ **SPO2:** _____ **IMC:** _____
ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS: F.U.M.: _____ **G.:** _____ **P.:** _____ **A.:** _____ **C.:** _____ **F.P.P.:** _____ **R.P.M.:** _____
F.C.F.: _____ **Nro. controles prenatales:** _____ **Maduración pulmonar:** _____
Parto: _____ **Tipo parto:** _____ **Fecha hora parto:** _____
RN: Edad gestacional: _____ **sem.** _____ **Liq. Amniótico:** _____ **Peso:** _____ **gr.** _____ **Talla:** _____ **cm.** _____
P.C.: CM. _____ **P.T.:** CM. _____ **Apgar** _____ **Primer minuto:** _____ **5 minuto:** _____

RESUMEN DE ANAMNESIS Y EXAMEN FISICO (C4)

Estuvo internado: _____ **Días de internación:** _____

REALIZO EXAMENES COMPLEMENTARIOS DE DIAGNOSTICO (C5)

Hallazgos llamativos: RX: _____ Laboratorio: _____ Ecografía: _____ Tomografía: _____ Otros especifique: _____

DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS (C6)

TRATAMIENTO (C7)

OBSERVACIONES (C8)

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRASLADO (C9)

Yo, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX de XXXXXXXX años de edad, habiéndome informado sobre el cuadro clínico, autorizo al médico tratante y personal de salud del establecimiento, realizar la referencia, teniendo en cuenta que he sido informado claramente sobre los riesgos, el traslado y posibles tratamientos, procedimientos durante el traslado e internación... y beneficios que se puede presentar.
Firma usuario: _____ **C.I.:** _____ **Firma acompañante:** _____ **C.I.:** _____

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ENVIA AL USUARIO O RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE REFIERE (C10)

Nombre: _____ **Cargo:** _____ **Firma y sello:** _____
NRO. DE TEL/CEL CONTACTO DEL MEDICO QUE ENVIO: _____
NOMBRE DEL PERSONAL DE SALUD QUE ACOMPAÑA: _____

MOTIVO DE REFERENCIA (C11) SOLO MARQUE UNO

URGENCIA (1) **EMERGENCIA (2)** **CONSULTA EXTERNA (3)** **SERVICIOS / ESPECIALIDAD (4)**

ESTABLECIMIENTO DE SALUD RECEPTOR (C12)

Nombre del establecimiento: _____ **Subsector:** _____ **Nivel:** _____
Persona contactada: _____ **Reportado al CCES a:** _____
Medio de comunicación: _____
Nombre de quien recibe al usuario: _____ **Hora de llegada:** _____ **Hora de recepción:** _____
Fecha de recepción: _____


CALIFICACION POR EL ESTABLECIMIENTO RECEPTOR
 colocar SI o NO

A	J	O


FIRMA, SELLO DEL MEDICO RESPONSABLE: _____

SELLO DEL ESTABLECIMIENTO RECEPTOR: _____

Anexo 2: Informe diario del servicio de emergencia



INFORME DIARIO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

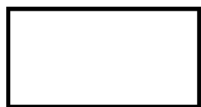


ESTABLECIMIENTO: _____
NOMBRES Y APELLIDOS DEL MEDICO: _____

FECHA: _____
 DIA _____ MES _____ AÑO _____

HORARIO DE ATENCION: De _____ A _____
TITULAR ☐
SUPLENTE ☐

N° MATRICULA _____
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO:



N°	N° de Historia Clínica o N° de Asegurado	Apellido Paterno, Materno y Nombres	TIPO DE PACIENTE	HORA - MINUTOS (Ingreso)	HORA - MINUTOS (Egreso)	EDAD Y SEXO		EXAMENES COMPLEMENTARIOS							DIAGNÓSTICO	CIE-10	TRATAMIENTO	INTERNACIÓN	REFERENCIA DE	REFERENCIA JUSTIFICADA	REFERENCIA ADECUADA	REFERENCIA OPORTUNA	CONTRAREFERENCIA	CURACIONES			
						M	F	Laboratorio	Rayos X	Ecografía	Tomografía	Endoscopia	Electrocardiograma	Otras										Mayores	Medianas	Menores	Suma
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	
1														1- 2-													
2														1- 2-													
3														1- 2-													
4														1- 2-													
5														1- 2-													
6														1- 2-													
7														1- 2-													
8														1- 2-													

Anexo 3: Frecuencia de derivaciones a otros establecimientos

RED_DE_SALUD	ESTABLECIMIENTO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
HOSP.TERCER NIVEL EL ALTO	HOSPITAL DE EL ALTO SUR											82	373	364	649
HOSP.TERCER NIVEL EL ALTO	HOSPITAL DEL NORTE							73	354	18	286	140	58	433	316
RED BOLIVIANO HOLANDES	12 DE OCTUBRE	212	220	216	212	454	621	410	69	347	394	279	364	551	858
	ALPACOMA BAJO	23	28	45	44	46	81	68	230	48	114	61	72	105	139
	HOSP. BOLIVIANO HOLANDES	261	374	426	307	240	275	281	918	499	1206	673	83	1594	1165
	M. MADRE DE DIOS V. D.	234	306	311	403	467	348	652	843	605	595	470	826	1159	1392
	ROSAS PAMPA	466	642	473	514	659	332	831	975	934	905	753	718	1206	1538
	SANTA ROSA (LPZ-EL ALTO)	134	267	231	465	614	716	694	1367	993	1275	1110	1191	1427	1623
	SANTIAGO I	460	170	155	281	710	785	962	909	947	989	1023	1046	1191	1597
	VILLA EXALTACION	234	377	469	546	1161	1337	1075	5665	1155	1080	657	613	710	403
RED COREA	1RO DE MAYO	663	680	355	257	356	806	708	256	1000	1386	798	1152	1603	1790
	3 DE MAYO	138	332	178	127	152	387	480	160	274	1102	664	524	922	987
	6 DE JUNIO		20	47	71	111	64	121	67	153	190	184	386	442	420
	ALTO CHIJINI- U.V.A.							17	240	324	587	427	606	732	799
	ASUNCION SAN PEDRO	159	185	169	66	267	283	328	692	283	307	194	166	198	241
	CALAMA	99	156	131	220	348	447	624	83	760	733	430	679	926	855

	CHIJINI CHICO- U.V.A.							24	935	141	207	205	242	288	364
	COPACABANA					47	162	385	533	986	1190	542	570	663	893
	COSMOS 79	195	148	217	231	493	653	493	438	819	1248	1332	1269	1451	1929
	HOSPITAL MUNICIPAL BOLIVIANO COREANO	83	121	146	440	490	542	649	315	587	852	706	1132	1610	1894
	LUIS ESPINAL (EL ALTO)	431	431	343	269	244	463	537	1402	310	460	415	442	672	797
	NUEVOS HORIZONTES	68	71	168	466	880	1116	1300	376	1659	1936	1278	1301	1613	1959
	PREFECTURAL	25	31	33	89	291	187	119	191	704	796	559	508	569	559
	ROMERO PAMPA	126	87	64	28	111	65	124	210	245	307	330	346	532	427
	SAN JOSE DE CHARAPAQUI II							53	95	341	614	347	447	620	807
	SAN JUAN KENKO	55	164	270	51	145	177	62	283	219	333	190	149	327	389
	SAN MARTIN	2	20	24	37	308	258	364	383	290	662	562	761	983	1046
	SANTIAGO II	518	310	301	295	357	283	415	205	676	782	506	815	812	866
	URBANIZACION KENKO	462	450	388	177	397	254	232	1465	393	490	394	365	435	587
	VILLA ADELA	3527	3718	3142	590	895	1128	1337	1482	1975	2075	1481	1432	2116	1933
	VILLA AVAROA	586	633	454	525	606	635	1377	10533	1721	2433	1576	1648	2125	2542
RED DE SALUD SENKATA	ATIPIRIS		6	90	153	122	185	151	243	411	685	516	726	972	1072
	HOSPITAL MUNICIPAL MODELO BOLIVIANO JAPONES	354	425	380	17	82	122	126	529	357	586	527	455	598	2701
	LOS PINOS EL ALTO	110	92	82	284	541	656	599	536	965	1210	993	1151	1689	835

	MERCEDES	856	1122	1140	125	172	189	367	1338	548	1248	1087	1169	1544	1814
	SAN FRANCISCO	168	116	96	659	682	1133	1309	491	1646	2308	1637	2322	3560	1874
	UNIFICADA POTOSI	272	505	424	126	228	430	466	300	426	618	600	730	834	835
	VENTILLA	256	289	246	148	240	276	123	3531	295	316	328	294	345	806
RED LOS ANDES	ALTO LIMA 2 SECCION						63	187	1013	179	358	420	591	739	824
	ALTO LIMA III	591	660	601	486	880	554	624	521	797	1053	1036	992	1397	1613
	ALTO LIMA IV	391	557	519	212	308	332	323	699	503	609	192	405	550	707
	CEJA EL ALTO - CRA	212	266	248	323	565	428	358	82	1397	1542	1014	1600	2273	2703
	CENTRO DE SALUD INTEGRAL COMUNITARIO CHACALTAYA							50		71	343	149	336	485	651
	CRVIR EL ALTO					2	36	45	1015	78	56	38	55	85	21
	GERMAN BUSCH		25	35	410	563	444	615	261	1067	1336	962	776	839	1292
	HOSPITAL MUNICIPAL LOS ANDES	114	160	236	233	176	169	295	1130	226	260	193	130	30	3
	HUAYNA POTOSI	201	517	185	952	1245	1362	720	313	1034	1205	875	941	1527	1050
	PLAN VIVIENDA VILLA ESPERANZA	214	221	181	12	209	261	176	1004	467	619	343	572	994	765
	PUERTO MEJILLONES	2174	3200	2905	491	812	968	847	526	1113	1122	721	621	1069	1625
	SANTA ROSA DE LIMA	180	145	142	102	247	282	519	459	399	575	443	585	705	876
	VILLA INGENIO	164	92	76	501	543	517	367	7266	1040	1694	1034	853	1309	1739
	16 DE FEBRERO	15	10	12	123	178	445	546	365	553	633	452	489	718	791

RED LOTES Y SERVICIOS	BRASIL	169	165	150	227	290	538	516	495	496	567	315	262	353	439
	FRANZ TAMAYO	127	183	238	477	345	471	651	1616	694	1054	822	843	1340	1636
	LOTES Y SERVICIOS				911	1663	1294	1750	326	2340	2453	1786	1948	2468	3276
	MERCEDARIO	79	68	42	91	122	201	298	2	580	1007	623	697	955	1060
	OCOMISTO	172	231	222	33	16	13	3	23	5	12	10	5	28	45
	POMAMAYA						2	44	404			2		1	2
	PUERTO CAMACHO	889	1026	681	62	179	307	399	470	759	878	501	508	758	809
	SAN JOSE DE YUNGUYO	1983	2157	1933	132	149	66	431	816	580	719	518	494	767	951
	SAN ROQUE (EL ALTO)	10564	12581	11446	367	665	893	1047	469	937	1508	1231	1434	2042	3108
	VILLA COOPERATIVA				107	112	182	216	1214	643	1087	953	641	823	1411
	VILLA TUNARI				415	805	1169	1197	98	1765	1854	1052	649	1568	1900
	VILLA YUNGUYO							19	6711	221	330	215	227	306	331