



PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA POST-PARTO: LA IMPORTANCIA DEL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

LA HEMORRAGIA POST-PARTO ES LA PRINCIPAL CAUSA DE MUERTE MATERNA A NIVEL MUNDIAL

Más de medio millón de mujeres mueren cada año por complicaciones relacionadas al embarazo y parto. La hemorragia post-parto (HPP) –sangrado uterino no detectado que ocurre después del parto– es la principal causa de muertes maternas a nivel mundial. La HPP usualmente ocurre de manera inesperada y puede llevar a la muerte en menos de dos horas si no se provee tratamiento. En muchos países en desarrollo, una mujer que empieza a experimentar hemorragia tiene pocas o nulas oportunidades de acceder a la atención de salud para salvar su vida. Por ende, prevenir la HPP constituye una estrategia de importancia crítica para reducir la mortalidad materna. La atonía uterina, que ocurre cuando los músculos uterinos no se contraen normalmente después del parto, es la principal causa de HPP y puede prevenirse en la mayoría de casos mediante una práctica clínica basada en evidencia conocida como manejo activo del tercer período del parto (MATEP). No obstante, muchos servicios de salud a nivel mundial no proveen de forma rutinaria el MATEP, lo cual representa un problema grave de calidad en la atención de la salud materna.

El MATEP reduce la HPP en más del 50% cuando se administra a la mujer justo después del nacimiento de su bebé y antes del alumbramiento de la placenta, durante el tercer período del trabajo de



“Estimamos que anualmente 1,4 millones de partos no reciben un manejo adecuado del tercer período del trabajo de parto. . . . Esto representa 1,4 millones de oportunidades perdidas para prevenir la hemorragia post-parto que constituye la principal causa de muerte materna”

Stanton y col. 2009

RECUADRO I

Los tres elementos del manejo activo del tercer período del parto para reducir la HPP

- 1) Administrar un medicamento “uterotónico” como la oxitocina inmediatamente después del parto para ayudar al útero a contraerse.
- 2) Controlar el alumbramiento de la placenta mediante la tracción controlada del cordón umbilical mientras se brinda contra-tracción externa al útero.
- 3) Masajear el útero externamente durante y después del alumbramiento de la placenta.

Fuente: Organización Mundial de la Salud 2002

parto (Prendiville y col. 2000). El MATEP se compone de tres etapas, numeradas en el Recuadro I. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que todas las mujeres reciban MATEP administrado por un prestador de salud capacitado, usualmente una enfermera, obstetriz, médico o, en ciertas circunstancias, una auxiliar de enfermería capacitada (Mathai y col. 2007).

Las intervenciones para el cuidado de la salud como el MATEP se consideran de “alto impacto” porque inciden sobre una de las causas principales de mortalidad, y están “basadas en la evidencia” porque se ha probado mediante métodos de investigación rigurosos que reducen la mortalidad. Publicaciones recientes han sintetizado las intervenciones de “alto impacto”, “basadas en la evidencia” que pueden reducir la mortalidad y morbilidad materna y neonatal (Darmstadt y col. 2005; Campbell y Graham 2006; Lawn y col. 2009). No obstante, hay menos conocimiento

FEBRERO 2010

Este reporte técnico fue preparado por University Research Co., LLC (URC) para revisión por parte de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Sus autores son Kathleen Hill, Jorge Hermida, Maina Boucar, Youssef Tawfik y Lani Marquez. Las actividades aquí descritas para reducir la mortalidad materna y la hemorragia post-parto se llevaron a cabo dentro del Proyecto de USAID de Mejoramiento de la Atención en Salud (HCI), administrado por URC bajo los términos del Contrato No. GHN-I-01-07-00003-00, gracias al apoyo del pueblo americano a través de la USAID. Los contenidos del informe son de exclusiva responsabilidad de URC y no necesariamente reflejan los puntos de vista de USAID o del Gobierno de los Estados Unidos.

y evidencia disponible para guiar la implementación y expansión efectiva de paquetes de intervención de alto impacto como parte de la atención rutinaria del parto.

LA RELEVANCIA DEL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD: POR QUÉ LOS MEDICAMENTOS Y LA CAPACITACIÓN NO SON SUFICIENTES

En países que concentran el mayor número de mujeres que mueren por hemorragia post-parto, existen muchas barreras que impiden a las mujeres recibir MATEP. Entre los principales obstáculos se encuentra la falta de acceso a la atención de salud calificada debido a barreras financieras, geográficas y culturales. En muchos países con alta tasa de mortalidad, la mayoría de mujeres dan a luz en sus casas, a menudo sin un agente de atención del parto calificado. Sin embargo, incluso cuando las mujeres tienen acceso a la atención calificada, a menudo no reciben el MATEP. En contextos donde el MATEP forma parte de la atención rutinaria del post-parto, investigaciones han descubierto problemas comunes en el cumplimiento de estándares de MATEP, incluyendo los tiempos correctos de administración del uterotónico y el cumplimiento de los tres pasos que componen el MATEP (Harvey y col. 2007; Stanton y col. 2009). Un estudio realizado en siete países demostró que el MATEP se administra adecuadamente en sólo el 0,5% a 32% de los partos; adicionalmente, la capacitación sobre manejo activo no parecería contribuir al buen uso de esta práctica (Stanton y col. 2009).

Los desafíos a la implementación del MATEP se dan en varias áreas del sistema de salud. Dentro de su marco de acción para fortalecer los sistemas de atención de salud, la OMS ha definido seis elementos fundamentales del sistema de salud: prestación de servicios; fuerza de trabajo; información; vacunas y productos y tecnologías médicos; financiamiento; y liderazgo y gobernabilidad (OMS 2007). Al analizar barreras comunes para la prestación confiable de cualquier conjunto de servicios de alto impacto, es útil considerar estas seis áreas a fin de identificar

TABLA I. DESAFÍOS ESPECÍFICOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MATEP EN FUNCIÓN DE LOS ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL SISTEMA DE SALUD PROPUESTOS POR LA OMS

Elementos fundamentales del sistema de salud	Barreras en la administración rutinaria del MATEP
Prestación de servicios	
Organización de la atención	Los procesos de atención no se encuentran organizados de forma efectiva para la administración confiable del MATEP en cada parto; p. ej., faltan procesos de atención basados en estándares para triaje, labor de parto, parto y atención post-parto
Cumplimiento de los estándares de atención	Los proveedores no realizan de forma correcta los tres pasos del MATEP
Atención asequible	La atención del parto a precio asequible no está disponible cuándo y dónde las mujeres tienen su parto
Atención aceptable	La atención del parto no cumple las expectativas y/o normas culturales de los clientes
Fuerza de trabajo	
Recursos humanos	Cantidad y distribución inadecuadas de agentes de atención del parto calificados
Competencias de la fuerza de trabajo	Agentes de atención del parto calificados sin capacitación en MATEP Falta de capacitación/supervisión ofrecida de forma regular en el servicio y pre-servicio
Participación de la fuerza de trabajo	Falta de incentivos para involucrar y motivar a los trabajadores a fin de que brinden atención de calidad
Información	
Historias clínicas	No se incluyen estándares de MATEP en la historia clínica perinatal
Monitoreo	No hay medición rutinaria del MATEP (calidad, cobertura) o de la tasa de hemorragia post-parto
Análisis y disseminación	No hay análisis y/o disseminación rutinarios de las mediciones del MATEP o la HPP para orientar el mejoramiento continuo a lo largo del sistema de salud
Productos y tecnologías médicos	
Medicamentos y cadena de frío	No hay disponibilidad de medicamento uterotónico y/o capacidad de mantener la cadena en frío
Financiamiento de salud	
Costo de la atención	Atención calificada del parto es inasequible para el cliente
Compensación de la fuerza de trabajo	El personal no es compensado de forma adecuada o confiable
Infraestructura y medicamentos	Falta de financiamiento
Liderazgo y gobernabilidad	
Liderazgo	Ausencia de campeones en implementación del MATEP Falta de liderazgo para la capacitación/supervisión y/o para la distribución racional de agentes calificados de atención del parto
Estándares nacionales	Falta de estándares nacionales de MATEP

las brechas y priorizar las acciones. En el caso del MATEP, al igual que la mayoría de intervenciones de salud, los obstáculos para su implementación rutinaria ocurren a lo largo de todas las áreas del sistema de salud, como se puede observar en la Tabla 1.

LOS MÉTODOS DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD SUPERAN BARRERAS PARA IMPLEMENTAR EL MATEP

Los métodos de mejoramiento de la calidad pueden fortalecer los sistemas de salud, ayudando a superar las barreras en la implementación descritas en la Tabla 1, de modo que el MATEP sea una parte rutinaria de la atención del parto incluso en contextos donde los recursos son limitados. La atención de calidad se puede definir como atención asequible que se adhiere a estándares basados en evidencia y que se proporciona de acuerdo a las necesidades de los clientes. El mejoramiento de la calidad (MC) comprende actividades sistemáticas orientadas por los datos, específicamente diseñadas para introducir mejoras sustanciales y ágiles en la ejecución de procesos de atención de salud (Batalden y Davidoff 2007). Los métodos de MC se basan en cuatro principios, enumerados en el Recuadro 2.

Las actividades de MC cambian procesos en todas las partes del sistema de salud y generalmente son implementadas por proveedores de salud y gerentes a nivel operativo. Además de mejorar la prestación de servicios de salud, los métodos de MC pueden ayudar a superar barreras de acceso a la atención calificada del parto al empoderar a las comunidades para que estas identifiquen e implementen cambios que mejoren el acceso de las mujeres a la atención necesaria. Los métodos de MC implementados a nivel de la comunidad empoderan a los usuarios para que demanden atención de calidad y accedan a la misma.

Mientras que las barreras en el sistema de salud para implementar o mejorar la calidad del MATEP (Tabla 1) son a menudo similares a lo largo de diferentes sistemas, la forma específica que toma una barrera

RECUADRO 2

Cuatro principios del mejoramiento de la calidad

- 1) Entender y enfocarse sobre las necesidades del cliente
- 2) Entender cómo funcionan los procesos de atención dentro del sistema
- 3) Usar la información para medir resultados y orientar el mejoramiento continuo de la atención
- 4) Trabajo de equipo efectivo que involucra a grupos de gerentes, proveedores de servicios y otros actores interesados de la comunidad alrededor de una meta común para mejorar la calidad

para la implementación usualmente es única en cada contexto. Por ejemplo, en todos los escenarios de atención de salud, un medicamento uterotónico viable (mantenido a la temperatura correcta si se trata de oxitocina) debe estar disponible para la administración efectiva del MATEP. No obstante, diferentes escenarios enfrentan desafíos distintos a fin de asegurar la disponibilidad continua de oxitocina para cada parto.

Para superar barreras en la implementación que son únicas en cada contexto, los equipos de MC compuestos por proveedores y gerentes son quienes están mejor posicionados para identificar, poner a prueba, adoptar y sostener cambios efectivos para mejorar la calidad de los servicios. Sin embargo, a fin de ser plenamente efectivos, los equipos que trabajan para mejorar la prestación de servicios deben ser apoyados por un sistema de salud más amplio en donde los seis elementos fundamentales definidos por la OMS se encuentren funcionando de manera efectiva. Por ende, las intervenciones de MC necesariamente se enfocan sobre todas las funciones esenciales del sistema de salud, trabajando a través de los equipos a diferentes niveles para fortalecer todas las funciones primordiales del sistema que son necesarias para la prestación confiable de atención de alta calidad y la obtención de resultados óptimos para el cliente.

ACELERANDO LA EXPANSIÓN DEL MATEP MEDIANTE EL COLABORATIVO DE MEJORAMIENTO

Si bien los métodos de MC pueden ser aplicados de forma efectiva por equipos individuales para mejorar los servicios en un sólo sitio, se ha demostrado que la participación de varios sitios dentro de un proceso común de mejoramiento de la calidad constituye una forma de acelerar la implementación y expansión de intervenciones de alto impacto dirigidas a mejorar resultados (Catsambas y col. 2008; Franco y col. 2009). En el modelo de MC denominado colaborativo de mejoramiento, introducido de forma pionera en los Estados Unidos por el Institute for Healthcare Improvement, varios equipos pertenecientes a diferentes sitios que individualmente brindan atención de salud colaboran entre sí para mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de salud dentro de un área técnica determinada, como la prevención de la HPP. Los equipos pertenecientes a distintos sitios colaboran de forma intensiva para identificar, poner a prueba y compartir cambios efectivos que permitan alcanzar objetivos comunes medidos a través de un conjunto unificado de indicadores.

La innovación principal del modelo de colaborativo de mejoramiento es el aprendizaje estructurado que se comparte a lo largo de varios sitios y que acelera la expansión de enfoques de implementación efectivos. Al interior de un colaborativo, los equipos de diferentes sitios reciben apoyo de los equipos gerenciales a nivel regional y nacional, quienes promueven el aprendizaje compartido entre los equipos y el desarrollo de capacidades y habilidades clínicas, de MC y de monitoreo. La diseminación deliberada de enfoques de implementación efectivos hacia nuevos sitios que se incorporan a las fases subsiguientes del colaborativo, lo convierte en un modelo eficiente para la expansión de intervenciones de alto impacto. Generalmente los resultados se obtienen más rápidamente durante las fases de expansión de un colaborativo debido a la diseminación activa y pronta adopción de

a continuación en la página 7

RECUADRO 3

Estudio de caso: NÍGER

Acelerando la prevención de la HPP en un escenario con alta mortalidad

En el 2005, cuando URC inició un colaborativo de mejoramiento materno neonatal en Níger, país con una de las tasas más altas de mortalidad materna en el mundo, la historia clínica del parto a nivel nacional (partograma) no incluía estándares sobre MATEP. Un estudio de línea de base en el 2005 encontró que sólo el 7% de 57 proveedores de salud materna escogidos al azar (obstetrices, enfermeras y médicos) en maternidades gubernamentales a nivel de distrito habían recibido capacitación sobre MATEP.

Los equipos de MC de más de 33 establecimientos gubernamentales que atienden partos colaboraron intensamente para mejorar la atención materno neonatal, incluyendo la atención rutinaria del post-parto inmediato con MATEP y el cuidado esencial del recién nacido. Los equipos de MC compuestos por obstetrices, enfermeras, médicos y gerentes se reunían semanalmente para identificar, poner a prueba y medir los efectos de cambios específicos que permitan la incorporación de prácticas de alto impacto, incluyendo el MATEP, dentro de la atención rutinaria del parto. La efectividad de los cambios puestos a prueba en cada sitio se midió con un conjunto de indicadores comunes evaluados por todos los equipos. Los equipos se reunían trimestralmente a nivel regional para compartir cambios efectivos según los resultados de la medición de indicadores. Una reunión anual a nivel nacional, muy publicitada,

sintetizaba las mejores prácticas de todas las regiones y diseminaba los resultados colectivos. Veinticuatro meses después de iniciar en Níger el colaborativo materno neonatal en 33 establecimientos del gobierno, la cobertura del MATEP administrado durante el parto en establecimientos participantes incrementó de menos de 5% en la línea de base a 98%, y la tasa de HPP descendió de 2,5% en la línea de base a 0,2% (Figura 1). En el 2008, 31.085 nacimientos que representan el 27% de nacimientos institucionales a nivel nacional se beneficiaron del MATEP dentro de maternidades estatales que participaron en el colaborativo. En todos los sitios, el MATEP se implementó como parte de un paquete de atención post-parto que incluía el cuidado esencial del recién nacido, observándose logros similares para la atención inmediata al recién nacido. Los resultados colectivos en forma de gráficos de serie de tiempo, ejemplificados en la figura, se diseminaron amplia y continuamente, impulsando la participación de los equipos de los diferentes sitios y los gerentes regionales, quienes ya se encontraban motivados por los resultados alcanzados a nivel local. Un estudio de validación de la información encontró que



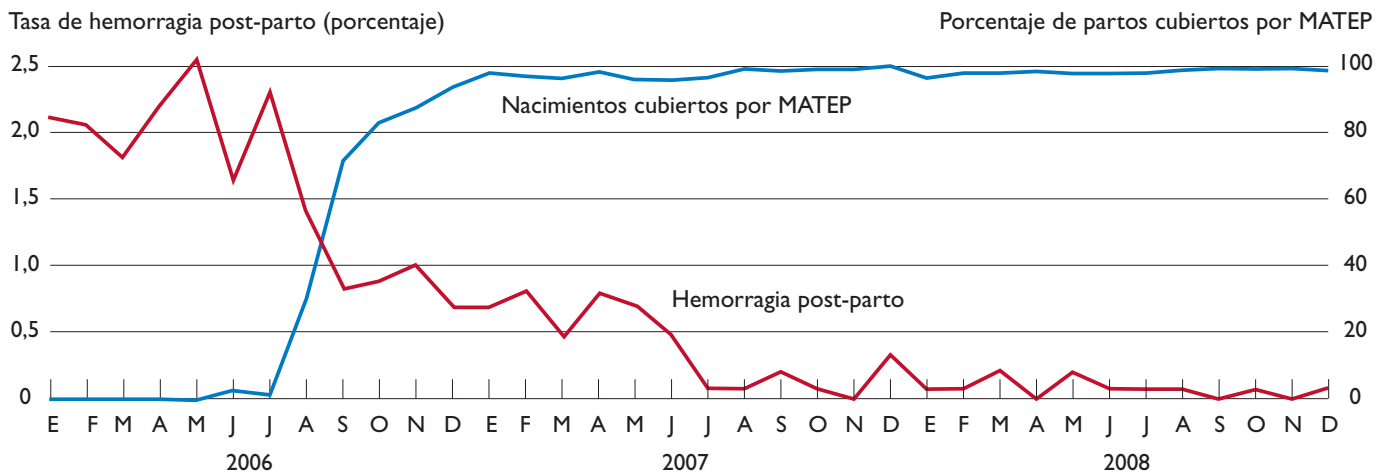
Equipo de MC compuesto por obstetrices en una maternidad de Níger

los datos registrados en las historias clínicas reportados en reuniones regionales del colaborativo, se correlacionaban en gran medida con la auditoría independiente de dichas historias y las observaciones directas periódicas de los supervisores.

Ocho meses después de la conclusión oficial del colaborativo en Junio de 2009, una investigación operativa realizada por el Proyecto HCI descubrió que el monitoreo y cumplimiento del MATEP continuaban existiendo a niveles alcanzados durante el colaborativo. Este hallazgo se basó en auditorías externas del partograma y la observación directa en 17 establecimientos que participaron del colaborativo.

FIGURA 1. TASAS DE MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERÍODO DEL PARTO Y HPP EN ESTABLECIMIENTOS PARTICIPANTES, NÍGER, ENERO 2006–DICIEMBRE 2008

Total nacimientos-2006: 24.785 (28 sitios), 2007: 31.073 (33 sitios), 2008: 31.085 (33 sitios)



Estudio de caso: ECUADOR

Introducción y expansión del MATEP a escala nacional

Como parte del apoyo brindado al MSP del Ecuador para mejorar la calidad de la atención materna, en el 2003 URC empezó a abogar por la incorporación del MATEP dentro de los estándares nacionales de atención materna, a través del Proyecto de Garantía de la Calidad financiado por USAID (predecesor del Proyecto HCI, también financiado por USAID). Varios funcionarios y gineco-obstetras experimentados del MSP tenían reservas sobre la efectividad y seguridad del MATEP. Reconociendo la importancia de incluir el MATEP como elemento clave de un paquete de alto impacto para el cuidado obstétrico esencial, URC propuso su introducción mediante una experiencia piloto a desarrollarse en una sola provincia a través de un colaborativo de mejoramiento de cuidado obstétrico esencial (COE) que el MSP y URC iniciaron en el 2003. A medida que el colaborativo se fue expandiendo a nuevas provincias en el 2004 y 2005, un número creciente de establecimientos empezaron a implementar el MATEP, demostrando que el mismo podía ser administrado de forma segura por los proveedores de salud en hospitales provinciales y cantonales. A fines del 2006, casi la mitad de los hospitales estatales (75 de 152) implementaban y monitoreaban el MATEP de forma rutinaria como parte del colaborativo de COE.



Equipo de MC compuesto por profesionales de la salud y parteras tradicionales en Ecuador

En el 2006, a raíz del trabajo vigoroso de abogacía de URC, sus socios y los campeones nacionales, el MSP publicó y diseminó un addendum a las normas nacionales de salud materna que ordenaba la prestación universal del MATEP en todos los establecimientos estatales. En el 2007, el MSP, URC y otros socios empezaron a planificar la expansión del MATEP hacia todos los establecimientos que atienden partos a escala nacional. Una estrategia clave de expansión se basó en la diseminación de enfoques efectivos de implementación del MATEP que los equipos de MC habían identificado en fases más

tempranas del colaborativo. El MSP y URC proporcionaron apoyo técnico intensivo para el desarrollo de capacidades regionales destinadas a proveer apoyo, supervisión, monitoreo y procesos continuos de MC en los sitios hacia los cuales el MATEP se expandiría. La Figura 2 muestra la adopción más rápida del MATEP en los nuevos sitios durante la fase de expansión del colaborativo. Se piensa que la adopción acelerada se debe a la diseminación activa de enfoques de implementación efectivos identificados por los equipos de MC durante la fase

demostrativa inicial del colaborativo. La tercera ola del colaborativo incluyó a 10 hospitales estatales adicionales, de modo que el número total de establecimientos del MSP que practicaban y reportaban el cumplimiento de estándares de MATEP llegó a 86, lo cual representa el 57% de todos los establecimientos gubernamentales que brindan atención del parto en Ecuador.

El MSP lidera una iniciativa intensiva para expandir el MATEP a todos los establecimientos públicos que proveen atención del parto en Ecuador; incluyendo establecimientos en las dos ciudades más grandes del país, Guayaquil y Quito, que no habían participado previamente en el colaborativo.

FIGURA 2. EXPANDIENDO LA PREVENCIÓN DE LA HPP EN LOS ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS QUE ATIENDEN PARTOS EN ECUADOR

Olas sucesivas de maternidades que se unieron al colaborativo de COE, Julio 2003–Abril 2009

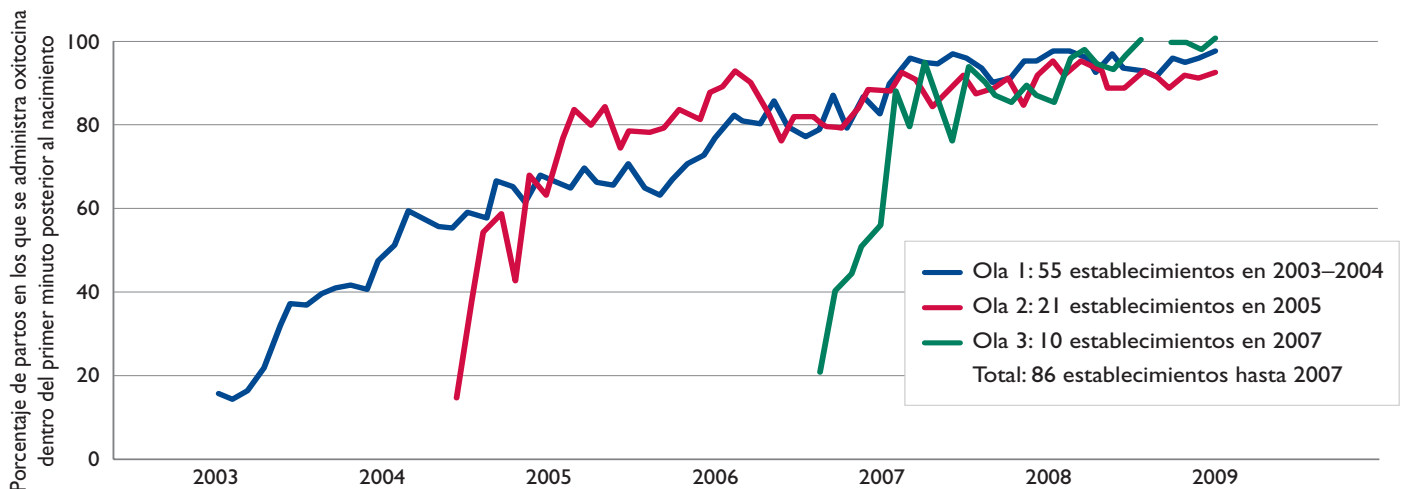


TABLA 2. CAMBIOS HECHOS POR EQUIPOS DE MC PARA INCORPORAR EL MATEP A LA ATENCIÓN RUTINARIA DEL PARTO

Elementos fundamentales del sistema de salud	Cambios hechos por los equipos de MC para asegurar la administración rutinaria del MATEP
Prestación de servicios	
Organización de la atención	Re-organización de la atención del parto de acuerdo a fases basadas en estándares para triaje/evaluación, labor de parto, parto, y post-parto Asignación de tareas específicas de atención del parto, como la preparación de una jeringa de oxitocina, a miembros específicos del equipo Almacenamiento/preparación previa de oxitocina en el área de atención del parto inmediata (p. ej., jeringa previamente preparada colocada en el congelador junto a la mesa de partos cuando la mujer empieza a pujar)
Cumplimiento de los estándares de atención	Colocación de materiales de apoyo sobre MATEP en las salas de parto Observación de las habilidades de proveedores sobre MATEP (parto simulado o real) usando una lista de verificación Evaluación in situ, de colega a colega, usando listas de verificación para la observación estructurada.
Atención asequible	Trabajo de MC entre la comunidad y el establecimiento a fin de identificar y reducir obstáculos para la atención calificada (p. ej., preparación para el parto como parte de la atención prenatal)
Atención aceptable	Promover la presencia de acompañantes durante el parto
Fuerza de trabajo	
Recursos humanos	Presencia de un proveedor capacitado en todos los partos (p. ej., calendario de turnos) Redistribución del personal dentro del establecimiento
Competencias de la fuerza de trabajo	Capacitación basada en el desarrollo de competencias (partos simulados con maniqués y partos reales), incluyendo evaluación y certificado de competencia Observación de habilidades de MATEP incorporada a las visitas de supervisión del MSP, usando una lista de verificación Incorporación del desarrollo de habilidades de MATEP dentro de los programas de capacitación en obstetricia a nivel nacional
Involucramiento de la fuerza de trabajo	Reclutamiento de proveedores o equipos de alto rendimiento como capacitadores y supervisores remunerados para otros sitios en la región Apoyo in situ, de colega a colega Incentivos financieros basados en el desempeño Premios para los equipos de más alto rendimiento del colaborativo
Información	
Historias clínicas	Adaptación de historias clínicas para que incluyan estándares de MATEP (p. ej., estampilla incorporado al partograma)
Monitoreo	Monitoreo mensual de la cobertura y cumplimiento de estándares de MATEP a cargo de cada sitio Los resultados de cada sitio son compartidos y diseminados públicamente de forma regular Monitoreo regular de resultados del MATEP a nivel regional/nacional por parte de funcionarios del MSP
Análisis y diseminación	Análisis mensual de indicadores de MATEP a cargo de los equipos de cada sitio Análisis regular de indicadores de MATEP a nivel regional/nacional y diseminación pública de resultados para dar seguimiento al progreso a lo largo de los diferentes sitios
Productos y tecnologías médicos	
Medicamentos y cadena de frío	Designación de personal y protocolo para el almacenamiento del medicamento uterotónico Fondos de recuperación de costos para compra de medicamentos uterotónicos (cuando no sean cubiertos por el presupuesto)
Financiamiento de salud	
La atención no es asequible para el cliente	Abogacía a favor de mecanismos de financiamiento a nivel local y central
Compensación de la fuerza de trabajo	Recompensas en función del desempeño de calidad
Infraestructura y medicamentos	Abogacía a favor de la incorporación de un uterotónico como medicamento esencial para la atención del parto
Liderazgo y gobernabilidad	
Liderazgo	Reclutamiento de campeones del MATEP para llenar posiciones de liderazgo dentro del colaborativo Promoción de oportunidades profesionales y orientación para los campeones de MATEP
Estándares nacionales	Diseminación de evidencia sobre MATEP a expertos y personas a cargo de la toma de decisiones Abogacía por la incorporación del MATEP dentro de los estándares nacionales
Capacitación y supervisión	Reclutamiento de capacitadores en servicio y pre-servicio, y líderes de opinión respetados como capacitadores y facilitadores del colaborativo

continuación de la página 3

mejores prácticas identificadas en fases más tempranas. Los equipos más experimentados cumplen un papel clave de facilitación a medida que nuevos sitios ingresan al colaborativo, promoviendo así la eficiencia y sustentabilidad.

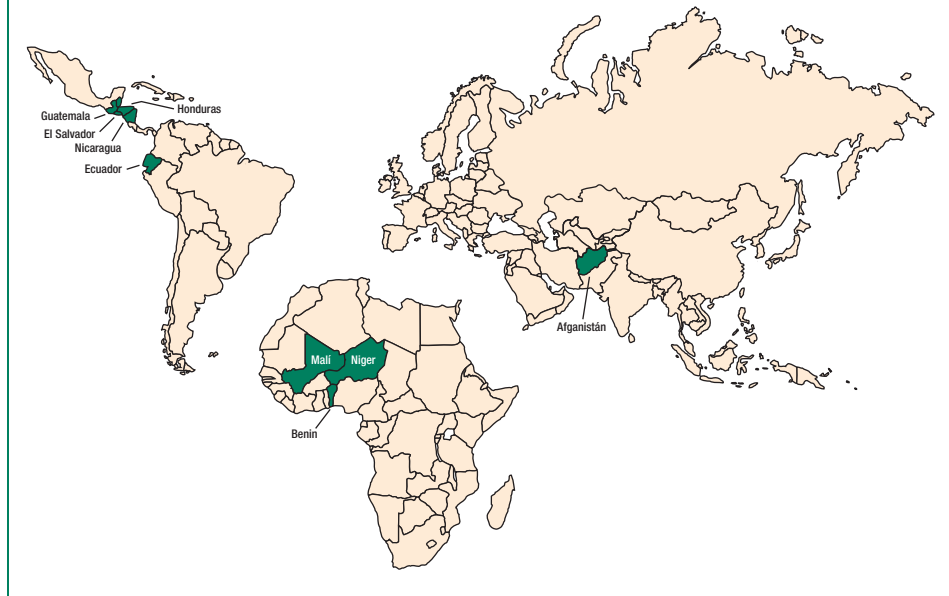
A través del Proyecto de USAID de Mejoramiento de la Atención en Salud, y proyectos en cada país financiados por USAID, University Research Co., LLC (URC) ha implementado colaborativos de mejoramiento en más de 20 países en desarrollo en el África sub-sahariana, Asia y Latinoamérica. En el 2008, los colaborativos para el mejoramiento de la atención materno neonatal apoyados por URC en Níger, Benin, Nicaragua, Honduras y Ecuador llegaron a cubrir en promedio el 62% de distritos en cada país, dando cobertura a 190.234 nacimientos en los cinco países. En la mayoría de países, el MATEP se administró como parte de un paquete de atención inmediata post-parto que incluía el cuidado esencial del recién nacido y la vigilancia post-parto, así como el cuidado de la madre y el recién nacido. Los recuadros 3 y 4 describen cómo los colaborativos de mejoramiento expandieron de forma efectiva el MATEP en Níger y Ecuador, respectivamente.

La Tabla 2 provee ejemplos de cambios realizados por los equipos de MC para implementar el MATEP como parte rutinaria de los servicios de atención del parto en colaborativos de mejoramiento de la atención materno neonatal apoyados por URC. Estos ejemplos incluyen cambios implementados por los equipos de MC de cada sitio en puntos de prestación de servicios, así como cambios adoptados dentro del sistema de salud por equipos líderes del colaborativo pertenecientes al Ministerio de Salud Pública (MSP).

FACTORES QUE FACILITAN LA EXPANSIÓN EXITOSA DE LA PREVENCIÓN DE LA HPP A TRAVÉS DE UN COLABORATIVO

Existen varios factores comunes a los colaborativos materno neonatales que permiten introducir exitosamente

PAISES DONDE URC IMPLEMENTA LA PREVENCIÓN DE LA HPP COMO PARTE DE PROGRAMAS DE SALUD MATERNA



enfoques de mejoramiento para expandir el MATEP y prevenir la HPP:

- Liderazgo firme, incluyendo oportunidades de liderazgo para los participantes;
- Desarrollo continuo de capacidades en los equipos de MC de los establecimientos para mejorar la calidad, las habilidades clínicas y las habilidades de monitoreo;
- Estrategia de monitoreo unificada empleando un conjunto de indicadores en común;
- Manejo descentralizado de actividades del colaborativo y apoyo a los equipos de cada sitio por parte de las autoridades del MSP;
- Supervisión de apoyo a los equipos de cada sitio para promover la identificación rápida, puesta a prueba y adopción de cambios exitosos para la implementación del MATEP;
- Oportunidades regulares para el aprendizaje compartido a nivel regional y nacional;
- Diseminación de enfoques exitosos a partir de la primera fase del colaborativo (demostrativa) hacia nuevos sitios durante la fase de expansión; y
- Promoción de una “comunidad de práctica” permanente.

CONCLUSIONES

La prevención y el tratamiento oportuno de la HPP es esencial a fin de reducir las muertes maternas. El MATEP constituye una herramienta poderosa en la batalla contra la HPP. No obstante, tal como sucede con muchas intervenciones clínicas de alto impacto, la administración confiable del MATEP depende de funciones esenciales del sistema de salud que a menudo son débiles en escenarios con alta mortalidad –de allí el fracaso común de los servicios de salud al proveer MATEP, incluso cuando éste es avalado por estándares oficiales. Los enfoques de MC como el colaborativo de mejoramiento, constituyen una estrategia efectiva para fortalecer las funciones esenciales del sistema de salud con el fin de acelerar la expansión del MATEP y otras intervenciones de alto impacto, y deberían formar parte de todo programa de salud materno-neonatal.

Para mayor información, por favor ponerse en contacto con Youssef Tawfik, ytawfik@urc-chs.com o Kathleen Hill, khill@urc-chs.com. Agradecimientos especiales al personal de país de URC y equipos del MSP que trabajan en Afganistán, Benin, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Malí, Nicaragua y Níger.

REFERENCIAS

- Althabe F, P Buekens, E Bergel, JM Belizan, MK Campbell, N Moss, T Hartwell y LL Wright. 2008. A behavioral intervention to improve obstetric care. *New England Journal of Medicine* 358 (18): 1929–1940.
- Batalden PB y F Davidoff. 2007. What is “quality improvement” and how can it transform health care?” *Quality and Safety in Health Care* 16(1): 2–3.
- Campbell O y W Graham. 2006. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *The Lancet*, The Lancet maternal survival series, Vol. 368(9543):1284–1299.
- Catsambas TT, LM Franco, M Gutmann, E Knebel, P Hill y Y-S Lin. 2008. Evaluating Health Care Collaboratives: The Experience of the Quality Assurance Project. *Collaborative Evaluation Series*. Publicado por el Proyecto de USAID de Mejoramiento de la Atención en Salud. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC).
- Darmstadt G, ZA Bhutta, S Cousens, T Adam, N Walker, L de Bernis y the Lancet Neonatal Survival Steering Team. 2005. Evidence-based cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *The Lancet*, Neonatal Survival Series.365(9463): 977–999.
- Franco LM, L Marquez, K Ethier, Z Balsara, and W Isenhour. 2009. Results of Collaborative Improvement: Effects on Health Outcomes and Compliance with Evidence-based Standards in 27 Applications in 12 Countries. *Collaborative Evaluation Series*. Publicado por el Proyecto de USAID de Mejoramiento de la Atención en Salud. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC).
- Harvey SA, CW Blandón, A McCaw-Binns, I Sandino, L Urbina, C Rodríguez, I Gómez, P Ayabaca, S Djibrina y the Nicaraguan Maternal and Neonatal Health Quality Improvement Group. 2007. ¿Qué tan calificados están los asistentes de partería calificados? Un método de medición, algunos resultados preocupantes y un posible paso adelante. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 85(10): 783-790.
- Lawn JE y GL Darmstadt, Organizing Guest Editors, y RL Goldenberg, External Guest Editor, 2009. Intrapartumrelated deaths: evidence for Action. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* Volume 107, Supplement 1: 9–150.
- Mathai M, AM Gulmezoglu y S Hill. 2007. WHO recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage. Ginebra: OMS.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2002. *Manejo de las complicaciones en el embarazo y el parto: Guía para obstetras y médicos*. Traducción en español publicada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Washington: OPS.
- OMS. 2007. Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Ginebra: OMS.
- Prendiville WJP, D Elbourne y SJ McDonald. 2000. Active versus expectant management in the third stage of labour [Cochrane review]. Chichester: The Cochrane Library.
- Stanton C, D Armbruster, R Knight, I Ariawan, S Gbangbade, A Getachew, JA Portillo, D Jarquin, F Marin, S Mfinanga, J Vallecillo, H Johnson y D Sintasath. 2009. Manejo activo de la tercera etapa del parto en siete países en desarrollo. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 87(3): 207-215.

PROYECTO DE USAID DE MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD

University Research Co., LLC
7200 Wisconsin Avenue, Suite 600
Bethesda, MD 20814 EE.UU.

Tel: (301) 654-8338
Fax: (301) 941-8427
www.hciproject.org