



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

CALIDAD EN SALUD
GUATEMALA

UNA ESTRATEGIA DE APOYO A LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL EN GUATEMALA

La Promoción y Cuidados Obstétricos
y Neonatales Esenciales (Pro-CONE)



Guatemala, septiembre de 2009

El documento fue preparado por University Research Co., LLC y producido para la revisión de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Las opiniones de los autores en esta publicación no necesariamente representan el punto de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional o el Gobierno de Guatemala.

Resumen ejecutivo

El presente documento describe el proceso de implementación de la estrategia de Promoción y Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales -Pro-CONE- en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS- de Guatemala y en las Áreas de Salud que tienen la mayor mortalidad de madres y de recién nacidos, como aporte a la política y al compromiso nacionales de reducir la mortalidad materna y neonatal en el país.

En el año 2000, la Razón de Mortalidad Materna en Guatemala fue de 153 mujeres fallecidas x 100,000 nacidos vivos, media nacional que es superada por siete departamentos del país: Alta Verapaz, Sololá, Huehuetenango, Izabal, Totonicapán, El Quiché y Petén. La gran mayoría de las muertes maternas se debió a hemorragia, ocurrió el mismo día del parto, en el hogar y en mujeres que tenían más de 3 hijos. Esta situación causa un impacto a la estabilidad del núcleo familiar y denota la disparidad y desigualdades en la sociedad guatemalteca. No hay datos exactos sobre la cobertura de atención del parto por un proveedor de salud calificado, pero los partos que se atienden a nivel institucional muestran diferencias entre el área urbana y rural y entre los grupos étnicos.

En relación con la mortalidad del recién nacido, en el año 2002 se reportó una Tasa de Mortalidad Infantil de 39 x 1,000 nacidos vivos y una Tasa de Mortalidad Neonatal de 22 x 1,000 nacidos vivos; aunque la primera ha disminuido de una manera sostenida desde el año 1987, la segunda ha permanecido prácticamente igual, lo cual denota escasos avances en la cobertura y la calidad de atención de la salud materna y neonatal. Un estudio realizado en varios hospitales de Guatemala reportó que el 44.4% de las muertes neonatales fueron evitables, siendo las principales causas las infecciones, las malformaciones congénitas y la asfisia perinatal; también se concluyó que no existe integración entre la atención materna y la neonatal y que existen brechas en la calidad de la atención.

La mayoría de las muertes maternas relacionadas con problemas obstétricos también son evitables y, en la ruta crítica que atraviesa una mujer durante el embarazo hacia la resolución del mismo, se identifica un conjunto de barreras y limitaciones que retrasan la atención de calidad para salvar su vida y que se le conoce como el Modelo de las Cuatro Demoras.

Ante esta situación, el reto es aumentar las posibilidades de atención de estas causas, en los lugares en donde ocurren y en el momento oportuno, con la participación activa de las comunidades y la implementación de intervenciones para mejorar la calidad de los servicios.

Las altas tasas de mortalidad materna y neonatal han sido objeto de atención por las autoridades del país y es así como se han realizado esfuerzos en la creación de leyes, políticas e intervenciones específicas, en el compromiso de cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio y en definir lineamientos estratégicos y planes para reducir la Mortalidad Materna y Neonatal. La Organización Mundial de la Salud -OMS- ha propuesto la estrategia de Cuidados Obstétricos Esenciales -COE- que define con precisión la cantidad y tipo de unidades de servicios para atender determinados grupos poblacionales y el Programa Nacional de Salud Reproductiva plantea las intervenciones que han demostrado ser las más eficaces para reducir la mortalidad materna y neonatal.

En este contexto, el MSPAS con el apoyo del proyecto USAID|Calidad en Salud, definió la estrategia de Promoción y Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales -Pro-CONE-, que incluye las intervenciones seleccionadas por la OMS y el PNSR, pero que también agrega intervenciones específicas para mejorar el acceso de servicios a la población y costo efectivas, probadas y accesibles para la reducción de las muertes maternas y neonatales.

La estrategia Pro-CONE incluye tres líneas de acción: la comunitaria, la básica y la de complicaciones. La línea de acción comunitaria propone la activa participación de las embarazadas, sus parejas, sus familias y la comunidad organizada en el reconocimiento de las señales de peligro, la toma de decisiones y el traslado oportuno de las embarazadas y recién nacidos con complicaciones a los servicios con proveedores calificados e incluye las intervenciones de comunicación interpersonal y medios masivos para aumentar el reconocimiento de las señales de

peligro, planes de emergencia familiar; comisiones o comités de salud con planes de emergencia comunitarios, rol activo de la comadrona para facilitar la identificación y el acceso de las complicaciones materno neonatales a los servicios, humanización y adecuación cultural del parto -HACAP-, Información, Educación y Comunicación para el Cambio de Comportamientos -IEC/CC- y Abogacía.

En la línea de acción básica se busca mejorar la calidad de la atención materno neonatal en los servicios de salud de todos los niveles e incluye la detección temprana de las complicaciones obstétricas y neonatales, el manejo inicial y la referencia de las mismas. Las intervenciones son fortalecimiento del personal de los servicios de todos los niveles de atención, mediante capacitación, tutoría y monitoreo y abastecimiento de los servicios.

La línea de acción de complicaciones pretende disminuir el número de muertes maternas y neonatales y/o la tasa de letalidad dentro de los servicios que cuentan con atención de partos a través de la oferta de cuidados obstétricos y neonatales de calidad. En esta línea las intervenciones son la definición de estándares de calidad, el cumplimiento de estándares y el mejoramiento continuo de la calidad, el registro de la atención materna y neonatal, el abastecimiento de los servicios para la atención de complicaciones materno neonatales y la capacitación clínica auto sostenible y continua.

Una de las metodologías más importantes para implementar la estrategia Pro-CONE es la de "mejoramiento colaborativo", la cual supone la conformación de equipos de mejoramiento ubicados en diferentes servicios o diferentes comunidades, los cuales trabajan sobre un mismo asunto o problema, en este caso la mortalidad materna y neonatal, junto con los estándares e indicadores a medir. Los equipos de mejoramiento continuo de la calidad -EMCC- que se conforman se comunican entre sí sus experiencias, logros, dificultades y lecciones aprendidas en forma permanente, sin depender de una coordinación central, en reuniones conjuntas denominadas sesiones de aprendizaje. El propósito es lograr la rápida identificación, adaptación y disseminación de los conocimientos y destrezas en la atención en múltiples lugares simultáneamente, así como la capacidad de superar en conjunto los obstáculos operativos que impiden la aplicación de intervenciones basadas en la evidencia. Esta metodología fortalece el proceso de monitoreo y supervisión, de manera no tradicional.

Entre cada sesión de aprendizaje transcurren de dos a tres meses, tiempo denominado como período de acción, en el cual los equipos de mejoramiento implementan mejoras en sus servicios o en la comunidad, aplicando los cuatro pasos del mejoramiento: planear, ejecutar, verificar y actuar (ciclos PEVA). En estos períodos los equipos también se comunican a través de diversos medios como teléfono, fax, correo electrónico, visitas de observación u otros.

El mejoramiento colaborativo se desarrolla en tres fases: 1) preparatoria, en la cual se definen los elementos básicos de la intervención y se conforman los equipos; 2) demostrativa, en donde los equipos prueban y documentan intervenciones innovadoras para mejorar la atención y los indicadores y 3) de expansión, en la cual se comparten las mejores prácticas y las estrategias de comunicación con otros establecimientos que no han participado en la fase demostrativa.

Las fases preparatoria y demostrativa del Pro-CONE comunitario y del básico, se realizaron en el Área de Salud de San Marcos; la expansión del básico se está realizando en los Puestos de Salud del Área de San Marcos, los Centros de Salud y hospitales de las Áreas de Alta Verapaz, Chimaltenango, El Quiché, Huehuetenango, Quetzaltenango, Sololá y Totonicapán. En los Hospitales de las mismas Áreas de Salud se están iniciando las fases preparatoria y demostrativa del ProCONE de complicaciones.

Los resultados de la fase demostrativa en el Área de Salud de San Marcos mostraron un mejoramiento en la prestación de los servicios que se reflejó en los indicadores establecidos, y se identificaron las intervenciones realizadas por los equipos que permitieron el mejoramiento. Más específicamente, en la línea de acción comunitaria se demostró que los indicadores "reconocimiento de señales de peligro en el embarazo", "reconocimiento de señales de peligro en el recién nacido" y "elaboración de plan de emergencia familiar" lograron una mejoría importante, pasando de cifras del 20% al 40% hasta conseguir estabilidad a nivel del 80%.

En la línea de acción básica se lograron avances importantes en la atención materno neonatal sin complicaciones, tales como la mejora de la atención prenatal y del puerperio inmediato, el uso regular del partograma, la aplicación del manejo activo de la tercera etapa del parto -MATEP- y la atención inmediata del recién nacido bajo criterios de calidad. Los EMCC documentaron las principales deficiencias

encontradas en las diferentes actividades concernientes a la atención materna infantil ambulatoria y normal y se identificaron e implementaron intervenciones para mejorar los estándares de calidad en la atención. Los indicadores de cumplimiento de la atención prenatal y de manejo activo de la tercera etapa del parto iniciaron en cifras de alrededor del 75% y se estabilizaron en el 95%. Los indicadores del uso del partograma y del puerperio inmediato, partiendo de cifras semejantes, se han logrado estabilizar hacia el 85%. Los cuidados rutinarios del recién nacido han evolucionado del 60% hasta el 95% y más.

Ante los resultados positivos en la fase demostrativa en San Marcos, el MSPAS decidió utilizar las lecciones aprendidas por los EMCC en los 22 servicios de San Marcos, para expandirlas, junto con las prácticas basadas en la evidencia, a otras ocho Áreas de Salud: Alta Verapaz, Chimaltenango, El Quiché, Huehuetenango, Ixil, Quetzaltenango, Sololá y Totonicapán. El Proyecto USAID|Calidad en Salud continuó dando el apoyo técnico y financiero.

Además de la inducción sobre gestión de la calidad, el mejoramiento colaborativo y del refrescamiento en Salud Materno Neonatal que recibió el personal de las siete Áreas de Salud en donde se ha ido expandiendo la experiencia de San Marcos, el MSPAS puso a su disposición un documento sobre la fase demostrativa, en el cual se describen con detalle las intervenciones que los equipos de San Marcos realizaron para lograr las mejorías.

Los primeros resultados de la expansión en atención prenatal, uso del partograma, manejo activo de la tercera etapa del parto, atención del posparto inmediato y cuidados del recién nacido, muestran que se ha obtenido un mejoramiento más rápido que en el Área de demostración, aunque hay que advertir que los indicadores iniciaron en un nivel mucho más bajo en estas áreas que en la de San Marcos. También es importante aclarar que durante la fase demostrativa se midieron los indicadores con una cifra promedio, mientras que en la de expansión se calificaron los estándares plenamente cumplidos cuando todos los criterios del estándar eran totalmente cubiertos de acuerdo con las normas.

En el mes de diciembre del año 2008, se inició la fase preparatoria de la línea de acción de complicaciones por el Viceministerio de Hospitales, con el apoyo de USAID|Calidad en Salud. Se estableció una programación para la implementación de la estrategia en los 17 hospitales

en donde se está desarrollando la línea de acción básica y en el Hospital Universitario San Juan de Dios que se incorporó. Los avances actuales han sido la revisión de estándares e indicadores para las complicaciones de hemorragia, infección/sepsis y pre-eclampsia/eclampsia en el área materna y de asfixia/depresión respiratoria, Infecciones/sepsis y prematurez/bajo peso al nacer en el área neonatal, la conformación de los equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad -EMCC- en todos los Hospitales, la realización de la primera sesión de aprendizaje y el compromiso de adelantar la línea basal.

El actual desarrollo de la estrategia Pro-CONE tiene un enorme potencial para producir las reducciones tan esperadas en la mortalidad materna y neonatal en Guatemala. El compromiso que ha tenido el MSPAS permite prever que el proceso de implementación de la estrategia va a continuar: hay el potencial de expandir las experiencias comunitaria, básica y de complicaciones a otras Áreas, oteros establecimientos y al país en el futuro. Con estos esfuerzos orientados a mejorar la atención de las madres y los recién nacidos, desde la comunidad hasta los hospitales más especializados, se podrá finalmente reducir la mortalidad materna y neonatal, prioridad del gobierno y anhelo de toda la sociedad guatemalteca.

I. Presentación

Este documento describe el proceso de implementación de la estrategia de Promoción y Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales -Pro-CONE- en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS- de Guatemala y en las Áreas de Salud que tienen la mayor mortalidad de madres y de recién nacidos.

En la primera sección se da una mirada a la situación actual de la mortalidad materna y neonatal en el país, luego se hace una descripción de las principales políticas y acuerdos nacionales e internacionales relacionados con el compromiso nacional de reducir la CONE en el contexto de las políticas nacionales, tanto en forma general como en el detalle de sus tres líneas de acción: comunitaria, básica y de complicaciones.

Posteriormente se ofrece una explicación sucinta del mejoramiento colaborativo como metodología de implementación de la Estrategia y se presentan los resultados su implementación en el Área de Salud de San Marcos, tanto en sus indicadores como en las intervenciones que permitieron conseguir las mejorías. Los resultados se refieren a las líneas de acción comunitaria y básica. Estos buenos resultados condujeron al MSPAS a hacer una expansión de la experiencia de San Marcos, en la línea de acción básica, a otras Áreas de Salud y se muestran los resultados iniciales de la expansión.

Por último, se da una información preliminar sobre el inicio de la implementación de la línea de acción de complicaciones en 18 Hospitales ubicados en 10 Áreas de Salud y se hace una breve consideración sobre el futuro de la Estrategia Pro-CONE en Guatemala.

II. Una mirada a la situación actual de la mortalidad materna y neonatal en Guatemala

De acuerdo con la Línea Basal de Mortalidad Materna 2000, la Razón de Mortalidad Materna es de 153 mujeres fallecidas x 100,000 nacidos vivos. Este valor constituye una media nacional, sin embargo es superior en siete

departamentos del país según la residencia de las mujeres fallecidas, los cuales en orden descendente son: Alta Verapaz, Sololá, Huehuetenango, Izabal, Totonicapán, El Quiché y Petén.

La gran mayoría de las muertes maternas se debió a causas directas, siendo la hemorragia la responsable de la mitad. Es importante mencionar que el 53 % de las muertes maternas ocurrió el mismo día del parto y más de la mitad ocurrieron en el hogar. La mayor parte de muertes ocurrió en mujeres que tenían más de 3 hijos, lo que causa un impacto a la estabilidad del núcleo familiar y denota la disparidad y desigualdades en la sociedad guatemalteca, así como la necesidad de promover, al mismo tiempo, los servicios de planificación familiar.

En el caso de la cobertura de atención del parto por un proveedor de salud calificado (es decir, que tenga destrezas en atención profesional del parto y manejo o referencia de las complicaciones) se desconocen los datos exactos. Se sabe que un 41% de los partos en el país son atendidos a nivel institucional (66% en el área urbana y 30% en el área rural), pero no se conoce con exactitud la competencia de los proveedores. Si se compara por grupo étnico, el 57% de la población ladina recibe atención por un proveedor institucional, contra un 20% de la población indígena.

En relación con la mortalidad del recién nacido, la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil -ENSMI- del 2002¹ reportó una Tasa de Mortalidad Infantil de 39 x 1,000 nacidos vivos y una Tasa de Mortalidad Neonatal de 22 x 1,000 nacidos vivos. A pesar de que la tasa de mortalidad infantil ha disminuido de una manera sostenida desde el año de 1987 (73 x 1,000 nacidos vivos), eso no ha ocurrido con la tasa de mortalidad neonatal (26 x 1,000 nacidos vivos en 1987), lo cual denota escasos avances en la cobertura y la calidad de atención de la salud materna y neonatal.

Un estudio realizado en varios hospitales de Guatemala² reportó que el 44.4% de las muertes neonatales hospitalarias fueron evitables. Las principales causas de muerte fueron: infecciones (57.4%), malformaciones congénitas (11.8%) y asfisia perinatal (10.2%). En el 55% de los casos hubo prematuridad y el 63% de los neonatos fallecidos tenían bajo peso al nacer. Este estudio concluyó que no existe integración en la atención materna y neonatal, tampoco existe una integración en los diferentes niveles de

¹ Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Nacional de Estadística. Guatemala, 2003

² Situación en Guatemala de la Atención Neonatal y Materna en Hospitales. OPS/OMS, USAID/Calidad en Salud. Guatemala, 2007

atención del sistema de salud, también existen brechas en la calidad de atención (cumplimiento de normas, aplicación de medicina basada en la evidencia, etc.), falta de calidez y aún malos tratos hacia lo(a)s usuario(a)s de los servicios de salud. También es conocido que la intervención que mayormente contribuye a la reducción de la mortalidad neonatal es la lactancia materna exclusiva (55-87%), la cual debe iniciarse durante la primera hora posparto y continuar con el apoyo en el alojamiento conjunto como en el hogar.

La mayoría de las muertes maternas relacionadas con problemas obstétricos también son evitables. Las causas subyacentes de las muertes maternas evitables son muchas, pero en la ruta crítica que atraviesa una mujer durante el embarazo hacia la resolución del mismo, se identifica un conjunto de barreras y limitaciones que retrasan la atención de calidad para salvar su vida. Entre ellas se encuentran:

1. Falta de conocimiento de las señales de peligro de una emergencia obstétrica de parte de las mujeres y sus familias
2. Falta de decisión para la búsqueda de atención calificada
3. Falta de acceso a la atención calificada durante el nacimiento y el cuidado obstétrico esencial
4. Una mala calidad del cuidado obstétrico.

A este conjunto de barreras y limitaciones se le conoce como el Modelo de las Cuatro Demoras.

Ante esta situación, el reto es aumentar las posibilidades de atención de estas causas, en los lugares en donde ocurren y en el momento oportuno, a través de la extensión de la atención obstétrica básica, para ayudar a las mujeres y sus familias a reconocer los signos de peligro y promover la búsqueda de atención oportuna y calificada.

Dado que las tres primeras demoras ocurren en las comunidades, la participación activa de éstas es fundamental.

La primera demora ocurre porque la mayoría de las mujeres y sus familias no pueden reconocer las señales de peligro que ponen en riesgo sus vidas o la de sus hijos aún no nacidos.

En Guatemala existe evidencia que la toma de decisión no siempre recae en la mujer que sufre la complicación, sino en el cónyuge, la suegra, la comadrona y otros miembros de la familia. A esto se le suma el desconocimiento sobre adónde acudir por ayuda, la desconfianza que existe en los servicios de salud por el mal trato o la percepción de mala calidad

y por problemas económicos. Esto constituye la segunda demora.

En la tercera demora, existen obstáculos que pueden ser de organización, porque la comunidad no está preparada para apoyar la emergencia, facilitando el traslado oportunamente; también pueden ser físicos, porque las vías de comunicación son difíciles o inexistentes; financieros, porque no hay fondos para la movilización y de infraestructura, porque los servicios de salud están muy lejanos.

Adicionalmente, a la par de implementar intervenciones para contrarrestar las tres demoras que ocurren en las comunidades, es pertinente también que el sistema de salud sea identificado por las mismas como necesario, de buena calidad y apropiado, ya que una deficiente o inoportuna atención constituye la cuarta demora.

Es por ello que definir acciones concretas para evitar esta lamentable situación es primordial, ya que cuando ocurre una muerte materna en Guatemala, las secuelas se sienten no sólo en la familia sino en la comunidad también. Los hijos huérfanos de madre pierden el lazo con sus tradiciones, su cultura y muchas veces con el principal sustento de su familia. En el caso de los cónyuges, pierden a su compañera de vida y su complemento en el hogar, por lo que se ven obligados a buscar el apoyo de sus suegras, madres, hermanas, primas o en personas ajenas para el cuidado de sus hijos.

III. Marco de Políticas y Acuerdos Nacionales e Internacionales

En el año 1996, cuando se firmó la Paz Firme y Duradera en Guatemala, la mortalidad materna era una de las más altas en América Latina, por lo que su reducción se declaró de urgencia nacional dentro de los Acuerdos de Paz.

Con el fin de reducir la mortalidad materna, el país ha realizado esfuerzos en la creación de leyes, políticas e intervenciones específicas, entre las que se puede mencionar la Ley de Desarrollo Social, la Política Nacional de Promoción y Desarrollo de las Mujeres Guatemaltecas y el Plan de Equidad de Oportunidades, todos del 2001, la Política de Población y Desarrollo del 2002 y la ratificación de instrumentos de derecho internacional en materia de derechos humanos. Asimismo, el MSPAS creó el Programa

Nacional de Salud Reproductiva -PNSR- en el mismo año 2001.

Guatemala también se ha comprometido al 2015 a cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la Organización de Naciones Unidas -ONU-, en este caso relacionados con los objetivos No. 4 de reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años en dos terceras partes, No. 5 de reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna y lograr el acceso universal a la salud reproductiva y el No. 6 de haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH y sida y la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves.

Igualmente, el país definió lineamientos estratégicos para reducir la Mortalidad Materna en el 2001, un Plan Estratégico para reducir la Mortalidad Materna en el período 2004-2008 y, recientemente en el año 2008, un Plan para Disminuir la Mortalidad Materna y Neonatal. En todos los casos, se han planteado estrategias concretas en materia de coordinación intra e interinstitucional, garantía de una atención calificada de las madres en todo su proceso reproductivo, vigilancia epidemiológica oportuna de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, asignación de recursos humanos, físicos y financieros suficientes y un modelo de supervisión, monitoreo y evaluación, tanto a nivel nacional como local.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud -OMS- ha propuesto la estrategia de Cuidados Obstétricos Esenciales -COE- que define con precisión la cantidad y tipo de unidades de servicios para atender determinados grupos poblacionales y utiliza una serie de indicadores de proceso para medir la mejoría. La estrategia COE propone que para cada grupo de población de 500,000 personas se debe contar con un establecimiento que ofrezca Cuidados Obstétricos Esenciales Completos e Integrales (que incluye manejo y resolución de complicaciones) y cuatro establecimientos que ofrezcan Cuidados Obstétricos Esenciales Básicos.

A su vez, el PNSR, dentro del Plan Estratégico para Reducir la Mortalidad Materna y Neonatal 2004-2008, plantea que las intervenciones que han demostrado ser las más eficaces para este fin son:

- La existencia y acceso a cuidados obstétricos esenciales básicos e integrales
- La asistencia del parto por proveedor calificado
- La calidad y calidez de la atención

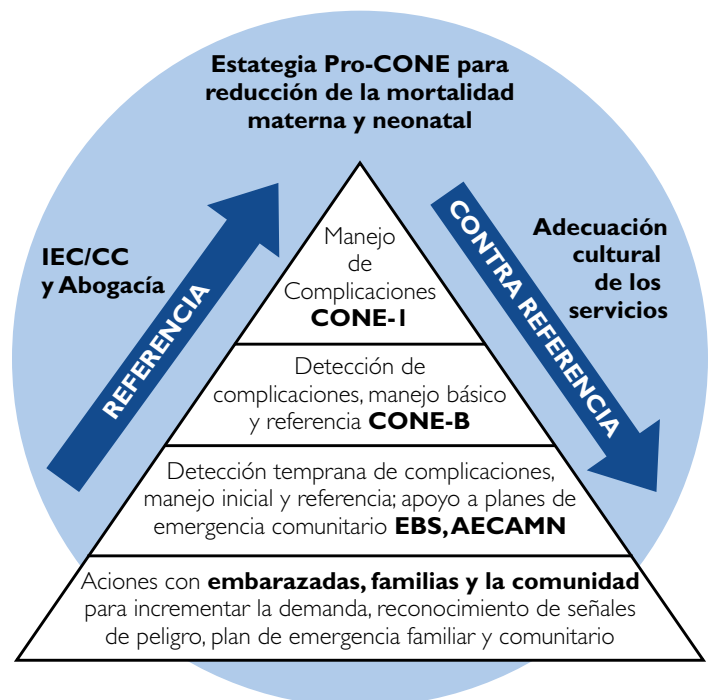
- El empoderamiento de las mujeres, sus familias y las comunidades
- El enfoque multisectorial de las intervenciones

IV. La estrategia Pro-CONE en el contexto de las políticas nacionales

Con los lineamientos antes establecidos, el MSPAS con el apoyo del proyecto USAID|Calidad en Salud, definió la estrategia de Promoción y Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales –Pro-CONE–, que incluye las intervenciones seleccionadas por la OMS y el PNSR, pero que también agrega intervenciones específicas para mejorar el acceso de servicios a la población y costo efectivas, probadas y accesibles para la reducción de las muertes maternas y neonatales.

En la figura 1 se muestran, en forma esquemática, las intervenciones de la estrategia. Se observa que en la base de la pirámide -donde ocurren la mayoría de muertes maternas y recién nacidos- están los individuos, sus familias y la comunidad y en la cúspide los servicios de salud de referencia, con sus distintas competencias.

Figura 1. Esquema de la Estrategia Pro-CONE para la reducción de la mortalidad materna y neonatal



La estrategia Pro-CONE incluye tres líneas de acción, a saber:

- Mejorar la demanda y el acceso a los servicios de salud que manejan complicaciones maternas neonatales, conocida como Línea de acción comunitaria o Pro-CONE Comunitario
- Atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido normal con detección temprana, manejo inicial y referencia de la complicación, denominada Línea de acción básica o CONE Básico
- Manejo con calidad de las principales complicaciones maternas y neonatales, denominada Línea de acción de complicaciones o CONE de Complicaciones.

A continuación se desarrollan con más detalle estas líneas de acción.

4.1 Línea de acción comunitaria

Se propone la activa participación de las embarazadas, sus parejas, sus familias y la comunidad organizada en el reconocimiento de las señales de peligro³, la toma de decisiones y el traslado oportuno de las embarazadas y recién nacidos con complicaciones a los servicios con proveedores calificados⁴. En todas estas intervenciones se incorpora la promoción de la salud con tácticas de abogacía, acción comunitaria e información, educación y comunicación para el cambio de comportamientos -IEC/CC-. Es por ello que a la estrategia se le ha denominado "Promoción y Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales" o Pro-CONE.

Las intervenciones que se están implementando en esta línea de acción son las siguientes:

- **Comunicación interpersonal y medios masivos para aumentar el reconocimiento de las señales de peligro:** Se promueve el reconocimiento por parte de las mujeres -especialmente las embarazadas-, los hombres y otros familiares, de las principales señales de complicaciones obstétricas y neonatales con actividades y mensajes clave en medios de comunicación locales; al mismo tiempo, se busca asegurar que en los servicios de salud se proporcione a toda mujer embarazada consejería prenatal, incluyendo la elaboración de un plan de emergencia familiar:

- **Planes de emergencia familiar:** Los Equipos Básicos de Salud -EBS- y demás proveedores promueven la elaboración por la embarazada y su familia de un plan de emergencia familiar vinculado con el plan de emergencia comunitario donde exista. El plan de emergencia familiar facilita la decisión de a dónde ir, cómo ir, cuánto dinero necesitan, quién acompaña a la mujer, quién cuida la casa, qué debe llevar y el nombrar a una persona responsable de poner el plan en marcha.
- **Comisiones o comités de salud con planes de emergencia comunitarios:** El EBS apoyado por la ONG, el personal del Área de Salud, del Distrito, Puestos de Salud y las Municipalidades, promueve la organización de las comunidades dentro de los Consejos Comunitarios de Desarrollo -COCODE-. Idealmente las comunidades también deben tener una Comisión o Comité de Salud con un representante en el COCODE. Los miembros de estos comités son capacitados en los cinco pasos para la elaboración y activación del "plan de emergencia comunitario" que es un apoyo a la población para el traslado de las complicaciones maternas y neonatales al servicio de referencia fuera de la comunidad.
- **Rol activo de la comadrona para facilitar la identificación y el acceso de las complicaciones materno neonatales a los servicios CONE:** Las comadronas constituyen un enlace y un puente efectivo entre la comunidad y los servicios de salud y fortalecen el acceso de la población a los mismos y a los hospitales donde se hacen las referencias. Es por ello importante involucrarlas en el diseño de los servicios que respondan a la cultura y expectativas locales, así como en el mejoramiento continuo de los servicios de salud; ellas contribuyen en la detección oportuna de embarazadas, la identificación temprana de señales de peligro en el embarazo, parto, posparto y del recién nacido y para la referencia oportuna.
- **Humanización y adecuación cultural del parto -HACAP-:** Otro mecanismo para facilitar el acceso al CONE, que toma en cuenta el buen trato (con respeto y sin discriminación) a las personas y la tradición cultural de la población, es la humanización e incorporación de prácticas culturales de la atención en los servicios de salud donde se atiende partos.

³ Se le llama "señales de peligro" a los signos que indican que la embarazada, durante el parto o posparto, tienen una complicación que pone su vida y/o la del recién nacido en peligro de muerte. Las señales o signos de peligro más importantes y comunes en los tres periodos son: hemorragia, dolor de cabeza que no se quita con analgésicos, visión borrosa, fiebre, dolor en la boca del estómago y dificultad para respirar. Asimismo, se han definido señales de peligro en el recién nacido.

⁴ Se le llama "proveedor calificado" a aquel proveedor de salud con destrezas en atención profesional del parto (médicos, parteras u obstetrices, enfermeros) que han sido capacitados hasta alcanzar pericia en las destrezas para brindar cuidados competentes durante el embarazo, el parto y el neonato (detección y manejo inicial de las complicaciones, supervisión de la referencia)

- **Información, Educación y Comunicación para el Cambio de Comportamientos (IEC/CC):** además de los aspectos de IEC inmersos en las intervenciones anteriores, también se han desarrollado otras tácticas, entre ellas, eventos especiales y entretenimiento educativo, por ejemplo en las ferias patronales, jornadas y ferias de la salud y la movilización y participación comunitarias.
- **Abogacía:** Se considera la abogacía como la última etapa en el proceso de cambio de comportamientos en la cual, las personas convencidas del cambio, abogan por él. Las actividades que se realizan están enfocadas en dar información convincente sobre la estrategia y sus líneas de acción a los tomadores de decisiones y formadores de opinión (autoridades, líderes, medios locales, entre otros) de los distintos niveles -departamental, municipal y comunitario- y buscar activamente su compromiso de apoyo y colaboración.
- **AECAMN:** No se puede dejar de mencionar entre la línea de acción Comunitaria y la línea de acción Básica del ProCONE, con habilidades para el manejo inicial de las principales complicaciones, la formación de un nuevo personal de salud, la Auxiliar de Enfermería Calificada en la Atención Materno Neonatal –AECAMN-, en que participan la Escuela Nacional de Enfermeras y el Programa de Extensión de Cobertura con el apoyo técnico y financiero del proyecto. Actualmente, hay 108 AECAMN egresadas del programa, quienes prestan sus servicios en ONG de la extensión de cobertura o en los nuevos CAP que atienden partos, con resultados sumamente exitosos. Un nuevo grupo de 21 AECAMN se encuentra actualmente en formación.

4.2 Línea de acción básica

En esta línea de acción se busca mejorar la calidad de la atención materno neonatal en los servicios de salud de todos los niveles, incluyendo el primero, con sus servicios de extensión de cobertura y los puestos de salud; también se contemplan los servicios que prestan las Auxiliares de Enfermería Calificadas en la Atención Materno Neonatal –AECAMN-. El Pro-CONE básico incluye la detección temprana de las complicaciones obstétricas y neonatales, el manejo inicial y la referencia de las mismas, desde la comunidad y cada servicio, según su nivel.

Las intervenciones desarrolladas en esta línea de acción se describen enseguida:

- **Fortalecimiento del Personal de los Servicios de todos los Niveles de Atención, mediante capacitación, tutoría y monitoreo:** esta intervención está orientada a fortalecer al personal que presta la atención materno neonatal en los servicios de todos los niveles, con calidad. Se refuerza la atención prenatal, del parto normal, puerperio y recién nacido siguiendo estándares de calidad (incluyendo el uso del partograma y el manejo activo de la tercera etapa del parto) y con identificación por el personal, de los signos de complicaciones obstétricas y neonatales. Igualmente, se pone énfasis en la estabilización de los casos de complicaciones y la referencia al hospital o CAIMI, con la previa comunicación con la organización comunitaria y el servicio a donde se refiere. El propósito es lograr la autosostenibilidad y continuidad en la capacitación en conocimientos, habilidades y destrezas en los aspectos que envuelven la atención materno neonatal básica
- **Abastecimiento de los servicios:** para garantizar la calidad de la atención, los servicios de salud de los distintos niveles de atención deben contar con equipo completo y estar funcionando adecuadamente, así como con los materiales de apoyo y los medicamentos básicos.

4.3 Línea de acción de complicaciones

En este caso, se pretende disminuir el número de muertes maternas y neonatales y/o la tasa de letalidad dentro de los servicios que cuentan con atención de partos (Centro de Atención Integral Materno Infantil -CAIMI- y hospitales), a través de la oferta de cuidados obstétricos y neonatales de calidad.

Las intervenciones que se han empezado a implementar en esta línea de acción aparecen a continuación:

- **Definición de estándares de calidad:** los estándares de cuidados obstétricos y neonatales de calidad han sido definidos por el equipo coordinador del MSPAS. Los indicadores a medir en esta línea de acción se refieren al manejo de las principales complicaciones, específicamente la hemorragia, la sepsis y la hipertensión inducida por el embarazo. Además, se propicia el uso e interpretación correcta del partograma, el manejo activo del tercer período del parto, el uso de antibióticos en ruptura prematura de membranas, la administración de corticoesteroides en trabajo de parto prematuro y el fortalecimiento de la bioseguridad. Para la atención

del neonato, esta línea de acción implica la reanimación neonatal en caso de depresión respiratoria y/o asfixia y el tratamiento del neonato con premadurez / bajo peso y con infección / sepsis, para su estabilización y referencia a servicios especializados.

- **Cumplimiento de estándares y mejoramiento continuo de la calidad:** el manejo con calidad de las complicaciones maternas y neonatales en los servicios que atienden parto consiste en el cumplimiento, medición y mejoramiento continuo -por parte del personal de los servicios- de los estándares antes mencionados. Para promover el cumplimiento de los estándares de calidad se utilizó el enfoque de “mejoramiento colaborativo” que se describe más adelante.
- **Registro de la atención materna y neonatal:** además de los registros previstos en el expediente clínico, en los servicios de atención del parto se está utilizando el partograma modificado por la OMS, el cual deberá ser llenado, en forma correcta, durante todo trabajo de parto. Cuando se detectan desviaciones anormales en el trabajo de parto y se toma la decisión de intervenir o referir a la mujer a un servicio con mayor capacidad resolutoria, se debe enviar la paciente con una copia de este registro, dejando el original en el servicio referente. Información sobre la resolución del caso debe devolverse al servicio que hizo la referencia de la embarazada o madre y del recién nacido.
- **Abastecimiento de los servicios para la atención de complicaciones materno neonatales:** como parte del mejoramiento continuo con enfoque de mejoramiento colaborativo y para garantizar la calidad de la atención de las complicaciones, se busca contar con equipo completo y funcionando adecuadamente, así como con los materiales de apoyo y los medicamentos básicos. Es pertinente evaluar permanentemente la disponibilidad de insumos, para identificar lo que haga falta y buscar soluciones
- **Capacitación clínica auto sostenible y continua:** con el fin de buscar la auto sostenibilidad y continuidad en la capacitación en conocimientos, habilidades y destrezas de atención neonatal y materna en las Áreas de Salud, se plantea el establecimiento de un Centro de Capacitación Continua ubicado en el Hospital Regional de mayor capacidad; el Centro responderá a las necesidades de

capacitación de todo del personal de los servicios que implementen la estrategia, con base en el cumplimiento de los estándares y garantizando pasantías prácticas para todo el personal, incluido el comunitario.

En los CAIMI y Hospitales con mayor capacidad, además de lo anterior, se practica la resolución quirúrgica, se administra anestesia las 24 horas y se tiene banco de sangre disponible. Para el neonato, se incluye adicionalmente el uso de oxígeno, de soluciones endovenosas, de antibióticos y la hospitalización.

V. El Mejoramiento Colaborativo como metodología de implementación de la estrategia

La estrategia Pro-CONE integralmente es un “colaborativo” en tanto implica trabajo colaborativo a todo nivel para crear un entorno en el cual todos los participantes trabajen, colaboren y se ayuden para el mejoramiento continuo de la calidad. A la vez, una de las metodologías más importantes para implementar la estrategia Pro-CONE es la de “mejoramiento colaborativo”. Esta metodología supone la conformación de equipos de mejoramiento ubicados en diferentes servicios o diferentes comunidades, los cuales trabajan sobre un mismo asunto o problema (de atención directa, de comunicación y/o de organización) identificado previamente, junto con los indicadores a medir.

Un problema se define como la discrepancia que hay entre lo que la situación es y lo que se desea o el estándar. En este caso, los problemas se enmarcan dentro de las tres líneas de acción de la estrategia Pro-CONE y la metodología de mejoramiento colaborativo se aplica en las mismas.

Esta metodología ha sido utilizada exitosamente en muchas partes del mundo y fue apoyada por el proyecto USAID|Calidad en Salud I en los años 2003 y 2004 en 17 Distritos de Salud de las ocho áreas de salud del Altiplano para mejorar la calidad en la implementación de la Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes en la Infancia -AIEPI-. Las mejores prácticas o cambios que fueron probados y produjeron mejoras en el desempeño de los proveedores y la calidad de la atención fueron compartidos con el personal de salud de otros Distritos⁵.

⁵ USAID|Calidad en Salud. Mejores Prácticas en la Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) logradas en distritos de salud seleccionados, utilizando la metodología de aprendizaje colaborativo. Guatemala. 2004

Los equipos de mejoramiento continuo de la calidad -EMCC- que se conforman se comunican entre sí sus experiencias, logros, dificultades y lecciones aprendidas en forma permanente, sin depender de una coordinación central. El propósito es lograr la rápida identificación, adaptación y diseminación de los conocimientos y destrezas en la atención en múltiples lugares simultáneamente, así como la capacidad de superar en conjunto los obstáculos operativos que impiden la aplicación de intervenciones basadas en la evidencia. Esta metodología fortalece el proceso de monitoreo y supervisión, de manera no tradicional.

Esta comunicación se hace durante las denominadas sesiones de aprendizaje, en las cuales se reúnen los equipos de mejoramiento de los distintos servicios y niveles para compartir: a) las mejoras logradas en la atención, así como los fracasos que han experimentado; b) los resultados de la aplicación de los estándares e indicadores que se están midiendo; c) los compromisos para realizar las mediciones en forma permanente y de acuerdo con las normas y d) los planes de acción que se preparan para seguir abordando los problemas y mejorando la atención y los indicadores. También realizan la documentación de lo obtenido y, cuando la mejoría está estabilizada como una mejor práctica, la comparten con los demás participantes.

Entre cada sesión de aprendizaje transcurren de dos a tres meses, tiempo denominado como período de acción, en el cual los equipos de mejoramiento implementan mejoras en sus servicios o en la comunidad, aplicando los cuatro pasos del mejoramiento:

1. Planear: descripción en detalle de cómo se implementará un cambio
2. Ejecutar: aplicar lo programado, capacitar y documentar
3. Verificar: medir y comparar con lo esperado
4. Actuar: expandir, ajustar o cambiar



La otra forma de comunicarse entre los equipos es durante el período de acción, en el cual se promueve el contacto entre ellos lo más frecuentemente posible -a través de diversos medios como teléfono, fax, correo electrónico, visitas de observación- y con el grupo coordinador; para compartir experiencias, éxitos, dificultades y resultados.

El monitoreo frecuente (usualmente, cada mes) de resultados (i.e., indicadores de proceso y producto), y el hecho de compartir regularmente cambios exitosos ayudan a acelerar el ritmo de mejoramiento, creando una atmósfera de competencia amigable entre equipos, que buscan alcanzar los mejores resultados. La red de aprendizaje colaborativo da como resultado el rápido desarrollo y puesta a prueba de innovaciones para resolver problemas, la difusión rápida de cambios efectivos y el desarrollo rápido de modelos efectivos de atención, optimizando así el paquete original de implementación de estándares basados en evidencia.

El mejoramiento colaborativo se desarrolla en las siguientes fases:

- ✓ *Fase Preparatoria*: se establecen estándares, indicadores, criterios, instrumentos de medición, análisis de los datos y se crean equipos de mejoramiento en cada establecimiento
- ✓ *Fase Demostrativa*: los equipos prueban intervenciones innovadoras para mejorar la atención y los indicadores; comparten éxitos y fracasos con los demás equipos en sesiones de aprendizaje y se comunican durante los períodos de acción
- ✓ *Fase de Expansión*: se identifican las mejores prácticas y las estrategias de comunicación, y se comparten con otros establecimientos que no han participado en la fase demostrativa; los establecimientos que inicialmente han participado siguen midiendo y mejorando los indicadores y los nuevos implementan las mejores intervenciones identificadas y así logran una mejoría de la calidad de la atención con mayor rapidez.

Las fases preparatoria y demostrativa del Pro-CONE comunitario y del básico, se realizaron en el Área de Salud de San Marcos. La expansión del básico se está realizando en los Centros de Salud y hospitales de las Áreas de Alta Verapaz, Chimaltenango, El Quiché, Huehuetenango, Quetzaltenango, Sololá y Totonicapán y en los Puestos de Salud y Unidades Mínimas de San Marcos. En los Hospitales de las mismas Áreas de Salud se están iniciando las fases preparatoria y demostrativa del Pro-CONE de complicaciones.

En las siguientes secciones se presentan los resultados de los avances de las fases demostrativas de las líneas de acción comunitaria y básica, de la fase de expansión de esta última línea y del comienzo de la fase demostrativa de la línea de acción de complicaciones.

VI. Resultados de la fase demostrativa de la implementación en el Área de Salud de San Marcos

En junio del año 2007, el MSPAS decidió iniciar la implementación de la estrategia, en su fase demostrativa, en el Área de Salud de San Marcos, con el apoyo técnico y financiero de USAID|Calidad en Salud.

El Área de Salud es la autoridad máxima de salud pública en el Departamento y en San Marcos tiene a su cargo: 53 unidades mínimas, 79 Puestos de Salud, 6 Puestos de Salud Fortalecidos, un Centro de Salud tipo B, un Centro de Atención a pacientes ambulatorios -CENAPA-, 13 Centros de Atención Permanentes -CAP-, un Centro de Atención integral con énfasis materna infantil -CAIMI- y 2 Hospitales.

De estos servicios de salud, 22 participaron en la fase demostrativa: 17 Centros de Salud (de los cuales la mayoría son ahora Centros de Atención Permanentes), 2 Hospitales, 2 Centros de Atención Permanente y 1 CAIMI, en donde se conformaron 23 equipos de mejoramiento -EMCC-. Estos equipos desde el inicio han medido y han logrado mejorar la atención a madres y recién nacidos.

Los principales resultados se refieren, en este documento, al mejoramiento de los indicadores establecidos y a las intervenciones realizadas por los equipos, que permitieron el mejoramiento. La información para la construcción de los indicadores del ProCONE Comunitario se obtuvo de 10 entrevistas mensuales a embarazadas a la salida de los servicios y en la comunidad, así como de la documentación de actividades con comités de salud, comunidades y de la estrategia HACAP. La información para la construcción de los indicadores del Pro-CONE Básico se tomó de las fichas clínicas de los servicios; el universo estuvo constituido por el total de casos atendidos en el mes, de los cuales se tomó una muestra de 20 fichas, utilizando para su selección la metodología aleatoria sistemática. Si el número era igual o menor de 20, se tomó el universo completo.

A continuación se presentan los datos más sobresalientes, de acuerdo a las mediciones realizadas por los Equipos de Mejoramiento Continuo y a las intervenciones que se documentaron:

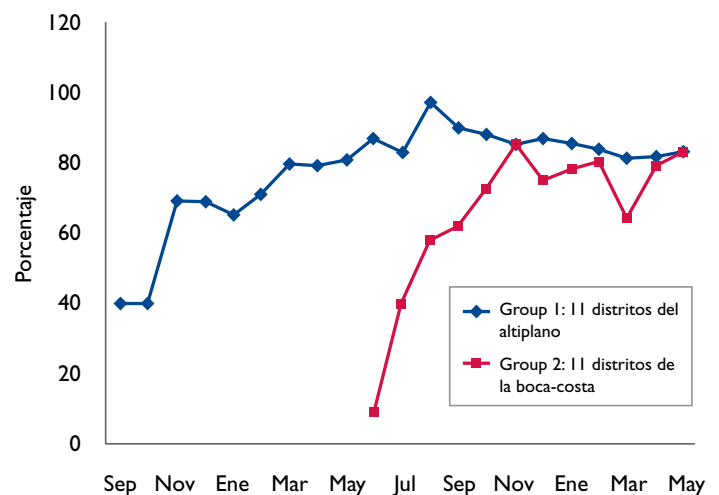
6.1 Línea de acción comunitaria

Enseguida se presentan los resultados de los principales indicadores definidos en esta línea de acción.

El Área de Salud tomó la decisión de iniciar el colaborativo comunitario en septiembre de 2007, en los 11 Distritos priorizados por tener la mortalidad materna y neonatal más elevada y luego de seis meses se expandió a los otros 11 Distritos.

En las siguientes gráficas se pueden observar los indicadores “reconocimiento de señales de peligro en el embarazo” (gráfica 1), “reconocimiento de señales de peligro en el recién nacido” (gráfica 2) y “elaboración de plan de emergencia familiar” (gráfica 3) medidos a través de entrevistas a embarazadas.

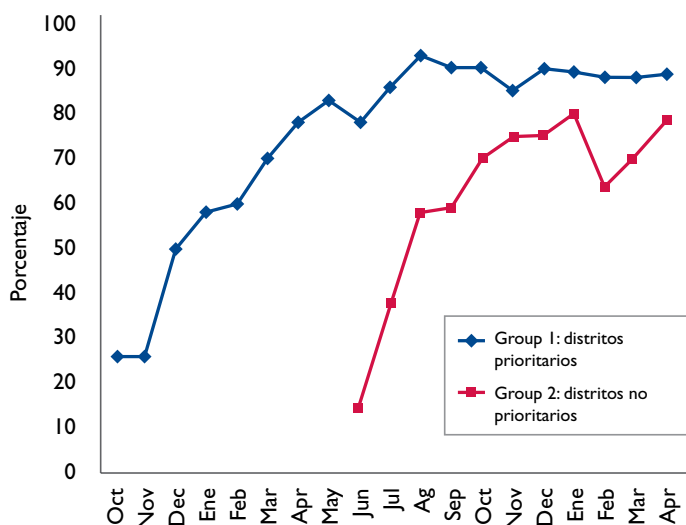
Gráfica 1. Tendencia en el porcentaje de embarazadas que mencionan al menos 3 señales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio (22 Distritos de San Marcos)



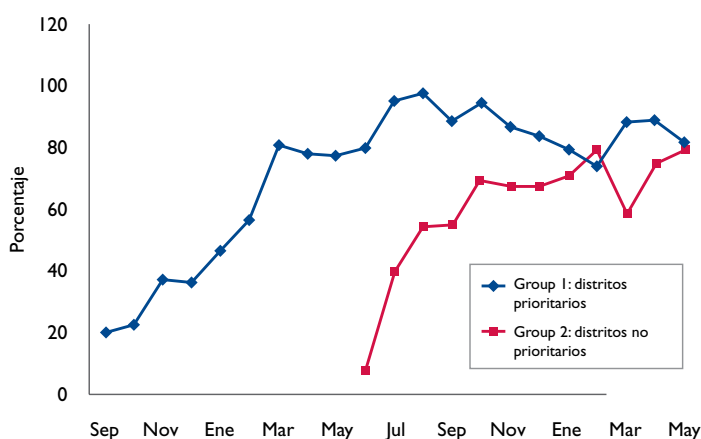
Intervenciones

- Capacitación a proveedores de salud en consejería prenatal con énfasis en señales de peligro
- Capacitación a proveedores comunitarios en charlas de grupo con énfasis en señales de peligro
- Desarrollo de canciones y mimica para mujeres embarazadas en reconocimiento de señales de peligro

Gráfica 2. Tendencia en el porcentaje de embarazadas que mencionan al menos 3 señales de peligro en el recién nacido (22 Distritos de San Marcos)



Gráfica 3. Tendencia en el porcentaje de embarazadas que tienen un plan de emergencia familiar (22 Distritos de San Marcos)



Intervenciones

- Proveer a todos los servicios y voluntarios comunitarios con material para discutir en todo contacto con mujeres embarazadas
- Uso de materiales durante charlas en grupo en los servicios de salud y comunidades
- Planes de emergencia desarrollados por las TBAs

En las gráficas se puede ver que al inicio del colaborativo en el grupo 1 –los prioritarios- los porcentajes del indicador respectivo eran bajos (40% en señales de peligro en embarazadas y hacia el 20% en los otros dos). Esos porcentajes fueron subiendo hasta llegar arriba de 80% y mantenerse en un nivel aceptable hasta la fecha.

En el grupo 2 –los no prioritarios- se observa que en un inicio –en junio de 2008- los porcentajes eran mucho más bajos que en el grupo 1 (hacia el 8%); sin embargo, seis a ocho meses después esos porcentajes alcanzaron el 80%, considerado aceptable.

Las principales intervenciones que realizaron los EMCC para mejorar los indicadores fueron:

- En señales de peligro: el involucramiento del equipo de salud reproductiva del área y de las educadoras en salud, el reforzamiento de las habilidades de los trabajadores de salud en la consejería prenatal y en dar charlas a la comunidad, el desarrollo de dinámicas y una mímica para recordar las señales de peligro, el uso de la metodología SARAR y la difusión de cuñas de radio
- En planes de emergencia familiar: la impresión y distribución de formatos del plan, darle a cada embarazada un plan para que lo discuta y elabore con su esposo y familia y darles planes a las comadronas para que los discutan con sus pacientes
- En planes de emergencia comunitarios: la capacitación de facilitadores, el involucramiento del equipo de salud reproductiva del área y la actualización y uso del documento para establecimiento de las organizaciones comunitarias de salud.

Además de los anteriores, hay resultados hasta el mes de junio de 2009 en la conformación y capacitación en plan de emergencia comunitario de 373 comités de salud y en la implementación de estándares de trato respetuoso y con pertinencia cultural de la estrategia HACAP en 12 de 14 CAP, cumpliendo dos de ellos con todos los criterios.

6.2 Línea de acción básica

En esta Área de Salud se han logrado avances importantes en la atención materno neonatal sin complicaciones, tales como la mejora de la atención prenatal y del puerperio inmediato, el uso regular del partograma, la aplicación del manejo activo de la tercera etapa del parto y la atención inmediata del recién nacido bajo criterios de calidad.

Principales resultados

Los EMCC documentaron las principales deficiencias encontradas en las diferentes actividades concernientes a la atención materna infantil ambulatoria y normal en los Centros de Salud, CAIMI y consulta externa de los Hospitales y se identificaron e implementaron

intervenciones para mejorar los estándares de calidad en la atención (Ver Anexo 2. Mejores intervenciones en San Marcos, Pro-CONE Básico).

A continuación se presentan los resultados más importantes en San Marcos hasta los meses de agosto y septiembre de 2008:

I. Atención Prenatal

En la gráfica 4 puede observarse que el inicio del cumplimiento de los criterios de atención prenatal fue bajo, pero en el tiempo se estabilizó hacia el 95%; las principales intervenciones utilizadas por los equipos para lograr la estabilización, como aparece en el recuadro, fueron la capacitación y la mejoría en los equipos y en el registro.

II. Atención del parto

En este caso (gráfica 5) el cumplimiento de los criterios de uso del partograma fue alrededor del 60% y la tendencia ha sido a mejorar; pero con menor rapidez; se ha estabilizado hacia el 85%. Las intervenciones principales fueron el abastecimiento de formatos, la capacitación y la colocación de un afiche en la sala de labor y partos, como parece en el recuadro.

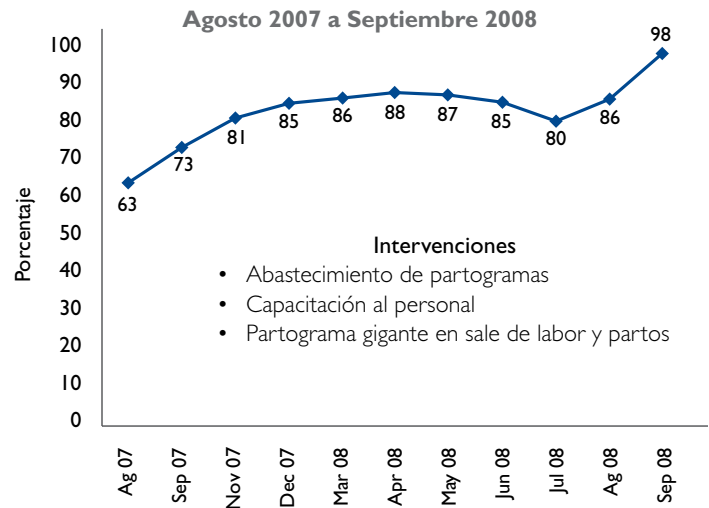
III. Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto –MATEP–

La tendencia de aumento de este indicador (gráfica 6) es semejante al de atención prenatal, estabilizándose hacia el 95%; las intervenciones más significativas fueron la estandarización del procedimiento, el registro en los expedientes y el abastecimiento de oxitocina.

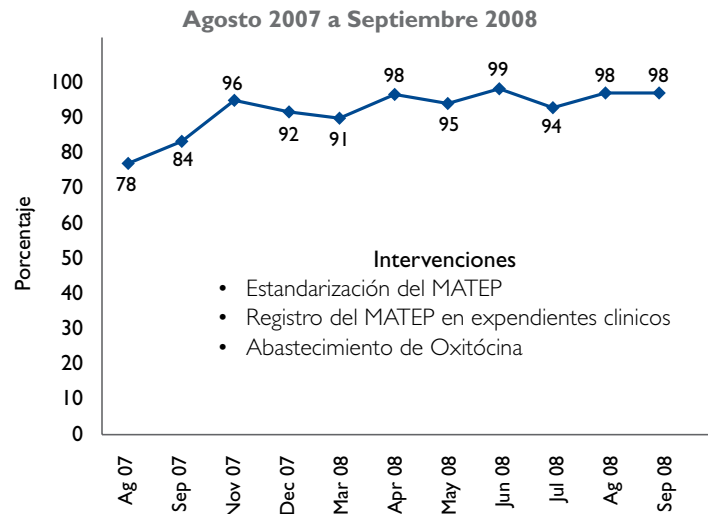
Gráfica 4: Tendencia en el cumplimiento de criterios seleccionados de la norma de Atención Prenatal en 22 Centros de Salud del Área de Salud de San Marcos



Gráfica 5: Tendencia en el cumplimiento de criterios del Uso del Partograma en dos Centros de Atención Permanente (CAP), un Centro de Atención Integrada Materno Infantil y dos Hospitales en el área de Salud de San Marcos



Gráfica 6: Tendencia en el cumplimiento de criterios del Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto (MATEP) en dos Centros de Atención Permanente (CAP), un Centro de Atención Integrada Materno Infantil y dos Hospitales en el área de Salud de San Marcos



IV. Atención Posparto inmediato

Gráfica 7: Tendencia en el cumplimiento de criterios seleccionados de la norma de Atención del Puerperio Inmediato en dos Centros de Atención Permanente (CAP), un Centro de Atención Integrada Materno Infantil y dos Hospitales en el área de Salud de San Marcos



Similar al indicador del parto, el indicador de atención del posparto inmediato (gráfica 7) se ha incrementado desde el 68% hasta alrededor del 80%, con una caída hasta el 72% y una recuperación al 86%. Las principales intervenciones fueron la difusión de la norma de atención del post-parto inmediato, el registro de la atención del post-parto inmediato en el expediente clínico, la dotación de esfigmomanómetros y la asignación de responsabilidades a las enfermeras profesionales

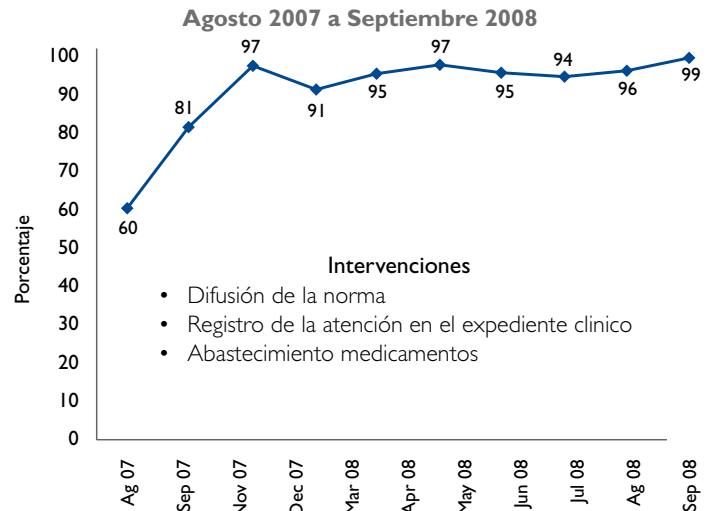
V. Cuidados rutinarios del recién nacido

El indicador de cuidados rutinarios del recién nacido (gráfica 8) creció en forma sostenida de 60% hasta el 99%, estabilizándose por arriba del 90%; fueron claves la difusión de los Cuidados Rutinarios del Recién Nacido, el registro de los datos y procedimientos en los expedientes y el abastecimiento de medicamentos.

VII. Expansión de la experiencia de San Marcos a otras Áreas de Salud: Los primeros resultados

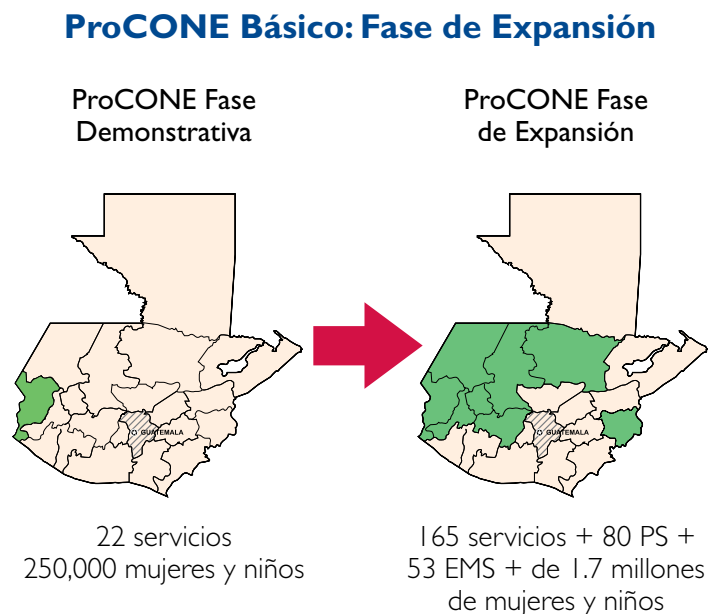
Ante los resultados positivos en la fase demostrativa en San Marcos, el MSPAS decidió utilizar las lecciones aprendidas por los EMCC en los 22 servicios de San Marcos, para expandirlas, junto con las prácticas basadas en la evidencia,

Gráfica 8: Tendencia en el cumplimiento de criterios de cuidados rutinarios del Recién Nacido en dos Centros de Atención Permanente (CAP), un Centro de Atención Integrada Materno Infantil y dos Hospitales en el área de Salud de San Marcos



a otras ocho Áreas de Salud: Alta Verapaz, Chimaltenango, El Quiché, Huehuetenango, Ixil, Quetzaltenango, Sololá y Totonicapán y, en San Marcos, a Puestos de Salud y Unidades Mínimas en estrecha vinculación con el ProCONE Comunitario. El Proyecto USAID|Calidad en Salud continuó dando el apoyo técnico y financiero.

Figura 2: Expansión del Pro CONE Básico del Área de Salud de San Marcos a Otras 7 Áreas de Salud



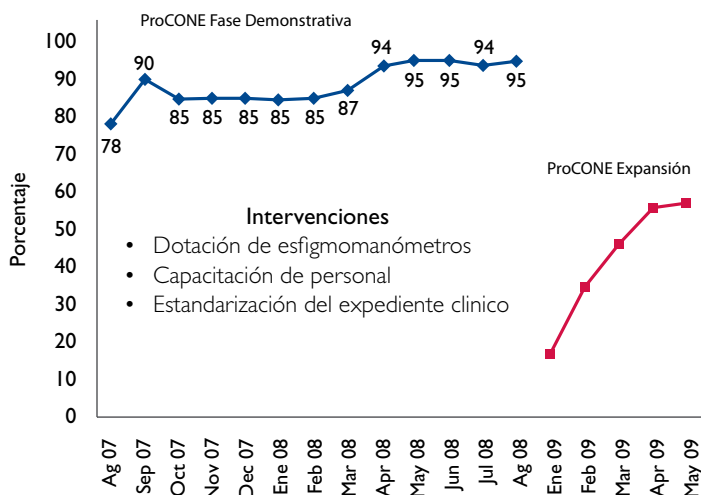
Como puede verse en la Figura 2, la experiencia pasó de 22 Centros de Salud a 165 Centros, 80 Puestos de Salud y 53 Unidades Mínimas de Salud y de una cobertura poblacional de 250,000 madres y niños a más de 1.7 millones; el proceso de expansión se formalizó en un tiempo record de 3 meses. En él participaron dependencias del MSPAS del nivel nacional, entre ellas, la Dirección General del Sistema Integrado de Atención en Salud (SIAS) con sus Unidades de Supervisión y Asistencia Técnica y el Programa de Salud Reproductiva. Los funcionarios del Área de Salud de San Marcos desempeñaron un papel clave en la expansión, compartiendo de primera mano con sus colegas de las otras Áreas, su experiencia demostrativa.

Además de la inducción sobre gestión de la calidad y el mejoramiento colaborativo y del refrescamiento en Salud Materno Neonatal que recibió el personal de las siete Áreas de Salud en donde se ha ido expandiendo la experiencia de San Marcos, el MSPAS puso a su disposición un documento sobre la fase demostrativa y que está dirigido a los Equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad (EMCC) que se constituyeron en cada una de las Áreas mencionadas; en el documento se describen con detalle las intervenciones que los equipos de San Marcos realizaron para lograr las mejorías.

Los primeros resultados de la expansión se pueden observar en las siguientes gráficas.

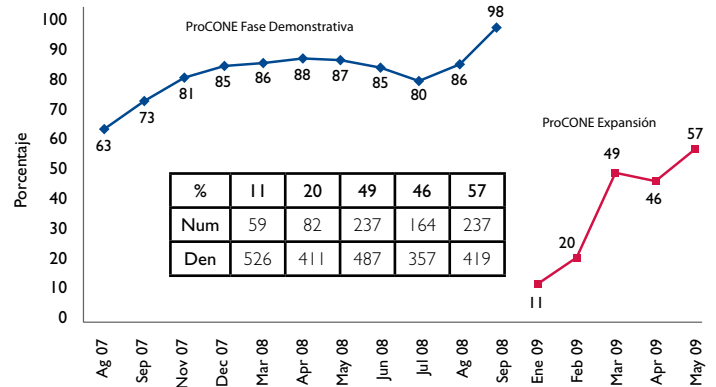
I. Atención Prenatal

Gráfica 9: Tendencias en el cumplimiento de criterios seleccionados de la norma de Atención Prenatal en la Fase Demostrativa en San Marcos y la Fase de Expansión en otras 7 Áreas de Salud



II. Atención del parto

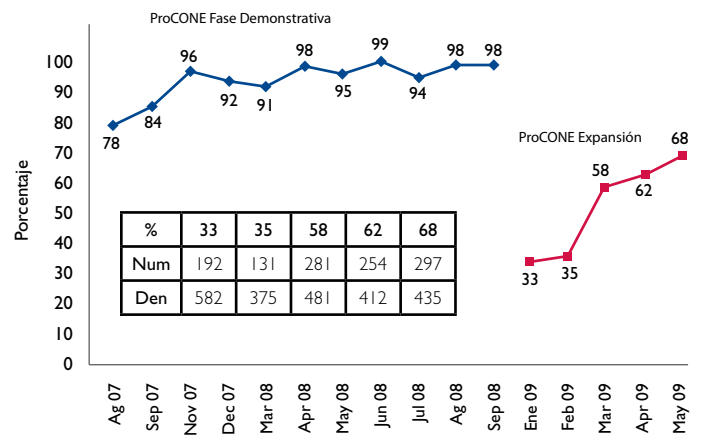
Gráfica 10: Tendencias en el cumplimiento de Criterios en el uso del Partograma en la Fase Demostrativa en San Marcos y en la Fase de Expansión en otras 7 Áreas de Salud



- Intervenciones**
- Capacitación a proveedores de salud
 - Afiche de partograma en sala de labor y partos
 - Monitoreo del uso correcto del partograma

III. Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto –MATEP–

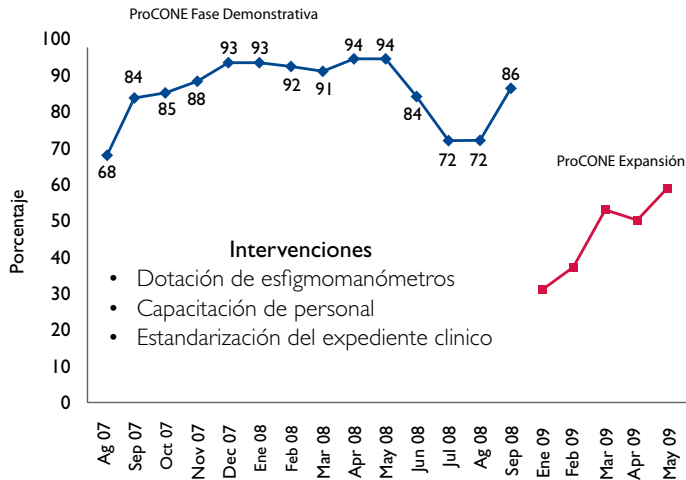
Gráfica 11: Tendencias en el cumplimiento de criterios del MATEP en la Fase Demostrativa en San Marcos y en la Fase de Expansión en otras 7 Áreas de Salud



- Intervenciones**
- Capacitación a proveedores de Salud
 - Mejores practicas en los procesos de adquisición de Oxitocina

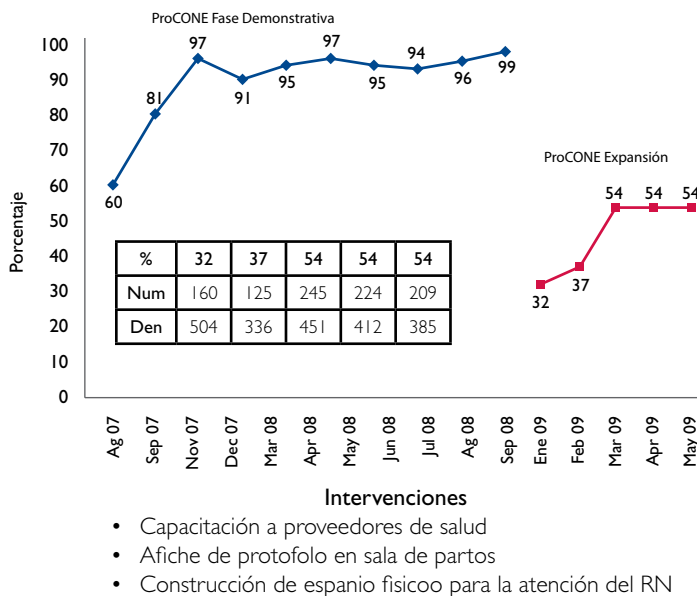
IV. Atención Posparto inmediato

Gráfica 12: Tendencias en el cumplimiento de criterios seleccionados de la norma de Atención del Puerperio Inmediato en la Fase Demostrativa en San Marcos y en la Fase de Expansión en otras 7 Áreas de Salud



VI. Cuidados rutinarios del recién nacido

Gráfica 13: Tendencia en el cumplimiento de Criterios en Cuidados Rutinarios del Recién Nacido en la Fase Demostrativa en San Marcos y la Fase de Expansión en otras 7 Áreas de Salud



En todas las gráficas se puede ver que la línea de base en las Áreas de expansión fue más baja que en San Marcos, lo cual es debido a la mayor rigidez en la medición de los indicadores (el indicador se cumple solamente si se cumplen cada uno de los criterios que incluye). Por otra parte, el mejoramiento en las Áreas de expansión ha sido más rápido que en el Área de demostración, aunque los indicadores hayan iniciado en un nivel

mucho más bajo en aquéllas que en ésta. Las intervenciones que facilitaron las mejoras parecen en los recuadros de las gráficas.

VIII. El comienzo de la fase demostrativa de la Línea de acción de complicaciones en 18 Hospitales

En el mes de diciembre del año 2008 se realizó una reunión entre altos directivos del Viceministerio de Hospitales y representantes del Proyecto USAID|Calidad en Salud, con el fin de analizar la situación de la mortalidad materna y neonatal, tema prioritario para el Viceministerio. Durante la reunión se discutió la estrategia Pro-CONE, su implementación en el Área de Salud de San Marcos y la Metodología de Mejoramiento Colaborativo, así como la decisión del MSPAS de extender la experiencia a nuevas Áreas de Salud; se evidenció, además, la necesidad de iniciar un proceso de estudio de las muertes de madres y recién nacidos ocurridas en los hospitales y de mejoramiento de las dificultades que pudieran encontrarse.

Los representantes del Viceministerio dieron el aval para el inicio del proceso y solicitaron el apoyo de USAID|Calidad en Salud; se llegó al acuerdo de desarrollar las siguientes fases:

- Revisión de estándares e indicadores por el equipo del Viceministerio y algunos otros expertos (normas, protocolos, guías)
- Fortalecimiento de la capacidad clínica a los proveedores de los servicios de los 17 hospitales de las 9 Áreas de Salud en donde se está implementando la estrategia y posteriormente se incorporó el Hospital Universitario San Juan de Dios
- Conformación de equipos de mejoramiento y realización de la línea basal
- Sesiones de aprendizaje para presentar los resultados, compartir las intervenciones implementadas y los éxitos y fracasos obtenidos
- Períodos de acción, en los cuales se ponen en práctica las intervenciones de mejoría
- Documentación de las mejores intervenciones
- Expansión a otros hospitales

En la Tabla I se presentan los hospitales en donde se ha iniciado la implementación de la estrategia Pro-CONE con el enfoque de Mejoramiento Colaborativo.

Tabla 1: Hospitales incluidos en el colaborativo de complicaciones por Área de Salud

Área de Salud	Número de hospitales	Nombres de los hospitales
Chimaltenango	1	Chimaltenango
Sololá	1	Sololá
Quiché	3	Santa Cruz Del Quiché, Joyabaj, Uspantán
Ixil	1	Nebaj
Totonicapán	1	Totonicapán
Quetzaltenango	2	Quetzaltenango, Coatepeque
Huehuetenango	2	Huehuetenango, San Pedro Necta
San Marcos	2	San Marcos, Malacatán
Alta Verapaz	3	Cobán, La Tinta, Fray Bartolomé de las Casas
Guatemala	1	San Juan de Dios
Ixcán	1	Ixcán
TOTAL	18	

En desarrollo de la programación elaborada por el Viceministerio para la implementación de la estrategia, se hizo la revisión y ajuste de los estándares e indicadores que serán utilizados en el colaborativo, por el equipo del Viceministerio de Hospitales, del Programa Nacional de Salud Reproductiva y algunos otros expertos (normas, protocolos, guías) en las siguientes complicaciones:

- Hemorragia, Infección/Sepsis y pre- eclampsia/Eclampsia en el área materna
- Asfixia/Depresión respiratoria, Infecciones/Sepsis y Prematurez/Bajo peso al nacer en el área neonatal

También se han conformado los EMCC en todos los Hospitales y se ha realizado la primera sesión de aprendizaje, con el compromiso de adelantar la línea basal de los indicadores definidos, tanto para el área materna como para la neonatal.

IX. El futuro de la Estrategia ProCONE en Guatemala

El actual desarrollo de la estrategia Pro-CONE, como ha sido presentada en las secciones anteriores, tiene un enorme potencial para producir las reducciones tan esperadas en la mortalidad materna y neonatal en Guatemala.

El compromiso que ha tenido el MSPAS, representado en el Viceministerio de Hospitales, la Dirección del Sistema Integrado de Atención en Salud -SIAS-, el Programa Nacional de Salud Reproductiva y, con mayor énfasis, las Áreas de Salud, permite

prever que el proceso de implementación de la estrategia va a continuar:

En la línea de acción comunitaria, además de la continuidad de la aplicación de la estrategia en donde ya se aplica, se ha discutido la pertinencia de expandir la experiencia del Área de Salud de San Marcos a otras Áreas, especialmente a las que tienen la mayor mortalidad materna y neonatal que ocurre a nivel de la comunidad y a aquéllas que han desarrollado, por propia iniciativa o con el apoyo de la cooperación externa, algunos elementos de la estrategia, como son la elaboración de planes de emergencia, la vinculación más estrecha de las comadronas a los servicios institucionales y la humanización y adecuación cultural del parto. Una intervención importante, que se inicia muy pronto, es el estudio del efecto de dar incentivos de algún tipo –financiero y no financiero- a las comadronas para que hagan una referencia más oportuna y adecuada de los casos de complicaciones, hacia los servicios más especializados. En una fase posterior, se podrá expandir esta línea de acción al resto de las Áreas de Salud del país.

En la línea de acción básica sería pertinente no sólo continuar las mediciones de los indicadores y los esfuerzos de mejoría, sino incluir nuevos estándares, especialmente los relacionados con Planificación Familiar y la Atención de Casos de ITS y prueba de VIH voluntaria y con consejería; también se está desarrollando en la actualidad la expansión de la experiencia de San Marcos, de los Centros de Salud hacia los Puestos de Salud y esta expansión debe hacerse en las demás Áreas en donde se está implementando la estrategia, llegando incluso a la extensión de cobertura. Al igual que en la línea de acción anterior, en un plazo prudencial, se podrán expandir estas experiencias al resto de Áreas de Salud.

En la línea de acción de complicaciones, a más de fortalecer la implementación incipiente de la estrategia en los 18 hospitales, sería conveniente establecer Centros de Capacitación en Atención Materno Neonatal en la mayoría de estos hospitales o, al menos, con carácter regional; también se podría hacer la expansión, a mediano plazo, al resto de los hospitales del país, especialmente por la incorporación del Hospital San Juan de Dios, que podría convertirse en el referente nacional para la reducción de la mortalidad materna y neonatal.

Con estos esfuerzos, orientados a mejorar la atención de las madres y los recién nacidos, desde la comunidad hasta los hospitales más especializados, se podrá finalmente reducir la mortalidad materna y neonatal, prioridad del gobierno y anhelo de toda la sociedad guatemalteca.

Anexo 1: El Colaborativo de Mejoramiento: Un Nuevo Enfoque para Mejorar la Calidad

El modelo Colaborativo de Mejoramiento⁶ es un sistema de aprendizaje y mejora compartida que reúne a muchos equipos para trabajar juntos a fin de lograr rápidamente mejoras significativas en la calidad de los procesos y eficiencia de un área de atención específica, con la intención de difundir estos métodos y el conocimiento existente a múltiples lugares.

Este conocimiento puede componerse de prácticas clínicas basadas en evidencia científica, prácticas probadas que son ampliamente consideradas como “buenas” o incluso “mejores”, o cualquier otro cambio a la manera existente de hacer las cosas que ha demostrado producir una mejor atención de salud. Esto constituye el “paquete de implementación”, a veces llamado “paquete de cambio” del colaborativo: cambios en los procesos y la organización de la atención que el colaborativo pretende introducir, afinar, y difundir.

El colaborativo se utiliza como una estrategia de mejoramiento de tiempo limitado, logrando resultados significativos en 12 a 24 meses generalmente, aunque en ocasiones se alcanzan importantes logros en tan sólo seis meses.

El proceso del colaborativo está dividido en fases:

- Fase Preparatoria:** Se define el tema principal y los procesos de la atención a mejorar. Luego se establecen estándares, indicadores -usualmente de cinco a diez indicadores-, criterios de aplicación de los estándares e instrumentos de medición. Se finaliza esta fase haciendo análisis de los datos y se forman equipos de mejoramiento continuo de la calidad –EMCC– de cinco personas en cada servicio de salud.
- Fase Demostrativa:** Los EMCC prueban intervenciones innovadoras para mejorar la atención y sus indicadores; comparten éxitos y fracasos con los demás equipos en sesiones de aprendizaje y se comunican durante los períodos de acción.

Durante esta fase se realizan cuatro sesiones de aprendizaje con sus respectivos períodos de acción. Cada sesión de aprendizaje tiene contenidos específicos que cada equipo de mejoramiento pone en práctica y va perfeccionando conforme los períodos de acción.

Contenidos de sesiones de aprendizaje	Práctica en Períodos de Acción
Sesión de aprendizaje 1: <ul style="list-style-type: none"> Atención de calidad con enfoque “colaborativo” Indicadores y su secuencia de implementación en la línea base Estandarización para la 1ª medición (línea basal) 	Período de acción 1: <ul style="list-style-type: none"> Realización de la 1ª medición (línea basal) en los distritos de salud Documentación e intercambio sobre las dificultades encontradas durante la medición con otros distritos, Áreas de Salud o a Nivel Central
Sesión de aprendizaje 2: <ul style="list-style-type: none"> Compartir la medición de indicadores de la línea de base Reforzamiento sobre conceptos de Calidad Inducción al uso de la metodología de los ciclos PEVA (Programar; Ejecutar; Verificar; Actuar) Mejores intervenciones aplicadas Documentación Planes de acción (para la mejora de procesos) 	Período de acción 2: <ul style="list-style-type: none"> Continuación de las mediciones Mejoramiento a través de los ciclos PEVA Documentación de mejores prácticas Comunicación entre servicios
Sesión de aprendizaje 3: <ul style="list-style-type: none"> Continuación del intercambio de las mediciones, expandir las experiencias exitosas y no repetir las experiencias NO exitosas 	Período de acción 3: <ul style="list-style-type: none"> Visitas de acompañamiento entre sesiones de aprendizaje
Sesión de aprendizaje 4: <ul style="list-style-type: none"> Conferencia para cierre sobre el tema de Salud Materno Neonatal y la ampliación a otros temas de salud 	Período de acción 4:

⁶Proyecto de Mejoramiento de Atención de Salud de USAID. El Colaborativo de Mejoramiento: Un Nuevo Enfoque para Mejorar Rápidamente la Calidad y Expandir Mejores Prácticas. Washington, E.E.U.U. URC

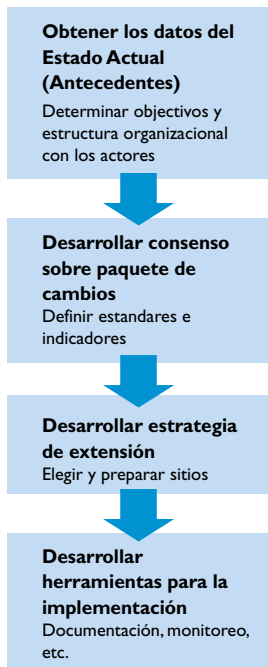
c. **Fase de Expansión:** Se identifican las mejores prácticas y las estrategias de comunicación y se comparten con otros establecimientos que no han participado en la fase demostrativa. Los establecimientos que inicialmente han participado siguen midiendo y mejorando los indicadores y los nuevos implementan las mejores intervenciones identificadas, para lograr una mejoría de la calidad de la atención con mayor rapidez.

Se espera que al final de las sesiones de aprendizaje, los proveedores de salud:

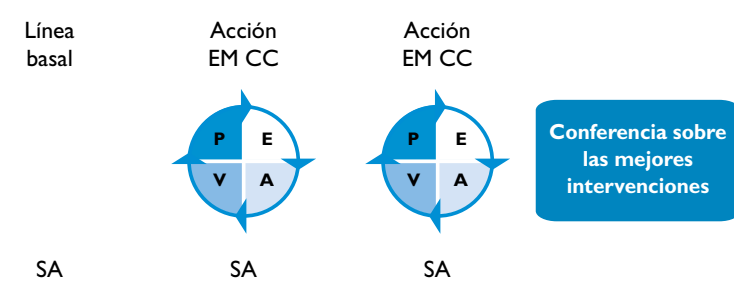
- Logren y aceleren las mejores intervenciones
- Documenten y diseminen el conocimiento actual y las mejores intervenciones
- Se identifiquen y se formen líderes de cambio
- Cambien los indicadores de salud materno neonatal

Esquema de la metodología del colaborativo

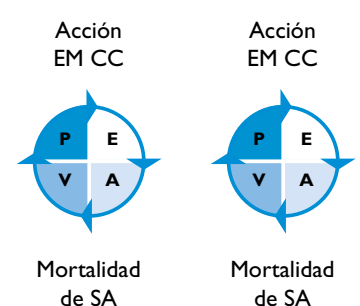
Fase Preparatoria



Fase de Demostración



Fase de Expansión



REPORTE MENSUAL DE LOS INDICADORES
INTERCAMBIO CONTINUO DE EXPERIENCIAS:

- Visitas de Coaching (acompañamiento)
- Reuniones periódicas de los equipos
- Llamadas telefónicas, sitios Web

Anexo No. 2: Mejores Intervenciones del ProCONE Básico y Comunitario en San Marcos

ProCONE básico

Aspectos más destacados del proceso de aplicación

El aspecto más destacado por los EMCC fue la importancia de medir el cumplimiento de los estándares basados en la evidencia. Si se quieren mejorar continuamente los servicios que se prestan a la población, la no medición conduce a que las normas, procedimientos, estándares y protocolos tienden a no ser aplicados aunque estén bien elaborados. En ese sentido, la calidad de la atención de salud no pasa de ser un concepto abstracto, y en el mejor caso, en un acto individual sujeto a la voluntad de cada profesional. Sin un proceso establecido de definir, medir y monitorear la prestación de los servicios, las unidades de salud no pueden valorar de manera objetiva la calidad de la atención que brindan, por lo cual operan a ciegas para cualquier acción de mejoramiento.

Otro aspecto de suma importancia es el haber incorporado en la operación diaria de los servicios el concepto operativo de la calidad, representado en los estándares establecidos basados en la evidencia para la atención materna y neonatal, con instrumentos y herramientas específicas y la capacitación del personal del Área de Salud de San Marcos.

En este proceso se capacitaron ochenta trabajadores, entre técnicos de salud, auxiliares de enfermería, enfermeras profesionales, médicos generales y ginecólogos/obstetras en métodos y herramientas de Mejoramiento Continuo de la Calidad.

Sin lugar a dudas los EMCC fueron la célula básica del proceso de Mejora Continua, ya que con una periodicidad semanal o mensual realizaron la medición del cumplimiento de los estándares a través de la auditoría de los expedientes clínicos, analizaron los resultados y se discutieron las causas subyacentes en los problemas que afectaban la calidad. Por medio de iniciativas propias, los equipos pusieron en práctica ideas de cambio para mejorar de manera continua la calidad de la atención. Algunos de los equipos realizaron complementariamente encuestas de satisfacción de las y los usuarios.

Sin embargo, la implementación de la estrategia ProCONE en San Marcos también tuvo dificultades. Quizás la mayor fue la resistencia al enfoque de Mejoramiento Continuo de la Calidad y a realizar los cambios específicos a los procesos de atención. La aplicación del método de mejoramiento en sí mismo produjo resistencias, las cuales se manifestaron más fuertes en el estrato del personal médico de mayor edad, que mantienen un patrón pre establecido.

Los equipos de Mejoramiento de la calidad siempre recalcaron que la medición de la calidad a través de indicadores no es el reflejo del desempeño de ningún profesional individual, sino del desempeño del equipo responsable del proceso de atención que se trate.

En algunas ocasiones, la carencia de personal clave en ciertos servicios o la ausencia de equipos o insumos críticos, fueron también obstáculos importantes para la mejora del cumplimiento de la norma y estándares. Los equipos de Mejoramiento lograron resolver algunas de estas situaciones a través de actuar como elementos de gestión hacia las autoridades locales y nacionales.

2.1 Principales deficiencias encontradas e intervenciones implementadas por los equipos de MCC

2.1.1. ATENCIÓN PRENATAL

Para que la atención prenatal contribuya verdaderamente a cumplir los objetivos de disminuir el riesgo de muerte materna y perinatal, propiciar una adecuada atención del parto y asegurar futuras condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos, en toda mujer embarazada se deben realizar y registrar en su historia clínica las siguientes actividades:

- a. Evaluación de señales de peligro
- b. Antecedentes personales y obstétricos
- c. Medición de talla y peso
- d. Evaluación del estado nutricional
- e. Registro de vacunación antitetánica
- f. Identificación de semanas de amenorrea
- g. Determinación de la tensión arterial
- h. Medición de la altura uterina
- i. Auscultación de los latidos cardiacos fetales (FCF), detección de movimientos fetales y actitud fetal (presentación, posición y situación) aplicable desde las 32 semanas de gestación

- j. Prescripción de hierro y de ácido fólico
- k. Orden médica o registro de los resultados de los siguientes exámenes prenatales: grupo sanguíneo, factor Rh, pruebas de sensibilización, VDRL, glucosa, hemoglobina, hematocrito, prueba de tamizaje de VIH/ Sida (previo consentimiento de la mujer embarazada). En el primer control debe constar la indicación de estos exámenes y en el siguiente deberán anotarse los resultados obtenidos en cada uno de ellos
- l. Consejería en tópicos que menciona la norma:
 - Señales de Peligro
 - Consejería pre y post prueba de VIH
 - Lactancia Materna
 - Plan de emergencia de parto individual, familiar y comunitario
 - Alimentación, administración de micronutrientes y Vacunación
 - Planificación familiar. Adicionalmente, la embarazada debe recibir un mínimo de cuatro controles prenatales, repartidos periódica y continuamente durante su proceso de embarazo e iniciando dentro de las primeras 20 semanas de gestación.

Deficiencias del proceso de Atención Prenatal encontradas por los equipos de mejoramiento

Las principales deficiencias en el proceso de atención prenatal que se documentaron durante el colaborativo de San Marcos fueron las siguientes:

1. Ausente o incorrecta toma o registro de la presión arterial

Los equipos encontraron que la presión arterial en las embarazadas no se tomaba en la preconsulta y que una causa era la falta o mal estado de esfigmomanómetros. Se concluyó que el deterioro de estos elementos era debido al tiempo y frecuencia de su uso por todo el personal, además de que a menudo los trabajadores no tienen el suficiente cuidado en su utilización y mantenimiento, al no ser un bien que se encuentre bajo su responsabilidad. Otro hallazgo fue que aunque la presión arterial se tomara, ésta era incorrectamente registrada.

2. Incumplimiento de la prescripción de micronutrientes

Otra deficiencia fue que con frecuencia no se cumplía con la prescripción de hierro y ácido fólico. Esta deficiencia fue atribuida al desabastecimiento de estos micronutrientes en las bodegas y farmacias de los establecimientos como

resultado de deficiencias en el trámite administrativo para la obtención oportuna de estos productos.

3. Diversos formatos de expedientes clínicos para la atención prenatal

Se encontraron diversos formatos de expedientes clínicos para el registro de la atención prenatal, algunos de los cuales no contaban con los espacios para el registro de los criterios definidos, por lo cual los datos de las pacientes se registraban en hojas en blanco. Esta práctica dificultó la realización de todos los pasos de una atención de calidad, así como de la posterior evaluación de la atención brindada.

4. Incumplimiento en ordenar exámenes de laboratorio

Con frecuencia se encontró que no se ordenaban ni se realizaban los exámenes de laboratorio indicados en la norma, especialmente para el primer control prenatal. Se adujo que el criterio no se podía cumplir por inexistencia de laboratorio en los establecimientos y/o por falta de insumos en los laboratorios existentes.

5. Resistencia del personal a aplicar los estándares para el mejoramiento de la atención prenatal

Los profesionales médicos y de enfermería manifestaron que la aplicación de los estándares era una sobrecarga de trabajo, por lo cual se resistieron a hacerlo.

Intervenciones implementadas por los equipos de mejoramiento

1. Dotación de esfigmomanómetros

Se hizo la solicitud, por parte de los equipos de mejoramiento, al Área de Salud de San Marcos, para la dotación de esfigmomanómetros. El Área de Salud realizó la compra directa de los elementos y abasteció a los lugares en donde no había. También se dieron de baja en el inventario y se repusieron los que estaban viejos o deteriorados.

2. Capacitación del personal para el cumplimiento de la norma y el adecuado abastecimiento de micronutrientes

Se realizaron reuniones de capacitación sobre las normas de atención, con énfasis en la prescripción de hierro y ácido fólico; posteriormente, se dio seguimiento con tutoría al personal que no cumplía la norma.

Para tener la provisión de micronutrientes, con la participación y compromiso del Área de Salud, se recapacitó al personal en la elaboración y trámite del formato de Balance, Requisición y Suministro de Insumos -BRES-, con la definición de máximos y mínimos, a manera de garantizar el abastecimiento adecuado en cada servicio.

3. Estandarización del expediente clínico

Con participación del personal del nivel central y del Área de Salud de San Marcos, y con base en las normas nacionales y la evidencia científica, se elaboraron varias propuestas de expedientes clínicos, las cuales fueron sometidas a procesos de revisión y validación. Se llegó a la concreción de un expediente clínico único, que fue validado por los servicios de salud de todo el país y que tiene el aval de la Dirección y Regulación de los Programas de Atención a las Personas -DRPAP-, que incluye atención prenatal, posparto, atención del recién nacido y de la niñez, el cual se aplica en toda el Área de Salud y se obtiene la información requerida para continuar el proceso de mejoramiento de los servicios.

4. Gestión para la disponibilidad de servicios de laboratorio clínico

Los equipos de mejoramiento desarrollaron diversas actividades para mejorar la disponibilidad de servicios de laboratorio clínico para realizar los exámenes requeridos por el estándar de atención de calidad. En el Centro de Salud de San Lorenzo se gestionó el apoyo de la alcaldía municipal y de instituciones privadas, donando equipo médico: doopler, otorrino laringoscopios y la provisión de los insumos necesarios en el laboratorio, de forma que las muestras de la paciente se tomen durante la espera y los resultados estén listos en el momento en que la embarazada es evaluada.

En el Centro de Atención permanente de San Pedro se logró un acuerdo con el Hospital de San Marcos, por medio del cual las pacientes son citadas un día a la semana y los técnicos del Hospital se desplazan al CAP para tomar las muestras; los resultados son enviados al CAP para su interpretación y decisión de conductas a tomar.

5. Revisión del proceso de atención con los propios profesionales

Con el fin de reducir la resistencia en la aplicación de los estándares de atención, se revisó con los distintos profesionales médicos y de enfermería, el proceso de atención que cada uno empleaba con sus pacientes. Los resultados de la revisión permitieron destacar las fallas o ausencias en que los profesionales incurrieron, por no seguir los estándares establecidos. Al hacerse evidentes estos hallazgos con la participación de los mismos profesionales, la atención mejoró por su propia convicción.

En varios Centros se consideró que la capacitación del personal debe ser permanente, tanto para los antiguos como para los de recién ingreso, por lo cual se adoptó un esquema de desarrollo del personal como proveedores calificados en atención prenatal.

Resultados alcanzados

Los equipos de mejoramiento continuo de la calidad lograron mejorar la calidad de la atención prenatal en forma significativa, pasando de porcentajes de nivel medio de cumplimiento de los estándares hasta estar por arriba del 85%. La permanencia de estos logros por varios meses significa que la aplicación de la metodología de mejoramiento y de los estándares se ha institucionalizado en los servicios del Área de Salud de San Marcos (Ver Gráfica I en Resultados del ProCONE Básico en San Marcos).

2.1.2. ATENCIÓN DEL PARTO

El parto es un momento de trascendental importancia para la mujer y el bebé, que se relaciona con su supervivencia inmediata, con la posibilidad de mejorar la salud y nutrición a largo plazo, pero al mismo tiempo con el riesgo de enfermar y de morir para ambos.

En el 2008, en San Marcos el 82% de los partos ocurrían en la comunidad (52% atendidos por comadrona tradicional capacitada y 30% por personal empírico, que incluye a comadronas no capacitadas, familiares y por la misma parturienta); aproximadamente el 10% de las muertes maternas ocurrían en las instituciones que atienden partos, por lo cual es necesario garantizar la mejor atención posible en estas instituciones.

La aplicación de estándares básicos de calidad en la atención del parto, la realización de prácticas basadas en la evidencia científica y la anulación de otras no recomendables, contribuyen al cumplimiento del objetivo de Desarrollo del Milenio de la ONU para reducir la razón de mortalidad materna en tres cuartas partes. Entre las prácticas basadas en la evidencia sobre las cuales hay consenso a nivel internacional están:

- a. Uso del Partograma para monitoreo de la labor de parto y toma de decisiones oportunas según las desviaciones de su curva
- b. Manejo Activo de la tercera etapa del parto -MATEP-
- c. Pinzamiento del cordón en tiempo óptimo

- d. Tratamiento inicial y referencia clínica en caso de complicaciones
- e. Cesárea solamente bajo indicaciones precisas y bajo protocolo
- f. Eliminación de prácticas rutinarias como episiotomía, rasurado y aplicación de enema
- g. Respeto a las prácticas culturales y a la cosmovisión de los pueblos y etnias que son usuarias de los servicios: permitir el acompañamiento de un familiar; asegurar un trato interpersonal amable y respetuoso, permitir escoger la posición para el parto, asegurar temperatura ambiente agradable, facilitar el uso de ropa culturalmente aceptable, facilitar el uso de infusiones y alimentos culturalmente aceptables, y otras prácticas no perjudiciales para la madre y el recién nacido/a.

A continuación se presentan las deficiencias e intervenciones en las dos primeras prácticas

Deficiencias encontradas por los equipos de mejoramiento en el uso del partograma

La evolución del parto en una mujer puede ser monitoreado a través de un instrumento gráfico denominado “Partograma”, que conduce además a tomar las decisiones oportunas con respecto al parto, si se toma en cuenta la dilatación cervical y la altura de la presentación en función del tiempo. La aplicación adecuada de este instrumento a cada mujer en labor de parto permite identificar precozmente la necesidad de una intervención médica inmediata y/o una referencia a un servicio con mayor capacidad de resolución; ello contribuye a disminuir la morbilidad y mortalidad materno-perinatales. También evita la prolongación innecesaria del trabajo de parto, disminuye en parte las proporciones de cesárea en los servicios especializados y, además, es una práctica económica y asequible.

Las principales deficiencias encontradas por los EMCC en el uso del partograma fueron las siguientes:

1. Llenado inadecuado o incompleto del partograma

Los EMCC encontraron que quienes atendían los partos no utilizaban la nomenclatura aceptada para el llenado del partograma, específicamente en lo relativo a las características del líquido amniótico, el moldeamiento, el descenso de la cabeza fetal por quintos y a la individualización del uso de las tiras de orina, en los casos que amerita como en las pacientes pre eclámpticas y no de rutina.

En otras oportunidades, el partograma no era llenado en su totalidad o a algunas parturientas no se les llenaba, especialmente en los días sábados y domingos. Por esta última razón, en los expedientes clínicos no aparecían algunos partogramas.

2. Inadecuado abastecimiento de partogramas

Por ser el partograma un instrumento con baja o ninguna utilización en los servicios, su abastecimiento era irregular:

Intervenciones implementadas por los equipos de mejoramiento

1. Abastecimiento de partogramas

Los EMCC realizaron las gestiones pertinentes para que los servicios hicieran las solicitudes de impresión y distribución de los partogramas, lográndose el compromiso del Gerente Financiero del Área de Salud de cumplir con el abastecimiento oportuno.

2. Capacitación para el llenado adecuado del partograma

Se realizó capacitación para el llenado del partograma y su interpretación, con diferentes modalidades: el curso “Alerta internacional”, conferencias magistrales por miembros de los EMCC, laboratorios para el llenado de partograma y utilización de una guía de llenado para estandarización de los criterios. Adicionalmente, se hizo la revisión y supervisión del llenado de los partogramas cada día, con apoyo tutorial de miembros de los EMCC.

3. Colocación de afiche de partograma en sala de labor y partos

Con el fin de ejercitar de manera práctica y docente la evolución de un trabajo de parto y la toma de decisiones oportunas, se colocó un afiche del partograma en la sala de labor y partos para su llenado e interpretación. Ello sirvió para identificar al personal que no lo llenaba adecuadamente, por ende, dar apoyo tutorial por miembros de los EMCC para corregir los errores y motivar a la mejoría.

4. Obligación de adjuntar el partograma a la ficha clínica

Las directivas de las Unidades de Salud tomaron la decisión de adjuntar el partograma a los expedientes clínicos, de manera obligatoria, con cada nuevo ingreso a la sala de labor y partos. Con el fin de corregir la ausencia de partogramas durante los fines de semana, la secretaria de la Unidad se encargó de dejar un paquete de expedientes clínicos completos -con partograma- así como un listado de control, para que todo nuevo ingreso fuera registrado y tuviera su respectivo partograma.

Resultados alcanzados

Los equipos de Mejora Continua de la Calidad lograron elevar el indicador de partos en los que se utilizó el partograma, desde niveles bajos del 63% hasta cumplimientos que sobrepasan el 80% y en una oportunidad llegaron al 98%. Esta acción indica que probablemente existe ya en los servicios de atención del parto una toma de conciencia por parte del personal y una aceptación del partograma como instrumento importante para la toma de decisiones sobre el trabajo de parto (Ver Gráfica 2 en Resultados del ProCONE Básico en San Marcos).

Deficiencias encontradas por los equipos de mejoramiento en el Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto -MATEP-

Esta práctica, basada en la evidencia, incluye tres acciones: a) la administración de medicamentos útero tónicos después del parto (10 UI de Oxitocina por vía intramuscular); b) la liberación de la placenta con tracción controlada y contra tracción uterina por encima del hueso pubiano y c) masaje uterino inmediatamente después de la salida de la placenta y cada 15 minutos en las siguientes 2 horas. Se ha demostrado que el manejo adecuado de esta etapa del parto disminuye en 60% la incidencia de hemorragia puerperal por atonía uterina.

Las principales deficiencias encontradas por los EMCC en el MATEP fueron las siguientes:

1. Manejo no estandarizado de la tercera etapa del parto

Los EMCC encontraron que el MATEP era diferente en cada servicio, a pesar de que el personal tenía conocimiento de las tres acciones que lo conforman: se aplicaban cantidades diferentes de oxitocina y se utilizaban diversas vías de administración o no la aplicaban porque aducían riesgo de retención de la placenta, la tracción y contra tracción de la placenta se hacía en cualquier momento y en ocasiones no se hacía el masaje uterino. En síntesis, no había estandarización del MATEP.

Inadecuado o incompleto registro del MATEP en la ficha clínica

En el expediente clínico no había evidencia de la aplicación de las tres acciones del MATEP; por ello, no se pudo definir si era utilizado como una práctica continua y en cumplimiento de las normas de salud reproductiva.

2. Desabastecimiento de oxitocina en los servicios

En los servicios de atención del parto no se tenía a la

oxitocina como un medicamento de primera línea pues su aplicación estaba sujeta a la indicación y criterio de cada médico; por ello, no había la decisión de mantener los servicios abastecidos con este medicamento. En algunos servicios en donde sí se utilizaba la oxitocina, ésta era donada por los familiares de las pacientes y así se mantenía un stock.

Intervenciones implementadas por los equipos de mejoramiento

1. Estandarización del MATEP

Se hizo difusión de la norma de salud reproductiva que señala la obligación de aplicar las tres acciones del MATEP a toda embarazada en trabajo de parto. Además se realizó capacitación en servicio de esta aplicación, supervisión directa también en servicio por parte de la enfermera, médico u otro proveedor asignado por el equipo de mejoramiento y se utilizaron instrumentos de evaluación de la aplicación, entre ellos, una lista de chequeo.

Registro del MATEP en los expedientes clínicos

En el Hospital de Malacatán se elaboró un sello que se coloca en la parte lateral del partograma, para evidenciar en forma escrita que se aplicaron las tres acciones del MATEP. A este sello se agregaron datos sobre el nacimiento y cuidado del recién nacido.

Otras decisiones en este aspecto fueron las revisiones de expedientes para confirmar la existencia en los mismos de la descripción de los tres pasos del MATEP; igualmente, se motivó al personal haciendo conocer al resto los avances positivos que se iban teniendo.

2. Abastecimiento de oxitocina

En acuerdo con el equipo de mejoramiento del Área de Salud de San Marcos, se hizo el compromiso de tener a la oxitocina como medicamento trazador en los servicios de atención del parto y hacer las solicitudes con base en la producción de los servicios. Por su parte, el Comité de Fármaco dependencia del Área se comprometió a optimizar el manejo del instrumento de Balance, Reposición y Envío de Suministros (BRES), para lograr el abastecimiento adecuado de la oxitocina.

Resultados alcanzados

Los equipos de mejoramiento de la calidad lograron que, de una cifra inicial del 78%, se cumpliera la norma del MATEP en el 98% de los casos, aplicando las tres acciones que lo conforman. En la gráfica de resultados (ubicada en la sección de Resultados del ProCONE básico), en los meses de enero

y febrero del 2008 no se realizó la medición, por falta de personal (Ver Gráfica 3 en Resultados del ProCONE Básico en San Marcos).

2.1.3. ATENCIÓN DEL POSPARTO INMEDIATO

El puerperio inmediato (24 primeras horas desde que ocurre el alumbramiento) es un período crítico e importante, por el alto riesgo de complicaciones que pueden presentarse y tener consecuencias fatales para la mujer puérpera y su hijo.

El cuidado del puerperio inmediato es importante para vigilar la involución uterina, detectar tempranamente y tratar las posibles complicaciones que se presenten (hemorragia, shock, preeclampsia) en este período; se deben tomar, entonces, los signos vitales con énfasis en la presión arterial y el pulso y realizar evaluaciones cada 15 minutos, la primera hora y cada 30 minutos la segunda hora después del parto. También se debe iniciar el contacto piel a piel, la lactancia materna exclusiva y el alojamiento conjunto de la madre y su hijo.

Deficiencias del proceso de Atención del Posparto inmediato encontradas por los equipos de mejoramiento

Las principales deficiencias en el proceso de atención del posparto inmediato que se documentaron durante el colaborativo de San Marcos fueron las siguientes:

1. Inexistencia o desconocimiento de la norma de atención en las primeras dos horas del posparto

No había una norma específica para la atención del postparto inmediato en los servicios de salud; sólo en algunos se hacía la toma de la presión arterial y el pulso.

2. Ausencia de registro de actividades de atención del posparto inmediato

Por la situación anterior, no había registro de la atención que se prestaba en el posparto inmediato; en algunos lugares las madres eran observadas y evaluadas para ser trasladadas al encamamiento, sin quedar constancia escrita en los expedientes de la evaluación que se había hecho. En otros servicios las pacientes pasaban directamente de la sala de labor y parto a encamamiento.

3. Ausencia o deterioro de los equipos de atención del posparto inmediato

Los EMCC observaron que los equipos para toma de la presión arterial estaban deteriorados y no eran funcionales. En algunos servicios en donde las puérperas eran

evaluadas, los esfigmomanómetros estaban descalibrados y no había un reloj con segundera para tomar el pulso o las respiraciones. Ello producía datos que tenían poca credibilidad.

Intervenciones implementadas por los equipos de mejoramiento

1. Difusión de la norma de atención del posparto inmediato

Se realizó la difusión de la norma de atención del posparto inmediato a los servicios y cada uno se comprometió a mantener el documento que la contiene en su área de trabajo. También se hizo capacitación y tutorías en servicio por los EMCC, así como charlas sobre varios temas, entre ellos las señales de peligro. Igualmente se utilizaron carteles con recordatorios sobre la norma.

Los EMCC sostuvieron reuniones con el grupo de auxiliares de enfermería, para discutir con ellas la importancia del control posparto, en especial para dar la voz de alerta temprana en casos de complicaciones.

2. Registro de la atención del posparto inmediato en el expediente clínico

Se preparó, validó y gestionó la impresión de una hoja para registrar la atención del posparto inmediato en el servicio, la cual se constituyó en parte importante del expediente clínico. A partir de esta decisión, se realizó la supervisión de los expedientes clínicos para determinar la buena atención del posparto inmediato. Esta supervisión también se realizó durante los turnos y cuando el estándar no se cumplió, se hizo una amonestación verbal o escrita al trabajador.

3. Dotación de esfigmomanómetros

Se hizo solicitud, por parte de los equipos de mejoramiento, al Área de Salud de San Marcos, para la dotación de esfigmomanómetros; el Área de Salud realizó la compra directa de los elementos y abasteció a los lugares en donde no había. También se dieron de baja en el inventario y se repusieron los que estaban viejos o deteriorados.

4. Asignación de responsabilidades a las enfermeras profesionales

Las enfermeras profesionales se hicieron cargo de velar por el buen funcionamiento de los relojes de pared, así como a gestionar los reemplazos en caso de deterioro total.

Resultados alcanzados

Al inicio se cumplía el 68% de la atención del posparto inmediato en los servicios de atención del parto. Las

acciones de mejora continua de los EMCC lograron elevar el indicador hasta más arriba del 85% e incluso superar el 90%. El descenso que se muestra en la gráfica en los meses de junio a agosto (ubicada en la sección de Resultados del ProCONE básico), es debido a que uno de los servicios se quedó sin personal calificado (Ver Gráfica 4 en Resultados del ProCONE Básico en San Marcos).

2.1.4. CUIDADOS RUTINARIOS DEL RECIÉN NACIDO

Los momentos inmediatamente posteriores al nacimiento de un niño o una niña son de crucial importancia, pues inicia una etapa de adaptación a un ambiente desconocido que le representa dificultades en aspectos de temperatura, oxigenación y empezar a utilizar una fuente nutricional totalmente ajena a su experiencia de 40 semanas de gestación. Todo esto puede ser superado sin mayor dificultad cuando todos los mecanismos y capacidades fisiológicas del neonato están intactos; sin embargo, amenazas externas y deficiencias propias de su condición pueden transformar este fenómeno del nacimiento en un riesgo que atente contra su vida o su salud.

La atención entonces, se orienta a disminuir al mínimo las posibilidades de enfermedad y muerte del neonato, para lo cual es necesario:

- a. Vigilar y favorecer su respiración espontánea, reflejada en un esfuerzo respiratorio regular, un color de piel sonrosada y un llanto vigoroso
- b. Prevenir pérdidas de calor por conducción, evaporación, radiación y convección
- c. Prevenir y controlar infecciones, especialmente de los ojos y el cordón umbilical, así como el lavado de manos antes y después de su manipulación
- d. Asegurar amamantamiento materno inmediato y alojamiento conjunto pues el contacto piel a piel, continuo e ininterrumpido, optimiza el inicio de la lactancia materna

Estas acciones deben ser registradas en el expediente clínico, así como el sexo, el peso al nacer, la talla y el perímetro cefálico en cms, el APGAR al minuto y los cinco minutos, la realización o no de reanimación respiratoria, el examen físico, la administración de 1 mg. de vitamina K IM y la profilaxis de oftalmía bacteriana.

Deficiencias de los Cuidados Rutinarios del Recién Nacido encontradas por los equipos de mejoramiento

Las principales deficiencias de los Cuidados Rutinarios del Recién Nacido que encontraron los EMCC fueron las siguientes:

1. Incumplimiento de los Cuidados Rutinarios del Recién Nacido

Los EMCC encontraron que no se realizaban todas las acciones de atención al recién nacido, que no se tenían suficientes paños en el paquete de atención para protegerlo del frío, que no se aplicaba el apego inmediato y que su evaluación clínica era muy superficial.

2. Insuficiente registro de los procedimientos y datos del recién nacido en el expediente

No se anotaron en el expediente clínico datos importantes del recién nacido, como son la somatometría, los resultados de los exámenes de laboratorio, la práctica del alojamiento conjunto, la administración de medicamentos y vacunas.

Desabastecimiento de medicamentos

Algunos servicios no contaban con vitamina K ni cloramfenicol para el cumplimiento de la norma de atención.

Intervenciones implementadas por los equipos de mejoramiento

1. Difusión de los Cuidados Rutinarios del Recién Nacido

Se realizó la difusión de Cuidados Rutinarios del Recién Nacido a los servicios por iniciativa de cada equipo de mejoramiento y cada uno se comprometió a mantener el documento que los contiene en su área de trabajo. También se hizo capacitación y tutorías en servicio por los EMCC, se colocaron carteles para cumplimiento de los cuidados y se fortaleció la consejería en lactancia materna y en señales generales de peligro.

2. Registro de los datos y procedimientos en los expedientes

Se realizó supervisión de los expedientes clínicos para determinar si se cumplía con los Cuidados Rutinarios del Recién Nacido. Un aspecto importante de mencionar es que al validar el sello que se hizo para registrar el MATEP en los servicios, surgió como idea que también fueran registrados los datos del recién nacido y sus procedimientos, acción que fue bien integrada y el sello es usado por todos los servicios de atención del parto.

3. Abastecimiento de medicamentos

En acuerdo con el equipo de mejoramiento del Área de Salud de San Marcos, se hizo el compromiso de mantener

el abastecimiento de Vitamina K y cloramfenicol. Por su parte, el Comité de Fármaco dependencia del Área se comprometió a optimizar el manejo del instrumento de Balance, Reposición y Envío de Suministros (BRES), para lograr el abastecimiento adecuado de estos medicamentos.

Resultados alcanzados

Se partió del cumplimiento del 60% de los cuidados rutinarios del recién nacido y con los esfuerzos de los EMCC, se logró una mejora continua y visible en el indicador, que no ha descendido del 90% (Ver Gráfica 5 en Resultados del ProCONE Básico en San Marcos).

PROCONE COMUNITARIO: ASPECTOS GENERALES DE LA IMPLEMENTACIÓN

Dado que el propósito del ProCONE comunitario es contribuir a reducir la mortalidad materna y neonatal mejorando la demanda y el acceso a los servicios de CONE con la participación activa de las embarazadas, sus familias, las comunidades organizadas y los proveedores de salud comunitarios e institucionales, es fundamental contar con la participación del MSPAS a través de los diferentes niveles de organización.

A continuación se describe la implementación del ProCONE comunitario a través de la estructura organizacional del ministerio:

MSPAS Central

Se conformó un equipo de trabajo liderado por el -MSPAS- a través del Departamento de Promoción y Educación en Salud -PROEDUSA-, el Programa Nacional de Salud Reproductiva -PNSR-, expertos en el tema y asesores del proyecto USAID|Calidad en Salud y otros organismo de cooperación externa. Este equipo ha tenido las siguientes responsabilidades:

- Aprobar el Área donde se implementó la fase demostrativa del Colaborativo de ProCONE comunitario
- Establecer el paquete de mejores prácticas para la promoción y la organización comunitaria
- Definir los estándares e indicadores de la calidad de la promoción que han sido aplicados
- Participar en la planificación y seguimiento del Colaborativo ProCONE Comunitario
- Estimular la participación de los Directores de Área de Salud y la conformación de los Equipos de Mejoramiento

Colaborativo de la Promoción -EMCP-

- Estimular la participación de los equipos en las sesiones de aprendizaje y en los períodos de acción de la metodología
- Explicar y apoyar la implementación de los planes de mejoramiento en las unidades de salud y, especialmente en la comunidad

Dirección del Área de Salud

A nivel de la Dirección del Área de Salud de San Marcos se organizó un equipo de seguimiento y apoyo al Colaborativo ProCONE Comunitario, liderado por la coordinadora de promoción del área, la facilitadora de IEC del equipo de salud reproductiva, dos enlaces del mismo equipo, el coordinador de técnicos en salud rural -TSR- de área y el coordinador de extensión de cobertura del área. Las funciones de este equipo han sido:

- Organizar las sesiones de aprendizaje de los equipos distritales
- Coordinar y brindar apoyo para la participación de EMCP en las sesiones de aprendizaje
- Conocer, apoyar y divulgar los procesos que se han mejorado
- Asesorar a los EMCP
- Consolidar la información mensual sobre las mediciones realizadas en los establecimientos de salud y en la comunidad

Distritos de Salud

A nivel de Distrito de Salud participaron en el ProCONE Comunitario el coordinador municipal de salud (director del distrito), la enfermera profesional, el TSR o el inspector de saneamiento ambiental responsable de la promoción y educación en salud del Distrito, las auxiliares de enfermería en Puestos de Salud seleccionados, coordinadores de ONG, representantes de facilitadores comunitarios y de comadronas tradicionales de comunidades seleccionadas.

Las funciones del EMCP a este nivel han sido:

- Participar en cada una de las sesiones de aprendizaje realizadas
- Organizar el trabajo en su servicio y la comunidad para mejorar los procesos de consejería prenatal, consejería posparto, promoción de los servicios, organización y participación comunitaria, con énfasis en los planes de emergencia comunitarios

- Medir o apoyar la medición de indicadores
- Planificar las intervenciones para mejorar los procesos y apoyar su implementación
- Elaborar los informes para ser compartidos en las sesiones de aprendizaje

En el 2008, dentro del Colaborativo ProCONE Comunitario se involucraron los 23 Distritos de Salud de San Marcos. Los primeros 11 Distritos participantes fueron priorizados con base a la mortalidad materna⁷ e indicadores de vulnerabilidad. Los siguientes distritos comenzaron el proceso de mejora a finales de 2007:

1. Comitancillo
2. San Pablo
3. San Miguel Ixtahuacán
4. Tacaná
5. Ixchiguán
6. Malacatán
7. San Pedro Sacatepéquez
8. Concepción Tutuapa
9. San José Ojetenam
10. Tajumulco
11. El Quetzal

Los otros 12 Distritos de Salud restantes iniciaron el ProCONE Comunitario en junio del 2008.

Servicios con Atención de Partos

Para la sub-estrategia de humanización y adecuación cultural de la atención del parto -HACAP-, en septiembre del 2008 se conformaron equipos HACAP en cinco servicios de salud con atención de partos: Centro de Atención Integral Materno Infantil -CAIMI- de Ixchiguán, hospital distrital de Malacatán y el hospital nacional de San Marcos.

Los equipos HACAP incluyen -además del director del servicio, el director de la maternidad y miembros del personal de salud de las maternidades- a representantes de las comadronas tradicionales, usuarias del servicio y autoridades locales⁸.

Las funciones de estos equipos de mejoramiento de HACAP han sido:

- Participar en cada uno de tres talleres de HACAP
- Organizar el trabajo en su servicio para mejorar el trato y adecuar culturalmente la atención del parto
- Planificar las intervenciones para mejorar los procesos de HACAP
- Elaborar los informes para ser compartidos en las sesiones de aprendizaje

Actividades del Colaborativo ProCONE Comunitario 2007-2008

Actividad	Descripción	Producto
Sesión de Aprendizaje 1	<ul style="list-style-type: none"> • Formación de EMCP • Temas: calidad, ProCONE Comunitario, estándares e indicadores • Instrumentos de medición • Práctica de campo 	<ul style="list-style-type: none"> • 11 EMCP conformados, sensibilizados y capacitados
Sesión de Aprendizaje 2	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de línea de base • Planificación de cambios 	<ul style="list-style-type: none"> • 11 líneas de base presentadas • 10 EMCP entregaron planificación
Sesión de Aprendizaje 3	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de mediciones • Inicio de documentación de intervenciones realizadas • Nueva planificación de cambios 	<ul style="list-style-type: none"> • 11 EMCP presentaron mediciones • 10 EMCP entregaron planificación
Sesión de Aprendizaje 4	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de mediciones • Documentación grabada de intervenciones realizadas • Nueva planificación de cambios 	<ul style="list-style-type: none"> • 11 EMCP presentaron mediciones y planificaron cambios
Primer taller HACAP	<ul style="list-style-type: none"> • CAP Tacaná y CAIMI Ixchiguán realizaron taller conjunto • Hospital de Malacatán realizó taller • Hospital de San Marcos y CAP San Pedro realizaron taller conjunto 	<ul style="list-style-type: none"> • Se identificaron áreas para cambiar

⁷Se seleccionaron los distritos en los que históricamente han habido muertes maternas.

⁸La Coordinadora de Promoción, con asistencia técnica del proyecto USAID|Calidad en Salud, elaboró un proyecto para conformar equipos y llevar a cabo los talleres HACAP, el cual ha sido financiado por el Consejo de Desarrollo Departamental -CODEDE- de San Marcos a través de la ONG Asociación Pro Desarrollo del San Marcos -ASOPRODE-.

Anexo No. 3: Estándares e Indicadores de monitoreo

Los estándares de cuidados obstétricos y neonatales esenciales básicos e integrales de calidad han sido definidos por el equipo coordinador del MSPAS. Los estándares a medir en la atención materna se refieren a la identificación y el manejo de las complicaciones durante el prenatal, trabajo de parto, parto y posparto, principalmente la hemorragia, sepsis e hipertensión. En el neonato, los estándares se enfocan en los cuidados rutinarios del recién nacido, el manejo de la asfixia y la atención del neonato con riesgo al nacer.

Los estándares y los criterios para su cumplimiento están descritos en las normas del segundo nivel de atención (incluidos los servicios reforzados tipo CAP y CAIMI), en las “Guías de atención de emergencias obstétricas” y en las “Guías de atención en hospitales de la niña y niño con enfermedades prevalentes” (adaptación del AIEPI neonatal de la OPS/OMS).

Cumplimiento de estándares y mejoramiento continuo de la calidad

El manejo con calidad de las complicaciones maternas y neonatales en los servicios consiste en el cumplimiento, medición y mejoramiento continuo -por parte del personal de los servicios- de estándares (de entradas, procesos y

resultados) que están diseñados para atender las principales causas directas de mortalidad materna y neonatal. El médico (obstetra), la enfermera profesional, la auxiliar de enfermería y el pediatra participan en el cumplimiento, medición y mejoramiento continuo de los estándares.

Para promover el cumplimiento de los estándares de calidad se utiliza la metodología de mejoramiento colaborativo, por medio de la cual el personal de salud -conformado en equipos de mejoramiento- mide, grafica y analiza el valor de los indicadores. De este proceso, surgen propuestas de intervención para el mejoramiento continuo o mantenimiento del indicador; una vez se haya estabilizado o alcanzado el estándar.

Los equipos de mejoramiento reciben acompañamiento del área y nivel central, quienes les apoyan en sus reuniones de aprendizaje y para que los resultados de esta experiencia sean compartidos con equipos de otros servicios. Por ejemplo, se comparten las dificultades encontradas en el mejoramiento de la calidad de la atención con otros servicios, el área y el nivel central para juntos encontrar soluciones.

Definición de los estándares e indicadores

Se han diseñado estándares e indicadores para medir y mejorar los procesos de atención materna en el embarazo, parto y posparto y atención neonatal, siguiendo las tres líneas de acción de la estrategia:

Estándares e indicadores del ProCONE Comunitario

Proceso	Estándar	Indicador
*	Toda complicación materna y neonatal es atendida en un servicio CONE	Porcentaje de complicaciones esperadas (15% de los partos atendidos) que llegan a un servicio CONE integral
1	Reconocimiento de señales de peligro y plan de emergencia familiar	
1.1	Toda embarazada reconoce al menos tres señales de peligro en el embarazo, parto y posparto	Porcentaje de embarazadas entrevistadas que reconocen al menos tres señales de peligro en el embarazo, parto y posparto
1.2	Toda embarazada reconoce al menos tres señales de peligro en el recién nacido	Porcentaje de embarazadas entrevistadas que reconocen al menos tres señales de peligro en el recién nacido
1.3	Toda embarazada tiene un plan de emergencia familiar	Porcentaje de embarazadas entrevistadas que tiene un plan de emergencia familiar
2	Organización y participación en plan de emergencia comunitario	
2.1	Toda comunidad priorizada tiene una comisión o comité de salud con un plan de emergencia comunitario funcionando	Porcentaje de comunidades priorizadas que tiene una comisión o comité de salud con un plan de emergencia comunitario funcionando
2.2	La comisión o comité de salud refiere/traslada a mujeres y recién nacidos con complicaciones a los servicios de CONE	Número de referencias/traslados a servicios CONE documentadas por comisiones o comités de salud con plan de emergencia comunitario

* Este indicador fue agregado posteriormente para medir la demanda satisfecha de atención a las complicaciones materno neonatales, como resultado de las acciones del ProCONE Comunitario.

Proceso	Estándar	Indicador
2.3	Toda comunidad con plan de emergencia comunitario cuenta con apoyo municipal, especialmente para el transporte de emergencias	Porcentaje de comunidades con plan de emergencia comunitario que cuenta con apoyo municipal, con énfasis en el transporte de emergencias
3 Comadronas con nuevo rol e integradas a servicios interculturales		
3.1	Toda comadrona tradicional está capacitada en la detección y referencia de complicaciones materno neonatales	Porcentaje de comadronas tradicionales capacitadas en detección y referencia de complicaciones materno neonatales
3.2	Las comadronas refieren a mujeres y recién nacidos con complicaciones a los servicios CONE	Número de referencias a servicios CONE documentas por comadronas
3.3	Las comadronas de las comunidades priorizadas participan en el proceso de adecuación cultural de los servicios de atención de partos	Porcentaje de comadronas de comunidades priorizadas que participan en el proceso de adecuación cultural de los servicios de atención de partos
4 Humanización y adecuación cultural de los servicios con atención de partos		
4.1	Todo servicio que atiende partos tiene un proceso de humanización y adecuación cultural en marcha	Porcentaje de servicios que atienden partos que está implementando un proceso de humanización y adecuación cultural en la atención del parto (HACAP)

Estándares e indicadores del ProCONE Básico

Proceso	Estándar	Indicador
I Atención materna		
1.1	Toda embarazada en la consulta prenatal deberá recibir atención con énfasis en criterios seleccionados de la norma	Porcentaje de mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal con énfasis en criterios seleccionados de la norma
1.2	Toda mujer puérpera que acude a un servicio deberá recibir atención con énfasis en criterios seleccionados de la norma	Porcentaje de mujeres puérperas que recibieron la atención según criterios de las normas
1.3*	En todo parto atendido en servicios deberá llenarse correctamente el partograma	Porcentaje de expedientes clínicos con partogramas/partos en el servicio en los cuales se llenó correctamente el partograma
1.4*	En todo parto atendido en los servicios de salud se tomaron decisiones en la curva de dilatación cervical del partograma	Porcentaje de partogramas con desviaciones en la curva de dilatación cervical que tuvieron manejo adecuado (estabilización y referencia)
1.5*	En todo parto vaginal, se le realizará manejo activo de la tercera etapa del parto	Porcentaje de partos vaginales en los que se llevó a cabo el manejo activo de la tercera etapa del parto
1.6*	Toda mujer en posparto inmediato recibirá atención según lo estipula la norma	Porcentaje de mujeres en posparto inmediato, en las que se cumplieron los criterios seleccionados según la norma
2 Atención del menor de 28 días de vida		
2.1	Todo menor de 28 días en consulta ambulatoria debe ser evaluado, clasificado y tratado integralmente de acuerdo a las normas	Porcentaje de menores de 28 días en consulta ambulatoria que se evalúan, clasifican y tratan integralmente de acuerdo a las normas
2.2*	Todo recién nacido/a deberá recibir cuidados rutinarios con énfasis en criterios escogidos de la norma	Porcentaje de recién nacidos/as que recibieron cuidados rutinarios según criterios seleccionados de la norma
3 Atención a la niñez		
3.1	Todo lactante y niño de 28 días a 2 años debe recibir atención preventiva integral	Porcentaje de lactantes y niños de 28 días a 2 años que reciben atención preventiva integral

* Los estándares marcados se miden sólo en los servicios de atención del parto

Estándares del ProCONE de complicaciones

Proceso	Estándar	Indicador
1	Toda mujer con hemorragia obstétrica recibe manejo inicial según criterios establecidos en la norma	Porcentaje de mujeres con hemorragia obstétrica que cumplen con los criterios seleccionados según la norma
2	Toda embarazada con pre-eclampsia o eclampsia recibe manejo según criterios establecidos en la norma	Porcentaje de embarazadas con preeclampsia o eclampsia en que se cumplen los criterios seleccionados según la norma
3	Toda mujer con infección / sepsis obstétrica recibe manejo según criterios establecidos en la norma	Porcentaje de mujeres puérperas con sepsis posparto en que se cumplen los criterios seleccionados según norma
4	Toda mujer con ruptura prematura de membranas ovulares (RPMO) mayor de 12 horas de evolución recibe antibióticos profilácticos	Porcentaje de mujeres con RPMO mayor de 12 horas (boletas) que recibieron antibióticos profilácticos
5	Toda mujer con Amenaza de parto prematuro recibe dexametasona o betametasona profilácticamente	Porcentaje de mujeres con amenaza de trabajo de parto prematuro (boletas) que recibieron dosis adecuada de dexamesatona o betametasona
6	En todo neonato con depresión respiratoria deben cumplirse los criterios de atención establecidos	Porcentaje de recién nacidos en quienes se cumplieron los criterios de atención para la depresión respiratoria severa
7	En todo neonato con diagnóstico de infección/sepsis se cumplen los criterios de atención establecidos	Porcentaje de neonatos con diagnóstico de sepsis temprana se cumplen los criterios de atención establecido
8	En todo neonato con diagnóstico de síndrome de dificultad respiratoria se cumplen los criterios de atención establecidos	Porcentaje de neonatos en quienes se cumplieron los criterios de atención para el Síndrome de dificultad respiratoria
9	En todo neonato con prematurez/bajo peso al nacer se cumplen los criterios de atención establecidos	Porcentaje de neonatos en quienes se cumplieron los criterios de atención para prenatuz/bajo peso al nacer
10	Todos los servicios de atención neonatal hospitalaria deben cumplir con los pasos de los servicios amigos de la lactancia materna	Porcentaje de servicios de atención neonatal hospitalaria que cumplen con todos los pasos de los servicios amigos de la lactancia materna



Proyecto USAID|Calidad en Salud

8a. Ave. 10-74, Zona 10
Las Margaritas, Guatemala, Guatemala

PBX: 502-2485-5988

El proyecto Calidad en Salud es administrado por University Research Co., LLC (URC).