USAID/REPÚBLICA DOMINICANA: EVALUACIÓN DE RESULTADO INTERMEDIO 4 DE USAID

MAYOR ACCESO Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN SANITARIA MATERNO-INFANTIL DE CALIDAD EN ZONAS SELECCIONADAS EN LA REPÚBLICA DOMINICANA: CENTROS DE EXCELENCIA DE SALUD MATERNO-INFANTIL Y PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD MATERNO-INFANTIL

MAYO DE 2012

Esta publicación se produjo para ser examinada por la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional. La prepararon los consultores Marcello Castrillo, Barbara Eguren, Marija Miric, Rafael Montero y Eddy Perez-Then, los representantes del Ministerio de Salud, Olga Arroyo y Donatilo Santos, y los representantes de USAID, Veronica Valdivieso y Peg Marshall, a través del Proyecto GH Tech Bridge.

USAID/REPÚBLICA DOMINICANA: EVALUACIÓN DE RESULTADO INTERMEDIO 4 DE USAID

MAYOR ACCESO Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN SANITARIA MATERNO-INFANTIL DE CALIDAD EN ZONAS SELECCIONADAS EN LA REPÚBLICA DOMINICANA: CENTROS DE EXCELENCIA DE SALUD MATERNO-INFANTIL Y PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD MATERNO-INFANTIL

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

La opinión del autor expresada en esta publicación no necesariamente refleja las opiniones de la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional ni del Gobierno de los EE. UU.

Este documento (Informe n.° 12-01-001) está disponible en versión impresa o en línea. Los documentos en línea pueden localizarse en el sitio web de GH Tech en www.ghtechproject.com. Los documentos también pueden estar disponibles a través del Centro de Intercambio de Información de la Experiencia de Desarrollo (http://dec.usaid.gov). Puede obtener información adicional de:

GH Tech Bridge Project
1725 Eye Street NW, Suite 300
Washington, DC20006
Teléfono: (202) 349-3900
Fax: (202) 349-3915
www.ghtechproject.com

Este documento fue enviado por Development and Training Services, Inc., junto con CAMRIS International and Social & Scientific Systems, Inc., a la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional ni del Gobierno de los EE. UU. conforme al contrato de USAID n.° **AID-OAA-C-12-00004**.

ÍNDICE

ÍNDICE i
ANEXOS ii
Cifras iii
Cuadros iii
SIGLAS v
I. INTRODUCCIÓN 1
Evaluación, Objetivos y Usos 1
II. ANTECEDENTES 3
El Problema y la Paradoja 3
Respuesta a la Paradoja 3
III. METODOLOGÍA 7
El Equipo de Evaluación 7
Preguntas Claves de Evaluación 7
Recolección y Análisis de Datos 7
Limitaciones de Evaluación 8
IV. Hallazgos 9
Sistema Programático y Sanitario 10
Intervenciones Técnicas 20
Pregunta de Evaluación 5 34
V. Conclusiones y Recomendaciones 36
VI. Direcciones Futuras 50

ANEXOS

ANNEX 1. SCOPE OF WORK 53

ANNEX 2: PERSONS CONTACTED (NOT EXHAUSTIVE) 65

ANNEX 3. REFERENCES 69

ANNEX 4. MATRIX TO ASSESS THE MATERNAL-INFANT CENTERS OF EXCELLENCE IN THE DOMINICAN REPUBLIC. USAID 2009–2014*. 75

ANNEX 5. MID TERM EVALUATION FRAMEWORK OF THE RESULTS OF THE MATERNAL-INFANT CENTERS OF EXCELLENCE PROJECT 77

ANNEX 6. ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVES: DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD 79

ANNEX 7. ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVES: DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD 87

ANNEX 8. ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVES: HOSPITALES REGIONALES Y PROVINCIALES 97

ANNEX 9. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO. ENTREVISTAS A USUARIAS DE SERVICIOS MI Y PERSONAL DE SALUD 111

ANNEX 10. TEMARIO/GUÍA DE GRUPOS FOCALES: PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD 113

ANNEX 11. TEMARIO/GUÍA DE GRUPOS FOCALES USUARIAS DE SERVICIOS DE SALUD 117

ANNEX 12. GUÍA DE OBSERVACIÓN CUALITATIVA 121

ANNEX 13. GUIDELINES FOR OBSERVER TEAMS 2011 123

ANNEX 14. RESULTADOS DEL EQUIPO EVALUACIÓN EQUIPOS DE GESTIÓN EN HOSPITALES 139

ANNEX 15: RESULTADOS DEL EQUIPO EVALUACIÓN CUALITATIVA 149

ANNEX 16. MID-TERM EVALUATION OF USAID'S INTERMEDIATE RESULT 4 173

ANNEX 17. CLINICAL CARE OBSERVATIONS 179

ANNEX 18. RESULTS OF KEY INFORMANT INTERVIEWS AT SRS, SDP AND HOSPITAL LEVELS 185

ANNEX 19. PRINCIPLES OF FAMILY-CENTERED MATERNITY CARE 193

ANNEX 20. SUSTAINABILITY ELEMENTS OF FAMILY-CENTERED MATERNITY 195

ANNEX 21. DETAILED METHODOLOGY 197

CIFRAS

Figure IV.1. Intervention Matrix 9
Figure IV.2. Intervention Matrix Applied 11
Figure IV.3. Intervention Matrix Additional Application 22

CUADROS

Table 1. Program Data 4
Table 2. Qualitative Score Scales and Definitions 8

SIGLAS

MATEP	Manejo activo en la tercera etapa del parto
MCE	Marco Común de Evaluación
COEM	Cuidados Obstétricos de Emergencia
CEx	Centros de Excelencia de SMI
GD	Grupo de discusión
EDS	Encuesta Demográfica y Sanitaria
DIGEPI	Dirección General de Epidemiología
DPS	Dirección Provincial de Salud
RD	República Dominicana
MCF	Maternidad Centrada en la Familia
PF	Planificación Familiar
GH Tech	Global Health Technical Assistance Project (proyecto global de asistencia técnica sanitaria)
GRD	Gobierno de República Dominicana
IAAS	Infecciones asociadas a la atención sanitaria
HBB	Helping Babies Breathe
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
IEC	Información, educación y comunicación
RI	Resultado intermedio
MMC	Método Madre Canguro
TP y P	Trabajo de parto y parto
LAC	Latinoamérica y el Caribe
S y E	Supervisión y evaluación
SMI	Salud materno-infantil
PISMI	Programa Integrado de Salud Materno-Infantil
MS	Ministerio de Salud
EMC	Evaluación a mitad del ciclo
PTMH	Prevención de transmisión de madre a hijo
PNPTV	Programa Nacional de Prevención de Transmisión Vertical de VIH
SR	Salud reproductiva
SIGHO	Sistema Integral de Gestión Hospitalaria
ITS	Infecciones de transmisión sexual
USAID	Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional

RESUMEN EJECUTIVO

Aunque la República Dominicana (RD) tiene un porcentaje alto de cobertura para la atención sanitaria prenatal (98.9 %) entre partos atendidos por personal sanitario calificado (97.8 %) y partos en los establecimientos médicos (97.5 %), la tasa de mortalidad materna todavía es alta: 159 muertes por cada 100,000 nacimientos vivos (Servicios Dominicanos de Salud, 2007). Además, se considera que entre 61.7 % y 71.8 % de todas las muertes maternas informadas son evitables, lo cual plantea cuestiones sobre la calidad de la atención médica. En respuesta a esta paradoja, USAID/República Dominicana ha inaugurado el Proyecto de Centros de Excelencia de Salud Materno Infantil (SMI) y el Programa de Integración de Salud Materno Infantil (PISMI).

El Proyecto de los Centros de Excelencia (CEx) tiene la meta de facilitar la reducción de la morbilidad y la mortalidad de madres, neonatos y lactantes. El programa PISMI complementó el CEx con apoyo técnico para las intervenciones de alto impacto basadas en pruebas recogidas sobre neonatos, como la prevención y el tratamiento de la sepsis, la maternidad centrada en la familia y las estrategias de madre canguro, el fortalecimiento del plan nacional de trabajo asistencial para neonatos y el programa académico *Helping Babies Breathe* ("Ayudar a los bebés a respirar") para la reanimación neonatal.

USAID/República Dominicana encomendó una evaluación externa a medio ciclo (EMC) por medio del proyecto de salud global, el llamado "Puente Técnico", sobre el nivel de respuesta de tales proyectos a los resultados intermedios de la misión 4 (IR4): "Mayor acceso a la atención sanitaria materno-infantil de calidad en determinadas áreas." El equipo multidisciplinario de ocho miembros, compuesto por representantes del Ministerio de Salud, la Misión, USAID/Washington y cuatro consultores independientes, trabajó dentro del país desde el 18 de febrero de 2012 hasta el 16 de marzo de 2012. Las cinco cuestiones para evaluación que se pretendía contestar eran:

1. ¿Cuáles son los aspectos fortalecedores de los sistemas programáticos y sanitarios que han tenido más o menos éxito en asegurar la realización de los logros del proyecto y por qué?
2. ¿Cuáles son las intervenciones técnicas que han tenido más o menos éxito en asegurar la realización de los logros del proyecto y por qué?
3. ¿Cuáles son los aspectos fortalecedores de los sistemas programáticos y sistemas sanitarios que parecen ser más o menos sostenibles y por qué?
4. ¿Cuáles son las intervenciones técnicas que parecen ser más o menos sostenibles y por qué?
5. ¿Ha identificado el proyecto las actividades más importantes y apropiadas? ¿Y qué otras actividades existen?

Metodología para la evaluación

El equipo fue dividido en cuatro grupos para (1) entrevistar al personal de las direcciones provinciales y los servicios regionales de salud; (2) entrevistar al personal de los equipos de gerenciales del hospital; (3) celebrar reuniones grupales con proveedores sanitarios y usuarios de servicios de salud materna; y (4) observar los servicios maternos y neonatales brindados y entrevistar a los proveedores de atención médica. El equipo en general trianguló los resultados.

Resultados de la evaluación

El proyecto de los Centros de Excelencia ha sido sumamente exitoso, con un verdadero efecto sobre la organización y la calidad de los servicios de salud materna-infantil en los diez hospitales del proyecto. En todos ellos se cumplió con las metas establecidas para actualizar los planes estratégicos, usar las herramientas de auto-evaluación y capacitar a los equipos gerenciales. El proyecto ha tenido menos éxito en reducir el porcentaje de cesáreas realizadas (a un índice todavía alto de 44%) y en el objetivo de aumentar la cantidad de resultados de pruebas de VIH que se entregan a las mujeres embarazadas y el asesoramiento brindado posterior a ellos. La gerencia hospitalaria imputó estos problemas a la estructura del sistema de salud, la supervisión deficiente y las políticas del Ministerio de Salud.

A. Sistemas programáticos y sanitarios – Preguntas de evaluación 1 y 3

1. Infraestructura básica (alto rendimiento, completamente sostenible): Tanto los usuarios como los proveedores de atención médica reconocen que estas adaptaciones del proyecto han producido mejoras enormes en la calidad de la atención. Se ha mejorado la higiene en las áreas del hospital porque el personal de apoyo que fue capacitado manifestó que estaba más satisfecho con su trabajo y que se sentía más motivado para mantener las áreas del hospital limpias y en buenas condiciones de funcionamiento.

2. Sistema de atención al cliente (alto rendimiento, completamente sostenible): La intervención de mayor visibilidad y la que dio a los equipos de administración más satisfacción fue la introducción de las oficinas de atención al cliente. El proyecto de Centros de Excelencia proporcionó la capacitación, los equipos y la infraestructura necesarios para el sistema, incluido el desarrollo del programa informático SIGHO (*Sistema Integral de Gestión Hospitalaria*).

3. *Marco para la evaluación en común y planificación estratégica (alto rendimiento, totalmente sostenible):* La elaboración de planes operativos cada año es una tarea que exige la colaboración de todos, pero los equipos gerenciales encontraron que el proyecto aportó calidad y "motivación". Después de la capacitación, todas las instalaciones elaboraron planes estratégicos para 2010–2015 y planes operativos para 2010 y 2011; ninguno de ellos todavía tenía planes operativos para 2012. No parecía haber un proceso para evaluar la calidad de los planes operativos y monitorear su puesta en marcha, una debilidad que fue confirmada en el componente de monitoreo y evaluación [M&E]. También parecía haber una superposición de responsabilidades que podría minar la eficacia de las actividades del proyecto.

4. Sistema de medicamentos y materiales (alto rendimiento, parcialmente sostenible): Los farmacéuticos de los hospitales visitados informaron que ahora pueden opinar en las reuniones de los equipos gerenciales y que la escasez de materiales y medicamentos es mucho menos frecuente. Sin embargo, PROMESE-CAL, institución estatal de suministro de medicamentos esenciales está dejando desuministrar los insumos necesarios con regularidad. Sin embargo, este componente está listo para la replicación y ayudará a fortalecer la introducción mejoras continuas en todos los hospitales.

5. Sistema informático de gestión hospitalaria (alto rendimiento, parcialmente sostenible): El programa informático SOGJP ha mejorado los sistemas informáticos. Los proveedores quedaron contentos con la posibilidad de tener acceso a los expedientes prenatales de las mujeres en la sala de emergencias y en las áreas de preparto y parto, sobre todo para administrar mejor las emergencias obstétricas. Sin embargo, no todos los departamentos tenían acceso en los locales a todos los expedientes; por ejemplo, en un hospital, Neonatología no tenía acceso a los expedientes prenatales de la madre, y el equipo evaluador de mediano plazo identificó problemas en el uso del Sistema Informático Prenatal (SIP), un subsistema del SIGHO. Por último, no se usan los datos clínicos de SIGHO regularmente como base para la toma de decisiones.

6. Preparación para emergencias y desastres (bajo rendimiento, no sostenible): Cuatro de los seis sitios visitados contaban con planes de emergencia; dos de ellos han llevado a cabo simulacros, dos han elaborado planes de contingencia, y los cuatro han designado rutas de evacuación y puntos de reunión. Algunos equipos de gerencia hospitalaria informaron que tenían dificultades de coordinación con el Departamento de Desastres y Emergencias del Ministerio de Salud, que insistía en que la preparación para emergencias y desastres les incumbía a ellos exclusivamente.

7. Evaluación y monitoreo (tiene necesidad de mejoras, parcialmente sostenible): La provincia de El Seibo ha logrado más en cuanto a presentar informes a la Dirección General de Epidemiología de forma completa y puntual. Los tres hospitales regionales tienen indicadores programáticos concretos en sus planes estratégicos de trabajo y sus planes operativos anuales; sin embargo, no se han realizado análisis sistemáticos de los datos.

8. Certificación de los Centros de Excelencia para el Cuidado Materno Infantil (tiene necesidad de mejoras, no sostenible): El proyecto ha elaborado manuales de certificación y herramientas y ha capacitado a evaluadores para la aplicación de las mismas. Antes de la certificación o la acreditación, el Ministerio de Salud debe autorizar a los establecimientos para la prestación de servicios mediante una evaluación en base a un conjunto básico de criterios. Al llegar a la evaluación de mediano plazo, sólo quedaba un hospital sin autorizar. Es algo preocupante, sin embargo, hasta qué punto el Ministerio de Salud puede mantener el proceso separado de las cuestiones de índole política.

9. Modelo de replicación (tiene necesidad de mejoras, no sostenible): Las direcciones regionales han usado la experiencia con los centros de excelencia para establecer oficinas de atención al cliente, sistemas hospitalarios de información, etc. en otros hospitales, pero ninguno ha usado el conjunto completo de intervenciones. La Región VIII determinó que la barrera principal para lograr la replicación eran los recursos económicos; para la Región VI, la barrera eran los recursos humanos. Otra dificultad estriba en que sigue faltando una verdadera descentralización de los servicios de salud.

10. Participación comunitaria (bajo rendimiento, no sostenible): En nueve de los diez hospitales del proyecto, un miembro de la comunidad ha tenido participación activa en el consejo de administración y, en la mayoría de los casos, también ha sido capacitado para participar activamente en las discusiones del consejo. Sin embargo, en gran parte, parece que esta participación se considera más bien como el cumplimiento meramente formal de un requisito del proyecto.

11. Sistema de derivaciones (bajo rendimiento, parcialmente sostenible): El rendimiento en este componente era en general bajo y poco funcional.

B. Intervenciones técnicas. Preguntas de evaluación 2 y 4

1. Mejoras de calidad para la prevención y tratamiento de la sepsis neonatal (alto rendimiento, parcialmente sostenible): En los tres hospitales que realizaron esta intervención se notó una mejor atención de los neonatos, junto con mejoras en las salas de partos y de neonatos, las cuales deberían contribuir a reducir los riesgos de infección en madres y neonatos. La higiene en las salas de partos y de neonatos es adecuada para la atención de los neonatos y cuenta con los elementos necesarios para evitar las infecciones nosocomiales.

2. Auditorías de mortalidad materna y neonatal (alto rendimiento y parcialmente sostenible): Todos los hospitales verifican las muertes maternas y cuentan con un comité sobre la mortalidad y la morbilidad materna con el fin de reducirlas. Desde que empezó el proyecto, el porcentaje de muertes maternas verificadas ha aumentado desde el 16% hasta el 88%. Sin embargo, la atención durante el parto variaba mucho dependiendo del lugar y el profesional. Los enfermeros y el personal médico entrevistados desconocían las últimas investigaciones sobre la morbilidad y la mortalidad de madres y lactantes debido a la práctica excesiva decesáreas e inducciones del parto, así como la ocurrencia de hipoxia neonatal y otras dolencias. Los médicos reconocieron que los índices de cesáreas eran altos (32 %–49 %); sin embargo, no pudieron formular cómo reducirlos. Parece que los procedimientos comunes de atención perinatal no siempre los realizaban profesionales capacitados.

3. Método madre canguro (MMC) (alto rendimiento, parcialmente sostenible): El método de madre canguro se puso en marcha hace más de 18 meses en el Hospital Provincial San Francisco de Macorís, y hace aproximadamente un mes, en el Centro Materno Infantil San Lorenzo de Los Minas. En el hospital provincial el programa está evolucionando bien: se lleva buena cuenta de los datos, y el servicio ha ganado un premio de la Primera Dama, y se ha creado un personal comprometido, debidamente facultado y dedicado a la resolución de los problemas.

4. Atención antenatal de calidad (tiene necesidad de mejoras, parcialmente sostenible): En general, tanto los proveedores como los pacientes creen que se ha aumentado la calidad de la atención antenatal desde el lanzamiento del proyecto; por ejemplo, el porcentaje de mujeres embarazadas a las cuales se les controló el peso, la presión arterial y la longitud del fondo uterino en la última consulta ascendió al 90%. Sin embargo, el manejo de la atención prenatal no está bien integrado.

5. Partos seguros y obstetricia de urgencia (tiene necesidad de mejoras, parcialmente sostenible): Todos los hospitales han recibido capacitación en aspiración manual por vacío, atención obstétrica de urgencia, manejo del neonato y normas y protocolos nacionales, pero sólo una sociedad dominicana de pediatría informó que aplicaba las directrices para monitorear la atención obstétrica y neonatal de urgencia. La atención durante el parto variaba mucho. Los grupos de usuarios tenían muy poca confianza en los servicios hospitalarios de urgencia.

6. Administración activa en la tercera etapa del preparto (tiene necesidad de mejoras, parcialmente sostenible): Se está llevando a cabo la administración activa en la tercera etapa del preparto en todos los sitios visitados, aunque no de una forma totalmente uniforme, y el número y porcentaje de mujeres a quienes se les brinda tal servicio ha aumentado desde el 32% hasta el 82%. En la mayoría de los establecimientos, sin embargo, la administración activa en la tercera etapa del preparto exige la presencia de personal especializado en la sala de partos. El equipo no pudo encontrar mucha prueba del uso de protocolos nacionales para la atención de madres y lactantes. El personal de salud informó conocer la existencia de dichos protocolos, pero no

siempre podía referirse a temas y contenido específicos. No era posible identificar procedimientos para controlar el cumplimiento, como tampoco sanciones por incumplimiento.

7. Prevención de transmisión de VIH de madre a hijo y otras intervenciones (tiene necesidad de mejoras, parcialmente sostenible): Dada su cobertura, en que casi 100% de las mujeres en atención antenatal tiene acceso a los servicios de prevención de transmisión de VIH de madre a hijo en su primera visita, este programa ofrece una excelente oportunidad para responder a otras necesidades de las mujeres embarazadas, como pruebas de detección de otras infecciones de transmisión sexual [ITS],pruebas de VIH y de infecciones de transmisión sexual de la pareja y la participación de la pareja en la atención prenatal. Actualmente, en la mayoría de los hospitales no se están aprovechando estas oportunidades

Aunque todos los programas para la prevención de transmisión del VIH de madre a hijo [PMTCT] de los hospitales a que se visitaron disponen de pruebas de VIH rápidas, solamente en dos se entregaban los resultados a las embarazadas ese mismo día.

8. Humanización de la atención médica y de los partos (tiene necesidad de mejoras, parcialmente sostenible): Las autoridades hospitalarias y los proveedores de atención médica no terminan de ponerse de acuerdo en cuanto al concepto de la humanización de la atención. Ninguno de los hospitales utiliza la analgesia durante el trabajo de parto, y sólo uno cuenta con ella exclusivamente para casos especiales, siempre que haya presente un anestesiólogo para administrarlo. Sin embargo, tanto las mujeres como los proveedores aprueban la posibilidad de tener una amiga o parienta para acompañar a la madre durante el trabajo de parto, y un hospital informó que había resultado positivo capacitar a personas prominentes de la comunidad como doulas.

9. Atención de maternidad centrada en la familia (FCMC) (bajo rendimiento, no sostenible): No se pudo poner en marcha los diez componentes de la estrategia de maternidad centrada en la familia en el Hospital Antonio Musa Hospital ni en el Hospital San Vicente de Pablo debido a barreras culturales y a la actitud del personal sanitario. Por lo tanto, el equipo Área de Tratamiento para Urgencias [ETA] concluyó que no había suficientes aspectos de esta intervención para observar.

10. Programa académico Helping Babies Breathe (HBB) para la resucitación neonatal: Los indicadores del éxito del programa HBB son: (1) capacitar a los maestros entrenadoresy (2) brindar asistencia técnica para poner en marcha el programa HBB y supervisarlo a escala en los diezcentros de excelencia. El primer indicador se alcanzó por completo (100%) en los tres hospitales donde se implementó esta estrategia, y tras la capacitación, el personal se sintió con más confianza, y sus integrantes mencionaron situaciones en las que se habían aplicado los conocimientos adquiridos.

11. Bioseguridad (conservación medioambiental): El proyecto de Centros de Excelencia requeríaque se preservara elambiente hospitalario mediante sistemas de bioseguridad para la prevención y control de infecciones y que se gestionara ante las autoridades una normativa parala eliminación de desechos. Dichas metas se lograron o se estaban logrando, y las autoridades hospitalarias y los proveedores informaron mejoras importantes. Las zonas de acceso limitado cuentan con señalización adecuada y se observa claramente el uso de vestimenta adecuada y otros procedimientos esperados. Sin embargo, algunos de los indicadores para este componente sobrepasaban el alcance de las medidas porque dependen de las políticas locales y nacionales para la eliminación de desechos biológicos.

12. Atención postaborto y posparto: A simple vista, las salas de parto estaban limpias y estaban provistas de la infraestructura debida para evitar infecciones. A juzgar por los pocos partos que se pudieron presenciar, el personal médico atendía a los pacientes con respeto, les hacían preguntas sobre los partos anteriores y les informaban sobre los procedimientos. Se brindaba la atención a los neonatos de acuerdo a las normas. Sin embargo, en dos hospitales, el personal médico no tenía los expedientes clínicos de los pacientes, los datos sobre sus antecedentes ni los resultados de los análisis de laboratorio, y los partogramas estaban incompletos. En un hospital, el personal médico no inspeccionaba la integridad de la placenta, y algunos miembros del personal se quedaban alejados del paciente durante la fase de expulsión. Tampoco se incorporan con mucha frecuencia los resultados de los análisis de VIH y de sífilis en los expedientes clínicos.

C. Actividades fundamentales y adecuadas – Pregunta de evaluación 5

Durante las visitas a los hospitales, los equipos de administración de mediano plazo [MTE] observaron otros proyectos que pueden ofrecer nuevas oportunidades o crear una sinergia con los Centros de Excelencia: *la psicoprofilaxis de parto (Maternidad San Lorenzo de Los Mina)* es una intervención para el primer embarazo que incluye ejercicios y preparación para el parto, así como métodos para controlar el dolor. *El Programa de Madres Tutelare*sse vale de madres tutoras con experiencia de la comunidad para acompañar a las embarazadas adolescentes en la etapa de la atención prenatal, el parto y durante el cuidado del recién nacido. *El programa de doulas del Hospital San Vicente de Pablo* selecciona a compañeras o asistentes de parto de entre las mujeres prominentes de la comunidad. Las doulas brindan apoyo no médico a las mujeres y a las familias durante el parto, el nacimiento y el posparto, lo cual contribuye a la humanización de la atención y al control de dolor. El mismo hospital también capacita enfermeras para la atención de partos. Las normas nacionales de salud no permiten que el personalno médico atienda los partos; sin embargo, las enfermeras lo hacen con el consentimiento del médico encargado. La administración hospitalaria ha brindado más capacitación para formalizar este acuerdo, con el apoyo de la Universidad Emory, con excelentes resultados.

Desafíos

Entre los retos a los que posiblemente se enfrente actualmente la institucionalización de intervenciones se encuentran los siguientes:

1. Certificación de los centros de excelencia. El proceso de certificación es de suma importancia para consolidar e institucionalizar los procesos del proyecto de Centros de Excelencia [COEX], pero la realización física del proceso de certificación puede plantear problemas con el Ministerio de Salud. Sin embargo, si ello pudiera hacerse mientras dure el proyecto, sería un éxito extraordinario, a pesar del número de hospitales que se certifiquen. El desafío entonces sería replicar el progreso con regularidad.

2. Documentación: Es necesario completar las herramientas y los manuales para el proyecto, y los hospitales deben seguir con la puesta en marcha del mismo y hacer las correcciones que se hagan necesarias.

3. Replicación: El proyecto de Centros de Excelencia ha hecho surgir expectativas en el Ministerio de Salud; sin embargo, solamente unos cuantos integrantes del personal directivo entienden la complejidad del modelo en su totalidad.

4. Servicios de calidad para madres y lactantes. La mejora de la calidad no es responsabilidad exclusiva del proyecto. El Ministerio de Salud es consciente del papel que desempeña en el proceso y está colaborando a tal efecto.

5. Ambiente político. Las próximas elecciones nacionales pueden afectar el proyecto. El proyecto de los Centros de Excelencia debe elaborar un plan para educar a las nuevas autoridades de Salud Pública sobre el proyecto y obtener su apoyo.

Directrices y recomendaciones futuras

El hospital, las sociedades dominicanas de pediatría [SPD] y los equipos de administración de los servicios regionales de salud [SRS] creen que las intervenciones que han realizado seguirán hasta el próximo gobierno. Sin embargo, también se dan cuenta de que necesitan que todas las herramientas del proyecto de los Centros de Excelencia sean institucionalizadas por diferentes unidades y departamentos del sistema de salud. Se determinó que las Regiones de Salud serían los sitios más idóneos para que los procesos elaboren un Centro de Excelencia.

Las siguientes recomendaciones de índole general pueden ayudar a los encargados de tomar decisiones a seguir ampliando los éxitos del proyecto:

1. El proyecto ha tenido éxito en mejorar la administración y las áreas de atención clínica de los diez hospitales y ha capacitado al personal administrativo. Sin embargo, en la próxima etapa habrá que concentrar los recursos en la calidad de la atención médica y las actividades de gestión para transmitir la difusión de competencias. Habrá que contratar más médicos y especialistas con el fin de ayudar a los coordinadores de campo en este proceso de enseñanza y aprendizaje. En las etapas venideras, los coordinadores de campo deben hacer hincapié en la capacitación de los directores regionales en administración, en donde se necesitan más mejoras para transmitir competencias.

2. Se necesita un plan de capacitación continua en administración.

3. Podría ser conveniente comenzar el proceso de transmisión de competencias en una o dos regiones y luego extenderlo a los diez hospitales escogidos para ser Centros de Excelencia.

I. INTRODUCCIÓN

USAID/República Dominicana (RD) encargó una evaluación a mitad del ciclo (EMC), a través de GH Tech Bridge Project, para evaluar la implementación de los Resultados Intermedios 4 (RI4) de la Misión, "Mayor acceso y prestación de servicios de atención sanitaria materno-infantil de calidad en zonas seleccionadas". El objetivo de la evaluación era calcular el desempeño de USAID/RD para lograr "mayor acceso y prestación de servicios de salud materno-infantil de calidad en áreas seleccionadas". Para lograr el resultado intermedio, USAID/RD está implementando actividades sanitarias a través de los Centros de Excelencia (CEx) de Salud Materno-Infantil (SMI) (2009-2014) y el Programa Integrado de Salud Materno-Infantil (PISMI) (2010-2012).

EVALUACIÓN, OBJETIVOS Y USOS

La evaluación se realizó en el punto medio crítico en el proyecto de los Centros de Excelencia de SMI (marzo-abril 2012), que ofrece una oportunidad para realizar mejoras y asegurar que los cambios sean sostenibles y el impacto sea a largo plazo. El objetivo principal de la EMC fue ayudar a determinar cuáles eran los componentes y aspectos del proyecto que funcionaban bien y cuáles no, y sus causas; además de hacer recomendaciones para modificaciones y correcciones a mitad del curso para ayudar a guiar el proyecto SMI de CEx hacia una fase exitosa de consolidación con resultados sostenibles.

El público principal para el informe de evaluación será el equipo sanitario USAID/RD y los socios implementadores. Se entregará un informe con el resumen ejecutivo y las recomendaciones al Gobierno de República Dominicana (GRD) y a los socios implementadores. USAID/RD usará el informe para dar a conocer su plan de finalización priorizando los aspectos del programa según el rendimiento y el potencial de sustentabilidad.

II. ANTECEDENTES

EL PROBLEMA Y LA PARADOJA

Según la Encuesta Demográfica y Sanitaria (EDS) de RD de 2007, la mortalidad materna continuaba siendo alta (159 por cada 100.000 nacimientos vivos), aunque el 98 % de los partos se realizaba en un hospital. El embarazo adolescente también era alto, con un 23 %; la mortalidad infantil era de 31 cada 1000 nacimientos vivos y la mortalidad neonatal representaba el 68 % del total de la mortalidad infantil (22 por cada 1000 nacimientos vivos).

Aunque en 2011 la mortalidad materna se redujo un 23 % y la mortalidad infantil un 25 %, los indicadores sanitarios dejan claro que el sistema sanitario no puede tratar adecuadamente las necesidades de la población dominicana, en especial la más vulnerable, como las mujeres y los recién nacidos. Aunque el 98 % de los partos se realiza en instalaciones sanitarias, la tasa de mortalidad materna aún es alta, así como las de mortalidad neonatal e infantil.

Además, entre el 61.7 % y el 71.8 % de todas las muertes maternas en RD se consideran evitables, lo que genera preguntas sobre la calidad de la atención en las instalaciones sanitarias del país. La explicación de esta aparente paradoja está relacionada con la baja calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva ofrecidos en RD, en particular en el sector público, donde ocurre el 76,0 % de todos los partos institucionales (Miller, 2003; Ruminjo, 2003; Pérez-Then, 2008, 2010; Miric & Pérez-Then, 2011).

Evaluaciones anteriores de la atención sanitaria sexual y reproductiva de RD han identificado una gran variedad de limitaciones, entre ellas: (a) personal insuficiente, poco preparado y desmotivado; (b) partos, dilatación y legrado (DL) y otros procedimientos realizados por residentes médicos y estudiantes sin supervisión; (c) dificultades con el sistema de derivaciones desde instalaciones de menor nivel, que generan una sobredemanda de servicios en establecimientos de derivación regionales y nacionales; (d) infraestructura inadecuada e higiene insatisfactoria; (e) indiferencia generalizada a las normas nacionales para la atención de partos y las emergencias de obstetricia; (f) falta de adecuación del tipo de atención ofrecido a las necesidades específicas de los usuarios de atención sanitaria, (g) trato inhumano y degradante a los usuarios, en particular en donde la demanda es alta; y (h) integración limitada de información, educación y comunicación (IEC) y actividades de planificación familiar (PF) en diferentes servicios sanitarios sexuales y reproductivos.

Gran cantidad de muertes maternas ocurren después del parto por hemorragias, infecciones y otras complicaciones. La Organización Mundial de la Salud establece que una mayor cantidad de asistentes sanitarios entrenados presentes durante el parto y el posparto tiene una relación directa con una reducción de la mortalidad materna, aunque en RD todavía no ha sucedido.

RESPUESTA A LA PARADOJA

Reconociendo que el sistema sanitario no podía abordar las necesidades sanitarias, el GRD aprobó dos leyes, la Ley de Salud General 42-01 y la Ley de Seguridad Social 87-01, para que trabajar en la capacidad del gobierno de mejorar el sistema sanitario, ya sea público, privado y sin fines de lucro. Estas leyes fueron diseñadas para definir el sistema sanitario, descentralizar la entrega de servicios sanitarios, crear un plan nacional de seguro y establecer una financiación orientada a la demanda.

Además, en 2006 el GRD lanzó la Estrategia de Tolerancia Cero para reducir muertes maternas e infantiles evitables, enfermedades evitables por vacunas, transmisión vertical de VIH y muertes relacionadas con el dengue y la malaria. En ese entonces, USAID/RD fundó el proyecto CONECTA (2006-2008), implementado por Family Health International, para aumentar el acceso sostenible a servicios de atención sanitaria materno-infantil de calidad y el proyecto BASICS, para reducir la sepsis neonatal en tres hospitales públicos y el programa de Método Madre Canguro.

Desde entonces, USAID/RD lanzó dos mecanismos complementarios de implementación: (1) el proyecto Centros de Excelencia Materno-Infantil,(2009-2014) y (2) el Programa Integrado SMI (PISMI) (2010-2012). Estos dos proyectos fueron diseñados para aumentar el acceso y la prestación de servicios sanitarios SMI de calidad en diez hospitales pilotos y para ayudar a lograr el Objetivo de Asistencia USAID/RD "Mejora de la salud de las poblaciones más vulnerables en la República Dominicana", Resultado Intermedio 4 y resultados subintermedios.

RI4 Mayor acceso a la prestación de servicios de atención sanitaria materno-infantil de calidad en áreas seleccionadas:

- mejora de los sistemas de gestión hospitalaria;
- mejor calidad de atención prenatal, parto y posparto y atención neonatal;
- rol de supervisión de la comunidad reforzado.

Los proyectos se diseñaron para aumentar el acceso mejorando la atención prenatal, de obstetricia y neonatal y las prácticas de bioseguridad y normas hospitalarias; estableciendo los servicios al cliente; y reforzando las instituciones y la gestión a través de otras actividades.

El cuadro 1 muestra hechos básicos sobre cada programa.

Cuadro 1. Datos del Programa
Centros de Excelencia Materno-Infantil (CEx): • Duración: Febrero de 2009 - febrero de 2014 • Financiación total de USAID: 15.5 millones de dólares • Beneficiarios: Mujeres en edad reproductiva y recién nacidos • Homólogo: Ministerio de Salud a través de diez hospitales, tres direcciones de salud provinciales y tres servicios de salud regionales • Cobertura geográfica: En todo el país • Implementado por: Abt Associates
Programa Integrado de Salud Materno-Infantil (PISMI) • Duración: Abril de 2010 - septiembre de 2012 • Financiación total de USAID: 650,000 dólares • Beneficiarios: Recién nacidos • Homólogo: Ministerio de Salud a través de Centros de Excelencia

- Cobertura geográfica: En todo el país
- Implementado por: Sociedad de JHPIEGO (principal), JSI, Save the Children, PATH, JHU/IIP, Broad Branch y PSI

Desde que el programa CEx comenzó en febrero de 2009, hubo una reducción notable de muertes maternas, de 201 en 2010 a 168 en 2011: una caída del 16,4 %. Solo en los diez hospitales del proyecto, hubo 61 muertes maternas en 2010 (30.5 % del total nacional) y 31 en 2011 (18.5 %). En comparación con las cifras nacionales, el 49.2% de reducción en hospitales del proyecto fue mucho mayor. Aunque el MS tomó medidas en conjunto y efectivas, al obtener socios y colaboradores internacionales para reducir la mortalidad materna, la contribución de CEx fue claramente significativa.

El objetivo del proyecto CEx es ayudar a reducir la morbilidad y mortalidad materna, neonatal e infantil mejorando la gestión y la capacidad técnica de SMI en diez hospitales regionales y provinciales de RD. El proyecto tenía el objetivo de "mejorar el acceso equitativo a servicios materno-infantiles de calidad concentrándose en intervenciones críticas y mejoras de gestión que mejoren la calidad y eficiencia" y el resultado combinado de "apoyar la diseminación de las mejores prácticas y servir como centros de entrenamiento para otras instalaciones en sus respectivas redes". Para lograr este objetivo, el proyecto especificó los siguientes resultados intermedios:

- diez hospitales desarrollados como Centros de Excelencia;
- tres direcciones de salud provinciales desarrolladas como Centros de Excelencia;
- redes de servicios de salud regionales fortalecidos; e
- intervenciones técnicas en la Región V consolidadas.

El proyecto se implementa en tres fases: preparación, implementación y consolidación. Durante la fase de preparación, el proyecto ofreció capacitación en comunicación, formación de equipos y gestión del cambio; implementó capacitación de gestión de la calidad usando la herramienta Marco Común de Evaluación (MCE); apoyó lugares mientras esbozaban planes mejorados; activó consejos administrativos para hospitales e inició el proceso de certificación hospitalaria. En la siguiente fase, el proyecto implementó intervenciones (p. ej., MCE, el sistema de información de gestión hospitalaria, planificación estratégica, infraestructura básica y sistemas para información perinatal, bioseguridad y control de infecciones, servicio al cliente, derivaciones y medicamentos y suministros) para permitir que los sitios se acrediten como Centros de Excelencia; esbozó criterios de acreditación y comenzó a diseminar lecciones aprendidas y mejores prácticas en las instalaciones de los alrededores. La fase final se centrará en la sustentabilidad, institucionalización y documentación. Esta EMC se realizó en un momento en el que el proyecto SMI de CEx está en transición entre implementación y consolidación y los recursos USAID/RD para ello están cayendo.

El proyecto CEx se complementó con el PISMI a través del apoyo técnico para intervenciones sanitarias de alto impacto a recién nacidos y basadas en la evidencia: prevención y tratamiento de sepsis neonatal; maternidad centrada en la familia (MCF) y estrategias de atención del método Madre Canguro; reforzar el plan nacional de trabajo de salud del recién nacido en línea con el Plan de Acción y la Estrategia de Alianza Regional Neonatal de Latinoamérica y el Caribe (LAC); y el uso del programa Ayudar Helping Babies Breathe (HBB) para la reanimación del

recién nacido. Dado que el PISMI termina en septiembre de 2012, el proyecto CEx integrará las intervenciones sanitarias a recién nacidos del PISMI a sus actividades de consolidación y duplicación. En su colaboración y apoyo técnico con el MS en el área de salud de recién nacidos, los objetivos principales del PISMI eran:

- Aumentar a dos o tres instalaciones más la intervención de mejora de calidad en la prevención y el tratamiento de sepsis neonatal en el programa CEx como parte de la estrategia regional para mejorar la salud del recién nacido (para un total de cuatro o cinco instalaciones).
- Reforzar las estrategias MCF y Madre Canguro en sitios de CEx con personal entrenado; iniciar la expansión hacia al menos un centro mas hasta un total de tres o cuatro instalaciones.
- Proporcionar asistencia técnica al GRD para mejorar su plan nacional de trabajo de salud del recién nacido en línea con la Estrategia y Acción de Alianza Regional Neonatal de LAC.
- Uso del programa HBB para la reanimación del recién nacido en todas las instalaciones CEx.

Con el apoyo técnico del PISMI, tres sitios CEx continúan participando en actividades con el Proyecto BASICS.

III. METODOLOGÍA[1]

EL EQUIPO DE EVALUACIÓN

Un equipo multidisciplinario atrajo a miembros del MS, USAID/RD, USAID/Washington y cuatro consultores externos independientes, que llevó a un total de ocho miembros de equipo. El Dr. Eddy Perez-Then, la Srta. Marija Miric, el Dr. Rafael Montero y el Dr. Marcelo Castrillo fueron los consultores independientes; la Dra. Olga Arroyo y el Dr. Donatilo Santos representaron al Departamento de Salud Materno-Infantil del MS; el Sr. Derek Sedlacek representó a USAID/RD y la Srta. Veronica Valdivieso y la Dra. Peg Marshall representaron a USAID/Washington. Todos los miembros del equipo tenían experiencia en el país, con las intervenciones en salud materno-infantil de USAID y en metodologías de evaluación.

El equipo EMC luego se dividió en cuatro grupos de evaluación a cargo de: (1) entrevistas al personal de las direcciones de salud provinciales y los servicios de salud regionales; (2) entrevistas al personal de los equipos de gestión hospitalaria; (3) discusiones de grupo con usuarios de servicios sanitarios materno-infantiles y proveedores de servicios sanitarios; y (4) observación rápida del entorno de atención maternal y neonatal, servicios proporcionados y entrevistas con profesionales de la salud de estas salas.

PREGUNTAS CLAVES DE EVALUACIÓN

Las cinco preguntas claves que EMC busca responder son:

1. ¿Cuáles aspectos reforzadores de los sistemas programáticos y sanitarios fueron los más o los menos exitosos para asegurar el logro de los resultados del proyecto y por qué?
2. ¿Cuáles intervenciones técnicas fueron las más o las menos exitosas para asegurar el logro de los resultados del proyecto y por qué?
3. ¿Cuáles aspectos reforzadores de los sistemas programáticos y sanitarios fueron los más o los menos sostenibles y por qué?
4. ¿Cuáles intervenciones técnicas fueron las más o las menos sostenibles y por qué?
5. ¿El proyecto apuntó a las actividades más críticas y apropiadas? ¿Qué otras oportunidades existen?

RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Los dos proyectos complementarios para mejorar la calidad de los servicios materno-infantiles, el CEx SMI y el PISMI, fueron evaluados usando rápidos principios del Proceso de Evaluación. El proceso incluyó una extensa búsqueda en base de datos, triangulación de fuentes de información (observación, entrevistas y críticas literarias), análisis iterativo y recolección adicional de datos según fuera necesario para una comprensión rápida y preliminar del estado del proyecto.

Las metodologías rápidas de evaluación aplicadas fueron:

- Repaso de documentos y revisión de datos en indicadores claves.
- Entrevistas con interesados en distintos niveles.

[1] Ver Anexo 21 para obtener más detalles

- Observación directa.
- Debates grupales con usuarios de servicios y personal del hospital.

Para clasificar los resultados de la evaluación de las series de intervenciones de los dos proyectos, el equipo EMC estableció una categorización cualitativa según dos variables: rendimiento y sustentabilidad (Cuadro 2).

Cuadro 2. Escala y Definición de Puntajes Cualitativos			
Rendimiento		**Sustentabilidad**	
Bajo:	El rendimiento estuvo sistemáticamente por debajo de las expectativas en la mayoría de las áreas esenciales de responsabilidad.	No sostenible:	La intervención tiene poco potencial de sustentabilidad.
Necesita mejoras:	El rendimiento no alcanzó sistemáticamente las expectativas en una o más áreas esenciales de responsabilidad.	Parcialmente sostenible:	Se logró cierto nivel de sustentabilidad, pero aún se necesita ayuda externa para mantener el nivel de esfuerzo.
Alto:	El rendimiento alcanzó sistemáticamente las expectativas en todas las áreas esenciales de responsabilidad, a veces tal vez las superó, y, en general, la calidad del trabajo fue muy bueno.	Totalmente sostenible:	Los individuos y los equipos tomaron posesión de procesos de desarrollo, incluyendo financiamiento, y pueden sostener los resultados más allá de la duración del proyecto, condicional al nivel de compromiso del MS de RD.

LIMITACIONES DE EVALUACIÓN

Hay una limitación en el enfoque con el que el equipo EMC evaluó el Resultado Intermedio 4 de USAID y consecuentemente los mecanismos de financiamiento. La evaluación de los procesos y efectos del proyecto fue cualitativa: el equipo EMC recopiló información de una variedad de fuentes y niveles y emitió opiniones subjetivas al calificar intervenciones específicas del proyecto como relevantes, sostenibles y repetibles. Sin embargo, el enfoque fue sistemático; se exploraron temas y hechos a través de guías predeterminadas de discusión y listas de observación (Anexos 4 a 13). Cuando se combinaban las respuestas de informantes y niveles, solían apoyarse entre sí y, cuando eran diferentes o había puntos de vista contradictorios, el equipo EMC continuó la exploración en profundidad para determinar si eran diferencias verdaderas o simplemente percepciones. Después de reunir los datos, el equipo de EMC se reunió durante tres días para procesar la información y formular conclusiones y recomendaciones. El equipo llevó las perspectivas de evaluación más allá de aquellas de los socios e interesados de implementación con respecto a las fortalezas y limitaciones de las intervenciones.

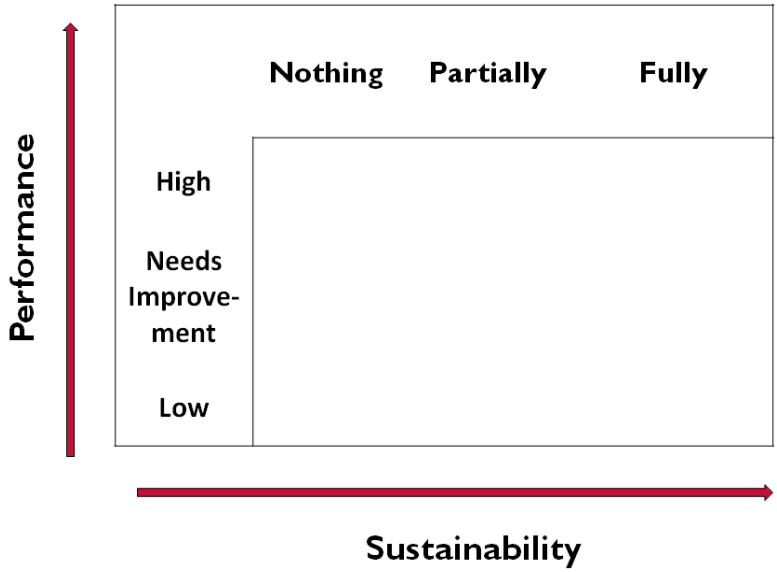
IV. HALLAZGOS

EMC ofrece una oportunidad de reflejar no solo el rendimiento de los dos mecanismos de financiamiento de USAID para fortalecer el sistema sanitario y reducir la mortalidad materna y neonatal, sino también las preguntas más amplias acerca de qué constituye un proceso exitoso para mejorar la instalación sanitaria para ofrecer atención materno-infantil de calidad. Las conclusiones de la evaluación y las acciones de prioridad se organizan para responder las preguntas de evaluación:

- Sistemas programáticos y sanitarios
  - ¿Cuáles aspectos reforzadores de los sistemas programáticos y sanitarios fueron los más o los menos exitosos para asegurar el logro de los resultados del proyecto y por qué?
  - ¿Cuáles aspectos reforzadores de los sistemas programáticos y sanitarios fueron los más o los menos sostenibles y por qué?
- Intervenciones Técnicas
  - ¿Cuáles intervenciones técnicas fueron las más o las menos exitosas para asegurar el logro de los resultados del proyecto y por qué?
  - ¿Cuáles aspectos reforzadores de los sistemas programáticos y sanitarios fueron los más o los menos exitosos para asegurar el logro de los resultados del proyecto y por qué?
  - ¿Cuáles son las intervenciones técnicas que parecen ser las más o las menos sostenibles y por qué?

Siguiendo las categorías de puntuación cualitativa (ver Metodología, capítulo D), las intervenciones caen en las matrices de doble entrada (ver a continuación) y el puntaje se otorga de izquierda a derecha y de abajo hacia arriba. Utilizando este criterio, las intervenciones se agruparon según las percibieron los equipos de evaluación.

Figura IV.1. Matriz de Intervención



SISTEMA PROGRAMÁTICO Y SANITARIO

- ¿Cuáles aspectos reforzadores de los sistemas programáticos y sanitarios fueron los más o los menos exitosos para asegurar el logro de los resultados del proyecto y por qué?
- ¿Cuáles aspectos reforzadores de los sistemas programáticos y sanitarios fueron los más o los menos sostenibles y por qué?

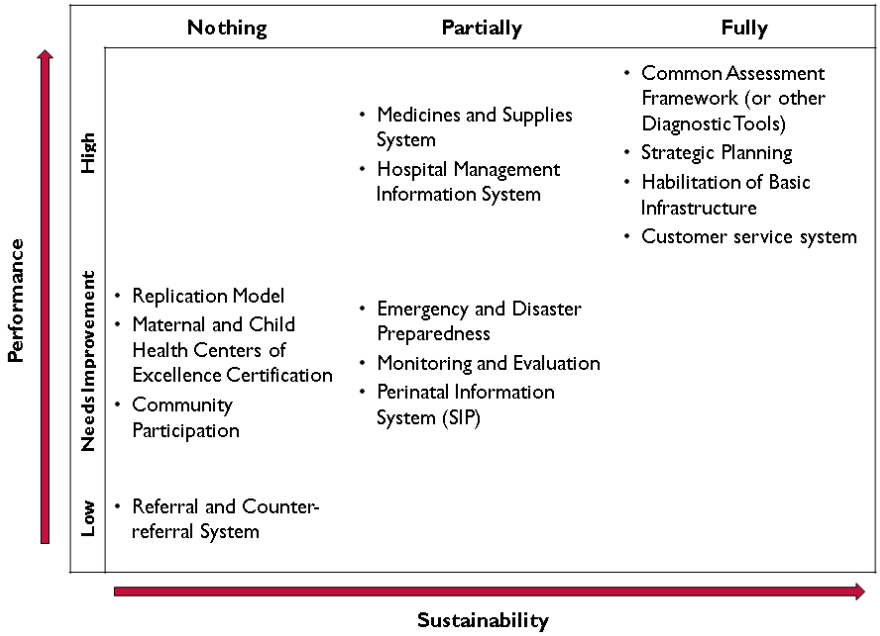
Estudios anteriores realizados con respecto a la calidad de los servicios SMI en RD (Miller et al., 2002; Freedman, 2003; Quiterio et al., 2008; Pérez-Then et al, 2008) sugieren una necesidad, como base de una mejora de calidad, de fortalecer los sistemas sanitarios y las capacidades de gestión mediante planificación estratégica, la supervisión y la evaluación (S y E), sistemas de información, mejora de la calidad y gestión de recursos. El proyecto CEx se centró en la integración y el fortalecimiento de los sistemas sanitarios como base de la gestión de servicios materno-infantiles; la interfaz de ambos fue considerada la base del diseño y el desarrollo de los centros de excelencia como una manera de expandir el acceso equitativo a los servicios SMI de calidad. Para reforzar el sistema, se propusieron varias tareas, como:

- Reforzar las funciones del equipo de gestión para iniciar el cambio.
- Reforzar la planificación y la capacidad de supervisión.
- Supervisar y evaluar el rendimiento de los sistemas de gestión.
- Adoptar un sistema automatizado de información en las instalaciones (a través de módulos SIGHO).
- Reforzar el sistema de gestión de recursos humanos.
- Reforzar el nivel de respuesta y la atención para usuarios de servicios.

El objetivo original de trazar planes estratégicos y planes de trabajo y de actualizar e implementar auto-evaluaciones a través de las herramientas MCE, además de lograr que los equipos entrenados en gestión estén familiarizados con el uso exitoso de las herramientas de gestión, se alcanzó en los diez hospitales (100%). Además, los equipos de gestión describieron algunas de estas tareas como "facilitadoras del éxito", lo que implica que el tiempo y el esfuerzo invertidos en ellas impulsaron cambios positivos en la estructura institucional, en la gestión y, aún más importante, las actitudes, las aptitudes y el empoderamiento de los profesionales de la salud, que, a su vez, generaron un "terreno fértil" para que las intervenciones exitosas promuevan servicios ECM en función de evidencia y de alta calidad.

La figura IV.2 representa intervenciones agrupadas por la interacción de las variables, rendimiento y sustentabilidad.

Figura IV.2. Matriz de Intervención Aplicada



Infraestructura (alto rendimiento, total sustentabilidad)

Según grupos de discusión (GD), la infraestructura del hospital mostró grandes mejoras. Tanto usuarios como profesionales de la salud reconocen que los ajustes del proyecto a la infraestructura y el equipo hospitalarios mejoraron en gran medida la calidad de la atención y la percepción de la calidad.

Un aspecto que todos los informantes resaltaron fue la higiene en diferentes partes del hospital, lograda en su mayor parte gracias a la capacitación y el empoderamiento del personal de apoyo. Después de que se los incluyera en la capacitación, informaron más satisfacción en el empleo y más motivación para mantener las partes del hospital limpias y en funcionamiento.

Acciones Prioritarias

Para consolidar la sustentabilidad, las intervenciones del proyecto deberían considerar promover el mantenimiento y el uso adecuado por parte de los proveedores de las instalaciones y el equipo del hospital.

Sistema de Servicio al Cliente (alto rendimiento, total sustentabilidad)

Una de las intervenciones mas visibles y que dio a los equipos de gestión mayor satisfacción fue el Departamento de Servicio al Cliente. El proyecto CEx proporcionó capacitación, equipo e infraestructura para el sistema, entre los que se encontraba el desarrollo del software SIGHO (Sistema Integral de Gestión Hospitalaria). Los beneficios de este sistema son claros. El personal del hospital informó que la diferencia antes y después del sistema es extrema. Esta intervención eliminó la duplicación de expedientes clínicos. El personal médico puede evaluar fácilmente la historia médica de un paciente en meses o años. Sin embargo, la gestión de expedientes todavía necesita mejoras y el equipo EMC observó que algunas clínicas tenían expedientes duplicados y que los de pacientes nuevos estaban incompletos.

Los pacientes en discusiones de grupo también informaron haber percibido una mejora en las instalaciones hospitalarias. Mencionaron que las colas para recibir un boleto para ver al personal eran claras y que los pacientes podían ver su turno exhibido en la pantalla, lo que redujo significativamente el tiempo de espera y el estrés relacionado.

Algunos miembros del equipo EMC sintieron que había una leve desconexión entre departamentos y que no todos los departamentos tenían acceso en el sitio a todos los expedientes. Por ejemplo, en un hospital, neonatologia no tenía acceso a los expedientes prenatales de las madres, lo que habría facilitado la atención clínica. Es posible que este sistema solo alcance su potencial completo cuando todos los interesados estén informados y se promocione tanto a profesionales como a pacientes.

Algunos hospitales visitados no realizaban todas las tareas esperadas. En las discusiones de grupo se mencionó que aún hay confusión acerca de dónde obtener más información de servicios específicos, dónde hacer preguntas y dónde presentar quejas.

El equipo EMC también observó que todos los hospitales tenían "cajas de sugerencias" pero no había privacidad: cualquiera podía ver las notas. Dado que la mayoría de quienes usan estos servicios tienen poca educación, una caja de sugerencias tal vez no sea la mejor forma de expresar quejas o sugerencias.

El personal sanitario entrevistado informó que no hay mecanismos claros para procesar la información obtenida a través de las cajas de sugerencias y que nunca se hizo nada para responder a la información recibida en las cajas. Los usuarios del sistema confirmaron la falta de un procesamiento sistemático de las quejas y acciones e informaron que ya no se quejan porque el personal sanitario no lo tomaría a bien e incluso llegaría a vengarse.

Las intervenciones en CEx que apuntaban al fortalecimiento de los sistemas hospitalarios y la capacidad de gestión fueron altamente efectivas y tuvieron un impacto indirecto significativo en la calidad de la atención SMI en los hospitales del proyecto, que apoya la buena calificación otorgada por el equipo EMC. Algunas de ellas también están siendo consolidadas de manera eficiente y pueden ser replicadas directamente por hospitales del proyecto y centros de atención sanitaria de menor nivel. Sin embargo, estas intervenciones deben considerarse solo parcialmente sostenibles, ya que se necesitan más intervenciones y compromiso de autoridades hospitalarias y profesionales de la salud para supervisar planes estratégicos y operativos, usar el sistema de información de manera efectiva, tomar decisiones de gestión en función de evidencia y hacer que los departamentos de servicio al cliente respondan mejor a los pacientes.

Acciones Prioritarias

Para hacer que las intervenciones relacionadas al sistema hospitalario y la capacidad de gestión sean más efectivas y sostenibles, se identificaron varias acciones prioritarias:

- Promover y apoyar a las autoridades hospitalarias en la supervisión y la evaluación de los resultados de los planes estratégicos y operativos del hospital, involucrando activamente en este proceso a los profesionales de la salud.
- Capacitar y guiar a los profesionales de la salud materno-infantil en el uso sistemático de los datos clínicos relevantes producidos por el sistema SIGHO para la toma de decisiones en función de evidencia, lo que ayudará a promover una cultura de la información en los hospitales.

- Asegurarse de que los expedientes clínicos prenatales se encuentren disponibles antes, durante y después del parto y en las salas de neonatología.
- Fortalecer y expandir las funciones actuales de los departamentos de servicio al cliente, incluidos los mecanismos de información y la gestión de quejas.
- Continuar la estrategia exitosa de transferir capacidades técnicas básicas y de avanzada a autoridades de hospitales y profesionales de la salud, y darles la facultad de definir e implementar los cambios deseados y los objetivos según sus necesidades singulares.
- Designar e iniciar acciones para transferir gradualmente la capacitación y las funciones de supervisión que actualmente manejan los equipos de gestión de CEx a los servicios DPS y regionales, de modo que estén preparados para asumir totalmente estas funciones cuando el proyecto termine. Este proceso debería considerar involucrar personal local altamente capacitado que haya participado en el proyecto CEx con la estructura MS.

Marco para la evaluación común y planificación estratégica (alto desempeño, totalmente sostenible)

Inicialmente, 25 hospitales fueron invitados a participar en el proyecto de Centros de Excelencia (CEx). Los interesados se sometieron a un ejercicio de autoevaluación de MCE[2], y de éstos se escogieron diez. La autoevaluación, junto con la planificación estratégica adaptada al entorno concreto de cada hospital, han ayudado a las autoridades hospitalarias y a los profesionales de la salud a desarrollar las facultades necesarias como actores interesados y contribuyentes activos en la calidad de SMI y otros servicios sanitarios brindados en cada sitio. Los equipos de las Regiones VI y VIII informaron que la competencia y la selección eran factores esenciales y que el compromiso cobraría importancia a la hora de escoger los sitios por replicar.

Se determinó que la capacitación en Administración para el Cambio y los estudios de posgrado en administración sanitaria y seguridad social fueron factores que contribuyeron al éxito del proyecto en los hospitales y en la región. Todos los hospitales también recibieron apoyo para crear planes estratégicos y de mejora de la calidad que fueran personalizados. La capacitación en Administración para el Cambio se entendió como un proceso sostenible y un paso esencial para las tareas de replicación; los estudios anteriores en la RD también destacaron la importancia de las actitudes y responsabilidades asumidas por parte de cada uno de los profesionales de la salud en cuanto a la calidad de los servicios de la atención de SMI.

El puntaje obtenido en esta intervención (alto: totalmente sostenible y alto rendimiento) indicó que todos los equipos de gestión habían participado en todas las tareas. Los equipos de gestión también informaron que seguramente todos elaborarían planes operativos, pero que el proyecto había aportado calidad y motivación. Se interpretó la motivación como lo que el proyecto denomina Teoría del Cambio: las personas y los grupos cambian porque ven la necesidad de cambiar y los posibles beneficios en materia de intereses personales. Además de ello, todos recibieron apoyo para crear planes estratégicos y de mejora de la calidad.

Después de la capacitación, todos los centros elaboraron planes estratégicos para los años 2010 a 2015 y planes operativos para 2010 y 2011; aunque todavía ninguno tenía planes operativos para 2012. El equipo EMC no observó ningún proceso para evaluar la calidad de los planes

[2]El Marco Común de Evaluación (MCE) es una herramienta usada por el Ministerio de Administraciones Publicas para recompensar las buenas prácticas en el sector público.

operativos y su implementación, debilidad que fue confirmada cuando se examinó el componente de supervisión y evaluación. También parecía que había una superposición de responsabilidades que podría minar la eficacia de la implementación de los planes.

Acciones Prioritarias

Con el fin de aumentar tanto el desempeño como la sustentabilidad, se debe promover una evaluación más estructurada de la calidad y la supervisión de la implementación de los planes estratégicos y operativos. También es necesario definir claramente los papeles y las responsabilidades para este proceso dentro del hospital y del sistema sanitario en general.

Sistema de Suministro de Medicamentos y Materiales (alto rendimiento, parcialmente sostenible)

Los equipos de gestión informaron que todos los hospitales tienen en la actualidad un sistema de suministro de medicamentos y materiales, pero que la calidad del trabajo varía. Para los equipos de gestión, el sistema representaba un progreso extraordinario en cuanto a la calidad de los servicios de SMI en sus hospitales, y el personal y las autoridades de los hospitales estaban facultados para administrar con eficacia sus propios medicamentos y materiales. El sistema SIGHO utilizado en la cadena de suministro estaba disponible en todos los sitios evaluados, y ahora se están administrando mucho mejor los medicamentos y los materiales.

Los farmacéuticos de los hospitales visitados informaron que ahora pueden opinar en las reuniones de los equipos de gestión, y la escasez de materiales y medicamentos —en particular para los servicios de SMI— es mucho menos frecuente. Sin embargo, PROMESE-CAL, el comprador y distribuidor de medicamentos esenciales del sector público, no está suministrando de forma habitual los medicamentos que se necesitan.

El equipo EMC halló que el desempeño del sistema de suministro de medicamentos y materiales era alto, sobre todo en comparación con el nivel con que funcionaba antes de la implementación del proyecto, a pesar de que haya aspectos del sistema que todavía deben mejorar. Sin embargo, se le puso una calificación de solo parcialmente sostenible, dado que el apoyo externo y la financiación hospitalaria todavía son imprescindibles para asegurar la disponibilidad de medicamentos y materiales.

Los equipos informaron que este componente está listo para la replicación y que ayudará a reforzar la continuidad de las mejoras en todos los hospitales.

Sistema Informático para la Gestión Hospitalaria (alto rendimiento, parcialmente sostenible)

Los equipos de gestión informaron que el uso del programa informático SIGHO como herramienta fundamental ha mejorado el valor de su sistema informático. Los profesionales de la salud expresaron que la posibilidad de tener acceso a los expedientes prenatales de las mujeres en las áreas de emergencia, trabajo de parto y parto era una importante contribución del proyecto a la calidad de la atención, en particular en cuanto a la mejor administración de las emergencias obstétricas.

El equipo EMC identificó varios problemas en el Sistema de Información Perinatal, un subsistema de SIGHO al que no se le está dando el mejor uso en algunos de los hospitales. Por ejemplo, el personal se quejó de que el tamaño de la letra era tan pequeño que muchos no podían leer las historias clínicas, y escribían las notas en los márgenes; otros decían que era demasiado largo y

pedía demasiada información. Además, en ciertos hospitales no se envían los expedientes de las pacientes de forma rutinaria cuando ingresan a la sala de trabajo de parto y parto, incluso cuando están disponibles, por lo cual el personal de parto no está familiarizado con los antecedentes de la paciente y su atención prenatal. De igual manera, las mujeres que dan a luz en los hospitales de derivación no llegan con sus expedientes médicos, lo cual tiene un significativo efecto sobre la calidad de la atención, porque se desconocen los datos de los análisis de laboratorio y otros datos prenatales.

Por último, el personal sanitario y las autoridades hospitalarias informaron que los datos clínicos recogidos por el sistema SIGHO no se utilizan de forma muy eficaz en la mayoría de los hospitales y no se emplean de forma habitual en la toma de decisiones, la planificación estratégica y la gestión hospitalaria. Esto quedó confirmado por los equipos de gestión, quienes afirmaron que es necesario promover y fortalecer la cultura de información dentro de los hospitales con el fin de cambiar las actitudes y conductas antes adoptadas y, a la vez , concientizar sobre la importancia de los indicadores cuantificables y la toma de decisiones basada en evidencia.

Acciones Prioritarias

Es necesario fortalecer el sistema mediante la promoción del uso, en las áreas de emergencia y partos, de la información de los expedientes clínicos prenatales y otros expedientes que actualmente están disponibles fácilmente por medio del programa SIGHO.

Preparación para Emergencias y Desastres (bajo rendimiento, no sostenible)

La capacidad de los hospitales y su personal para prever y afrontar los desastres que puedan afectar la salud pública constituye un componente central de los planes de preparación para emergencias en el plano local, estatal y nacional. Se espera que el grado de preparación que tengan los hospitales para posibles situaciones de emergencia se corresponda de forma positiva con su capacidad para responder eficazmente a las necesidades médicas de sus pacientes (Hodge, 2009).

La preparación de los hospitales para las emergencias y los desastres es uno de los componentes del proyecto de CEx, e incluye la creación de comités para emergencias y desastres, apoyo a las autoridades hospitalarias en la formulación de planes de emergencia y desastres y evaluaciones estructurales, no estructurales y funcionales de los establecimientos sanitarios.

Cuatro de los seis sitios visitados por el equipo EMC contaban con planes para emergencias. Dos de ellos han llevado a cabo simulacros, y otros dos hicieron planes de contingencia. Los hospitales con planes para emergencias y desastres designaron rutas de evacuación y puntos de reunión, aunque éstos no estaban claramente delineados. Algunos equipos de gestión hospitalaria informaron que les era difícil actuar de forma coordinada con el Departamento de Desastres y Emergencias del Ministerio de Salud, el cual insistía en que la preparación para emergencias y desastres era responsabilidad de ellos y que no se puede poner en marcha ni planes ni intervenciones sin su supervisión directa.

El equipo de gestión del proyecto señaló que esta dificultad obstaculizaba significativamente el éxito de las actividades dirigidas a la preparación de los hospitales para las situaciones de emergencias y desastres y que el esfuerzo y los recursos dedicados a estas actividades podrían tener mayor efecto sobre la calidad de la atención médica materno infantil si fueran reasignados a otros componentes estratégicos del proyecto CEx.

Acciones Prioritarias

Debe tomarse una decisión programática en cuanto a si se debe: (a) seguir invirtiendo en este componente del proyecto con el fin de mejorar apreciablemente su desempeño y sostenibilidad y delimitar con claridad las funciones y las responsabilidades con el nivel central del MS; o (b) limitarse a brindar apoyo técnico a las autoridades hospitalarias en las iniciativas promovidas por otros grupos y, al mismo tiempo, dar prioridad a otras acciones que directamente mejoren la calidad de la atención de SMI.

Supervisión y evaluación (necesita mejoras, parcialmente sostenible)

Ha habido muchos avances en epidemiología y vigilancia. Por ejemplo, desde el inicio del proyecto, por excelencia, El Seybo ha sido la provincia que ha presentado sus informes de forma más completa y oportuna a la Dirección General de Epidemiología. Ello podría tener relación con la obligatoriedad de los informes y el uso de coordinadores de campo como parte de la estrategia de supervisión y evaluación del proyecto.

Los equipos de gestión de los tres hospitales regionales informaron al equipo EMC que contaban con indicadores específicos del programa en sus planes estratégicos de trabajo y en los planes operativos anuales. Sin embargo, seguían considerando que ese era uno de los puntos más débiles. No existe ningún análisis sistemático ni frecuente de la información, y los procesos de toma de decisiones no se basan en datos de calidad.

Acciones Prioritarias

El componente de supervisión y evaluación debe producir y utilizar los datos de forma más eficaz. Los planes anuales requieren mejores datos y más análisis en los cuales basar sus prioridades para brindar servicios y mejorar la calidad de la atención. También se recomienda que se incorpore una herramienta para evaluar la calidad de los datos a la supervisión regular de los servicios.

Certificación de los Centros de Excelencia de Salud Materno-Infantil (necesita mejoras, no sostenible)

El proyecto SMI de CEx se planteó terminar de lograr el objetivo de fortalecer los hospitales por medio de un proceso de certificación de dichos centros. Se evaluarían las principales áreas funcionales de los hospitales y del Departamento Provincial de Salud, en comparación con normas específicas de cuidado materno-infantil. Para ello, se elaboraron todos los manuales y herramientas de certificación necesarios y se capacitó a un grupo de evaluadores en su aplicación, de modo que todo está preparado para la primera ronda de certificación de hospitales.

Antes de conceder la certificación o la acreditación a un establecimiento sanitario, el MS debe autorizar la prestación de sus servicios tras inspeccionarlos y evaluarlos a la luz de un conjunto de normas básicas. Al respecto, el proyecto ha brindado capacitación a los diez hospitales y les ha suministrado equipamiento para que pudieran aprobar las inspecciones del MS; solamente quedó un hospital sin autorizar.

Cuando el equipo EMC preguntó a las autoridades del MS sobre la certificación de un CEx de salud materno-infantil, todas informaron que habían participado en la elaboración de normas, herramientas y manuales para la implementación, y acordaron en que el MS pronto tomaría los pasos necesarios. A pesar de ello, quedaron algunas preguntas que las autoridades no contestaron debidamente. Por ejemplo, ¿cómo adquiere el MS la capacidad para certificar un

establecimiento sanitario, no solamente en cuanto al cuidado materno-infantil, sino también en una gama más amplia de servicios? ¿Y cuál de los departamentos o unidades se encargaría de ello, ya que los servicios todavía no están totalmente descentralizados? ¿Cómo puede mantener el MS un proceso de certificación imparcial y evitar las presiones políticas? ¿Cómo se puede evitar que el proceso de certificación se vea afectado por la alta rotación de personal que normalmente suele tener lugar después de cada cambio de gobierno?

En opinión del equipo EMC, el personal del proyecto y las autoridades gubernamentales todavía necesitan más intercambio de ideas y consenso para salir de la situación actual y encontrar un camino más claro para la institucionalización del proceso de certificación en el país.

Acciones Prioritarias

Esta es la intervención con la más alta prioridad para institucionalizar el modelo de los CEx y su sostenibilidad a largo plazo. Durante la segunda fase, el personal del proyecto y del Ministerio de Salud debe crear conjuntamente el mecanismo de certificación, preferiblemente como entidad independiente o asociación público-privada.

Modelo de Replicación (necesita mejoras, no sostenible)

El modelo se está replicando por medio de actividades específicas pero limitadas de capacitación. Las direcciones regionales han aprovechado la experiencia de los CEx para mejorar los sistemas de archivo y para establecer oficinas de servicio de atención al cliente, sistemas informáticos hospitalarios y otras intervenciones en otros hospitales de la región, pero ninguno cuenta con el conjunto entero de intervenciones de los CEx.

La Región VIII determinó que los recursos económicos eran la principal barrera a la replicación; en cuanto a la Región VI, la barrera consistía en los recursos humanos. Sin embargo, las dos expresaron su compromiso para cuando se disponga de los recursos necesarios.

Otra dificultad a la que se enfrentan las autoridades sanitarias regionales y distritales a la hora de replicar el modelo es que los servicios sanitarios todavía no están descentralizados del todo. En la actualidad, los papeles y las funciones de los SRS y de la DPS se superponen. Sin embargo, cuando se les preguntó a los equipos de administración hospitalaria quiénes debían encargarse de la replicación del modelo, todos dijeron que debían ser los SRS.

Acciones Prioritarias

Según el equipo, una alternativa más viable a la replicación del modelo completo sería una replicación parcial de las experiencias exitosas y de las mejores prácticas en diferentes hospitales.

Participación Comunitaria (bajo rendimiento, no sostenible)

La participación comunitaria en los servicios de salud implica una asociación entre las comunidades locales y las instituciones sanitarias en la planificación y realización de actividades sanitarias, con el fin de disfrutar de mayor autosuficiencia y control social a nivel local sobre la infraestructura y la tecnología de la atención primaria (Rifkin, 1990). Se han informado diversos beneficios de tales asociaciones, tanto para el sistema sanitario como para las comunidades mismas, entre ellos, mejor uso y sostenibilidad de los servicios de salud, intercambio mutuo de recursos, cambios positivos en las conductas relativas a la salud y una concientización por parte de la comunidad en general con respecto a sus propios puntos fuertes y factores de riesgo en cuanto a salud (Kahssay y Oakley, 1999). Los estudios anteriores realizados en la RD, sin

embargo, solamente informan un intercambio limitado entre las instituciones de atención médica y las comunidades en términos de servicios de salud materno infantil (Pérez et al., 2011), con la excepción de proyectos e intervenciones específicamente dirigidas a dicha participación (Miric et al., 2008). El proyecto CEx integra un componente que específicamente promueve tales alianzas con el fin de:

- crear o fortalecer los consejos de administración hospitalaria por medio de la participación de los miembros de la comunidad;
- capacitar a las comunidades en los derechos de los usuarios;
- crear mecanismos para difundir información.

En nueve de los sitios del proyecto, las autoridades hospitalarias informaron que, como parte del proyecto CEx, se ha incluido a un miembro de la comunidad en el consejo de administración hospitalaria, y en la mayoría de los casos se le ha capacitado en los conocimientos necesarios para participar activamente en las conversaciones del consejo. Las entrevistas cualitativas y las observaciones directas, por otro lado, dan a entender que esa participación es vista como el cumplimiento formal de uno de los requisitos del proyecto en lugar de una alianza verdadera y funcional entre el hospital y la comunidad. La única excepción es el Hospital San Vicente de Paul, en San Francisco de Macorís, donde la participación por parte de la comunidad en las actividades hospitalarias se había establecido mucho antes de la planificación de las intervenciones de CEx. En general, sin embargo, los profesionales de la salud y las autoridades hospitalarias de los demás hospitales no parecían estar abiertos a ese tipo de integración; la actitud general era expresarse en términos de "ellos (los usuarios)" y "nosotros (los profesionales)".

El Hospital San Vicente de Paul también informó que habían tenido experiencias de integración comunitaria exitosas, entre ellas la capacitación de asistentes de parto (quienes brindan apoyo no médico a las mujeres y a las familias durante las etapas de trabajo de parto, parto, y posparto) y la integración de comités de voluntarios de la comunidad para participar en las actividades hospitalarias y ayudar con las tareas de investigación en la comunidad. Este antecedente puede explicar por qué este hospital había hecho más progreso en la humanización de la atención de madres y lactantes.

Si bien reconoció los beneficios de la participación comunitaria en las actividades hospitalarias para la humanización y la calidad de la atención médica de madres y lactantes, según lo observado en el Hospital San Vicente de Paul, el equipo de gestión expresó su inquietud sobre si sería factible alcanzar ese mismo nivel de participación comunitaria en los otros hospitales del proyecto dentro del tiempo que queda en el proyecto CEx. Dicha preocupación adquiere mayor importancia cuando se tienen en cuenta el resto de las numerosas prioridades estratégicas del proyecto de CEx, incluidas las tareas que todavía hay que llevar a cabo a fin de lograr las intervenciones que mejoren de forma directa la calidad de los servicios de SMI.

Acciones Prioritarias

Es necesario tomar una decisión sobre si se debe: (a) reforzar y ampliar de forma importante las intervenciones para alcanzar una participación auténtica de la comunidad en los hospitales del proyecto; o (b) limitar estos esfuerzos por conseguir la participación formal de los representantes comunitarios en los consejos de administración hospitalaria y dar más atención a las acciones que directamente puedan mejorar la calidad de la atención de SMI.

Sistema de Derivaciones (bajo rendimiento, parcialmente sostenible)

Se ha informado de forma reiterada que la falta de comunicación entre los diversos actores que brindan servicios de SMI en la RD, incluidos los establecimientos y proveedores basados en la comunidad, son un serio obstáculo en la integración de los servicios y en su adaptación a las necesidades de la comunidad (Pérez-Then et al., 2011; Miric et al., 2006). También se determinó que el mismo factor dificulta la respuesta eficaz a las emergencias obstétricas (Miric et al., 2008).

Ante esta situación, el proyecto CEx originalmente propuso consolidar un sistema documentado de derivaciones y contraderivaciones en cada hospital, para que éstos pudieran coordinar las acciones junto con otras instituciones médicas. Este sistema también debería incorporar servicios de comunicación y transporte, los cuales podrían garantizar que las muestras para análisis de laboratorio se entregaran de forma segura y oportuna y que madres e hijos pudieran acceder a una adecuada atención médica. Además del sistema de derivaciones y contraderivaciones, este componente incluye la creación de una cartera de servicios que incluya sistemas de comunicación y transporte, un sistema para controlar las citas médicas y enlaces con las redes de atención primaria y de organizaciones no gubernamentales.

En este momento, tales mecanismos de derivaciones y contraderivaciones sólo están imprecisamente definidos en los hospitales del proyecto. Algunas instituciones de más alto nivel reciben pacientes de niveles más bajos, pero no existen procedimientos para realizar contraderivaciones, y al profesional originario no se le informa de los resultados de tratamiento del paciente derivado.

Por lo general, simplemente se envía a los pacientes al lugar al cual han sido derivados sin sus expedientes clínicos ni tan siquiera una nota. El médico que quiere derivar a un paciente generalmente llama al hospital y pide al médico encargado que acepte al paciente. Un equipo informó que el hospital de Santiago no acepta a los pacientes sin una llamada por teléfono celular del médico que hace la derivación; el paciente que se presenta sin esa llamada tendría que averiguar por sí mismo cómo atenderse en otro hospital. Por lo tanto, las derivaciones dependen mayormente de las relaciones primarias entre determinados médicos en vez de regirse por mecanismos precisos y procedimientos institucionales.

En algunos de los hospitales se pudo observar la realización de derivaciones y contraderivaciones específicas y positivas, como el uso de teléfonos celulares para la comunicación directa entre las instituciones a niveles diferentes y la participación comunitaria en la atención en la etapa de posparto de las mujeres que habían dado a luz en el hospital. Sin embargo, esas experiencias todavía no están ni lo suficientemente estructuradas ni generalizadas como para constituir un sistema eficaz de derivación y contraderivación.

En general, el rendimiento en este componente fue bajo y no funcional, lo que disminuyó así la posibilidad de una respuesta oportuna a las necesidades urgentes de SMI, incluido el seguimiento y la supervisión de los resultados del tratamiento. Por lo tanto, una prioridad del proyecto debe ser el ampliar este componente elaborando manuales que definan claramente, paso a paso, los procedimientos de derivación y contraderivación que debe seguir cada hospital que participa en el proyecto.

En opinión de los administradores del proyecto CEx, la mayoría de las metas de este componente estaba fuera del alcance directo del proyecto y, aunque pudieran ayudar a promover acciones para fortalecer la comunicación dentro de la red de servicios de salud, el

proyecto no debía gastar recursos y esfuerzos en ello más allá de tales acciones. En tal sentido, es posible que los CEx decidan centrarse en mejorar la comunicación directa entre los directores de los departamentos de ginecología y obstetricia de las instituciones de más alto nivel y las de nivel más bajo, que son las que a menudo derivan pacientes a las primeras, especialmente con el fin de promover respuestas eficaces a las emergencias obstétricas. Los administradores del proyecto también expresaron que debían limitarse las labores destinadas a implementar sistemas de transporte.

Acciones Prioritarias

- El equipo de gestión del proyecto debe analizar las intervenciones de este componente, a fin de fijar prioridades y precisar estrategias factibles para fortalecer aspectos específicos del sistema de derivaciones y contraderivaciones.
- Algunas de las estrategias exitosas que están implementadas, al menos en parte, en algunos de los hospitales visitados, como el uso de tecnología (teleconferencias, redes sociales, teléfonos celulares) para la comunicación entre hospitales y proveedores, tal vez podría generalizarse en otros entornos.
- Lograr una comunicación directa más estrecha entre los directores de los departamentos terciarios de ginecología y obstetricia y las instituciones de nivel más bajo que a menudo les envían pacientes podría promover respuestas más eficaces a las emergencias obstétricas.

INTERVENCIONES TÉCNICAS

- *¿Cuáles intervenciones técnicas fueron las más o las menos exitosas para asegurar el logro de los resultados del proyecto y por qué?*
- *¿Cuáles son las intervenciones técnicas que parecen ser las más o las menos sostenibles y por qué?*

Tal como se señaló en la sección de antecedentes, la paradoja que se produce en la RD de una alta cobertura en atención prenatal y partos institucionales y una alta mortalidad materna e infantil se ha atribuido repetidas veces a la calidad deficiente de la atención, sobre todo en las instituciones de salud pública, donde tienen lugar 76 % de los partos institucionales (Miller, 2003; Ruminjo, 2003; Pérez-Then, 2008, 2010; Miric y Pérez-Then, 2011).

Los estudios anteriores han resaltado la falta de familiaridad y de acatamiento de las normas y protocolos nacionales por parte de los profesionales de la salud (Pérez-Then, 2008, 2010). Aunque estas normas hacen hincapié, entre otros aspectos, en la importancia de la humanización de la atención, lo cual incluye la garantía de un tratamiento cálido y respetuoso, un parto seguro y atención posparto, varios estudios bastante recientes sugieren que a menudo se administra tratamiento humillante que pasa por alto los derechos humanos básicos de las mujeres (Miller et al., 2003; Miric et al., 2008). Sorprende, entonces, que los niveles de satisfacción que informan los usuarios de los servicios de salud materno-infantil de la República Dominicana tiendan a ser relativamente altos (Miller et al., 2003; Hernández y Romero, 1993; Pérez-Then et al., 2011), aunque ello se explica principalmente por factores socioculturales (Miric et al., 2006, 2008). Por eso es necesario ejercer cautela al tomar la satisfacción del usuario como indicador directo de la calidad de la atención médica.

El proyecto CEx se centró en promover y consolidar servicios de SMI de calidad basados en evidencias en los hospitales escogidos con el fin de:

- fortalecer la calidad de la atención materno-infantil;
- implementar la estrategia de los centros de excelencia CEx;
- mejorar la atención neonatal;
- mejorar la atención médica de madres y lactantes en las primeras 72 horas posteriores al parto.

De acuerdo con las cifras de los proyectos de los años fiscales 2010 y 2011, el proyecto CEx ha logrado cierta cantidad de indicadores de resultados (USAID, 2012), a partir del cumplimiento de las normas y protocolos nacionales (véase también la Figura IV.3), concretamente lo siguiente:

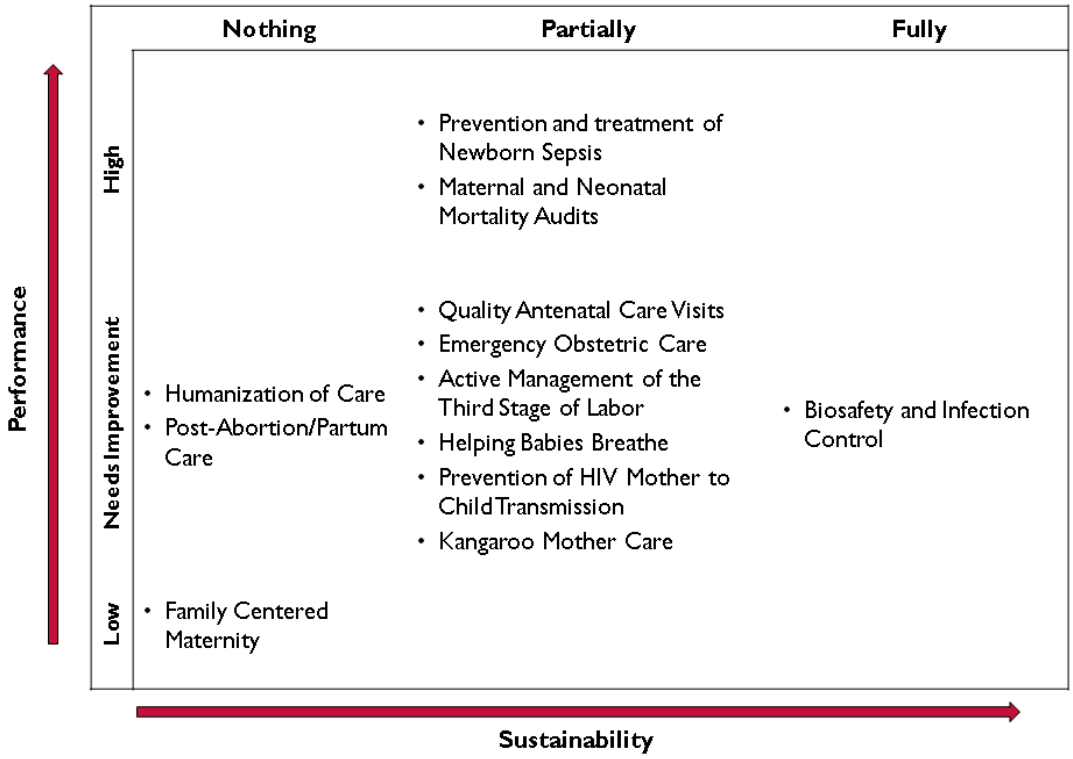
- La cantidad y el porcentaje de mujeres a quienes se brinda manejo activo de la tercera etapa del parto (AMTSL) aumentó de 32 % (cifra de referencia) a 82 %.[3]
- El porcentaje de mujeres embarazadas a quienes se les controló el peso, la presión arterial y la longitud del fondo uterino en la última consulta alcanzó el 90 %.
- El porcentaje de episiotomías alcanzó un nivel aceptable para un hospital de derivación (25 %).
- El porcentaje de muertes maternas sujetas a auditoría aumentó de 16 % a 88 %.[4]

El proyecto ha tenido menos éxito en reducir el porcentaje de cesáreas realizadas en los hospitales objetivo, el cual permanece en 44 %, y en aumentar la cantidad de mujeres embarazadas que reciben los resultados de los análisis de VIH, así como asistencia psicológica posterior a éstos. Los equipos de gestión informaron que el efecto de estos indicadores fue suprimido por la estructura actual del sistema de salud, por mecanismos de supervisión ineficaces y por las políticas sanitarias del Ministerio de Salud.

[3] Datos provistos por el personal de Supervisión y Evaluación del Proyecto Centros de Excelencia.

[4] Datos provistos por el personal de Supervisión y Evaluación del Proyecto Centros de Excelencia.

Figura IV.3. Aplicación Adicional de la Matriz de Intervención



Mejoras en la Calidad de la Prevención y el Tratamiento de la Sepsis Neonatal (alto rendimiento, parcialmente sostenible)

A nivel mundial, las infecciones se llevan la vida de aproximadamente 1.4 millones de neonatos todos los años y, por lo tanto, son responsables de un tercio de los 4.0 millones de muertes neonatales del mundo. Hasta hace poco, las muertes neonatales, que actualmente constituyen aproximadamente 40 % de las muertes de niños menores de 5 años de edad, prácticamente se omitían como problema mundial de la salud. Para poder reducir la tasa de mortalidad neonatal a la mitad entre 2000 y 2015, y de esa forma alcanzar uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en supervivencia infantil habrá que superar muchas dificultades. Para mitigar la sepsis neonatal en la RD, el PISMI está trabajando en lo siguiente:

- seguir con las actividades para mejorar la calidad de la prevención y el tratamiento de la sepsis neonatal en los hospitales que participaron en BASICS, Musa y Los Mina;
- ampliar la prevención y el tratamiento de la sepsis neonatal a dos o tres instituciones nuevas que participen en el proyecto;
- obtener datos de referencia sobre el uso racional de antibióticos para la sepsis neonatal en los hospitales que participan en el proyecto CEx.

El proyecto alcanzó estos objetivos. El estudio de referencia de 2010 reveló que había deficiencias en el lavado de manos, que faltaban materiales de limpieza y que no se mantenía debidamente la limpieza en los partos. El equipo EMC concluyó que en los tres hospitales donde el programa PISMI estaba en marcha (los hospitales Musa, SPM, Los Mina, Santo Domingo, y San

Vicente de Paul, SFM) se notaba una mejora en la atención neonatal. Al observar los partos y la atención prestada a los recién nacidos, el equipo llegó a la conclusión de que la atención neonatal cumplía normas altas. Las mejoras que se observaron en la sala de partos y en la sala neonatal ayudarán a reducir el riesgo de infecciones en madres y recién nacidos. La higiene de las salas de partos y neonatal es adecuada y cuenta con los elementos necesarios para evitar las infecciones nosocomiales. El Hospital Antonio de Musa ha llegado a reducir la tasa de infecciones nosocomiales de 5 % (2010) a 3 % (marzo de 2012), el Hospital Los Mina, de 37 % (2011) a 30 % (marzo de 2012) y el Hospital San Vicente de Paul, de 19 % (2011) a 9 % (marzo de 2012).

Acciones Prioritarias

Para garantizar que esta intervención sea eficaz y sostenible, es necesario actuar en varios niveles:

- Los programas de estudios universitarios de medicina y la capacitación que se lleva a cabo dentro de los propios hospitales deben abarcar los elementos básicos para la prevención de infecciones neonatales.
- El personal de enfermería debe tener más capacitación y mejores elementos para evitar y controlar las infecciones neonatales.
- Los comités hospitalarios para el control de infecciones deben hacer cumplir las normas de higiene en todas las áreas clínicas, verificar periódicamente que el lavado de manos se realice siempre y de forma adecuada, insistir en que se disponga de agua limpia, jabón y toallas en todas las áreas clínicas, distribuir los datos mensuales sobre infecciones en todas las áreas clínicas e ilustrar en una gráfica el desempeño y colocarla en la pared de todas las áreas clínicas. Los administradores de los hospitales deben encargarse de la colocación de lavabos en todas las áreas clínicas. (El equipo EMC observó que había salas neonatales y unidades de trabajo de parto y parto que no tenían lavabos. Este es un requisito completamente imprescindible para brindar atención de alta calidad).
- Se debe abastecer la sala neonatal con un suministro adecuado de medicinas, se deben mejorar las auditorías de mortalidad neonatal y se deben tomar medidas para prevenir y tratar los casos de sepsis neonatal.
- Se tiene necesidad de mejoras los servicios de laboratorio para la detección temprana de organismos causantes de la sepsis neonatal.
- Las auditorías de mortalidad neonatal deben ser un componente integral del proyecto CEx.
- Es necesario mejorar el sistema nacional de derivación y contraderivación.
- Se han de replicar las medidas que hayan demostrado ser eficaces en otros hospitales para seguir reduciendo la mortalidad infantil.
- Se debe orientar a los nuevos miembros del personal en cuanto a las estrategias del proyecto y la atención neonatal.

Auditorías de mortalidad materna y neonatal (alto rendimiento, parcialmente sostenible)

Todos los hospitales llevan a cabo auditorías de mortalidad materna y cuentan con un comité operativo que se dedica a reducirla. El porcentaje de mortalidad materna auditada ha aumentado de 16 % a 88 %. Los comités utilizan el sistema de información perinatal (SIP) para realizar las auditorías.

El gobierno asumió una política de "tolerancia cero" en mortalidad materna en 2006. La política establece que "la tolerancia cero no significa que no ocurrirán casos y muertes, pero significa que los casos y muertes por estos problemas no serán tolerados ni pasarán desapercibidos para la sociedad y el sistema de salud". Esta declaración suscitó mayor atención a la necesidad de reducir la tasa de mortalidad debido a las complicaciones obstétricas, y por eso se empezaron a llevar a cabo auditorías de las muertes maternas, con lo cual ha habido una impresionante disminución en la mortalidad materna, sobre todos en los últimos años. Dicha disminución se ha hecho más marcada en los hospitales del proyecto que en los demás. Cualquier complicación obstétrica que se presenta se convierte en alta prioridad de forma inmediata; incluso el ministro de Salud y el director del Departamento Materno Infantil llamarían a un hospital si se enteraran de "un caso complicado o de alto riesgo", en palabras de los equipos de gestión hospitalaria.

Por otro lado, un equipo de mediano plazo notó que la atención durante el parto variaba mucho según el lugar y el profesional. Las enfermeras y el personal médico entrevistados no estaban familiarizados con los últimos estudios sobre el exceso de morbilidad y mortalidad materna e infantil debido al uso excesivo de cesáreas, inducción del parto, hipoxia neonatal y otras afecciones. Aunque los médicos reconocieron que sus tasas de cesáreas son altas (32 %–49 %), no pudieron articular una propuesta para reducirlas. La mayoría de las enfermeras entrevistadas no tuvo un sentido real de lo que es una tasa razonable, y la mayor parte no vinculó la fórmula de alimentación posparto temprano a un exceso de intervenciones quirúrgicas y al estado de la madre después del parto.

Las entrevistas con profesionales de la salud calificados indicaron que ellos no siempre dominan o practican habilidades comunes para la atención perinatal. Una obstetra declaró que ella no puede resucitar a un bebé ni manejar un paciente tratado con sulfato de magnesio. Parecía haber poco conocimiento de cómo manejar los partos asistidos, lo cual probablemente contribuya al exceso de cesáreas y muertes. Este hospital tuvo un alto volumen de partos por año y los residentes de medicina familiar completaron su rotación en ginecología y obstetricia.

El equipo EMC valoró esta intervención como "parcialmente" en el eje de sustentabilidad y "alto" en el eje de rendimiento. Las auditorías se han llevado a cabo de manera eficiente, pero se necesita más trabajo para analizar las causas de la mortalidad y morbilidad materna e infantil y actuar para reducirlas, así como consolidar las auditorías como procedimientos de rutina dentro de cada establecimiento de salud.

Acciones Prioritarias

Complementar las auditorías de muerte materna con la supervisión de la calidad de los servicios materno-infantil prestados.

Método Madre Canguro (MMC) (de alto rendimiento, parcialmente sostenible)

El MMC es una forma especial de cuidar a los bebés con bajo peso de nacimiento. Promueve la salud y el bienestar mediante la promoción con eficacia de un control térmico, lactancia materna, prevención de infecciones, y la creación de lazos afectivos: el bebé se mantiene en contacto continuo con la piel de la madre y amamantado en forma exclusiva en la mayor medida posible. El MMC comienza en el hospital y continúa en el hogar.

El MMC ha demostrado tener un efecto beneficioso sobre la lactancia materna y el control térmico a través del contacto prolongado de piel con piel que reduce el riesgo de hipotermia. Para los bebés estables, el MMC es por lo menos equivalente a la atención convencional con incubadoras en términos de seguridad y protección térmica.[5]

El MMC se inició hace más de 18 meses en el Hospital Provincial San Francisco de Macorís (Hospital San Vicente de Paul) y hace alrededor de un mes, al momento de esta evaluación, en el Centro Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina en Santo Domingo, después de que un equipo (un neonatólogo, una enfermera y un psicólogo) fuera enviado a la Fundación Canguro en Colombia para su formación. El programa ha experimentado una evolución positiva desde sus inicios. Inicialmente, los datos no fueron registrados y el hospital fue poco entusiasta para dar su apoyo. Ahora se mantienen con cuidado los datos y el servicio se ha convertido en el favorito del hospital, al disfrutar de mucha publicidad, ganar un premio de la primera dama y crear un personal motivado y comprometido con la resolución de problemas.

En Los Minas el proyecto aún no cuenta con un espacio dedicado. A pesar de la escasez de espacio y equipo, el personal inscribió con entusiasmo a 33 bebés durante el primer mes. Estaban encantados de informar que ninguno de estos bebés tuvo que volver a ser internado (la tasa habitual es del 20 %). El entusiasmo es muy alto y es evidente que nos encontramos con agentes de cambio comprometidos que trabajan para que esto ocurra.

Acciones Prioritarias

Existe evidencia considerable de que esta estrategia de bajo costo y alto beneficio disminuye la morbilidad y la mortalidad en neonatos prematuros de bajo peso de nacimiento, en entornos con recursos limitados. Teniendo en cuenta la experiencia de los dos hospitales donde la intervención está funcionando actualmente, es fundamental para su adecuada réplica designar a una persona específica como director del proyecto canguro, y establecer claramente las responsabilidades del personal y los canales de comunicación. Se recomienda que CEx integre la estrategia como parte de sus intervenciones técnicas y continúe el apoyo al personal del PISMI para llevar el MMC a otros hospitales.

La intervención puede ser complementada mediante la educación continua al personal de los centros de referencia. El personal de San Pedro de Macorís señaló que algunas de las muertes de recién nacidos se debieron a la falta de remisión adecuada, por ejemplo, los recién nacidos transportados sin el método canguro llegaron con hipotermia severa.

Calidad de Control Prenatal (necesita mejoras, parcialmente sostenible)

En general, la calidad de la atención prenatal en los hospitales visitados se ha incrementado desde el inicio del proyecto, de acuerdo con los profesionales de la salud y sus pacientes. Por

[5]Pautas de Práctica Clínica del Método Madre Canguro.

ejemplo, durante la última visita, el porcentaje de mujeres embarazadas a quienes se les midió peso, la presión arterial y la altura de fondo uterino alcanzó el 90 %. Sin embargo, las observaciones cualitativas del equipo EMC sugieren que la atención prenatal no se gestiona de manera integrada, y se pierden oportunidades para ofrecer los servicios de salud complementarios que requieren las mujeres embarazadas. Uno de los casos observados durante la evaluación fue una paciente de luto debido a la muerte de su pareja. El personal nunca se acercó a ella, ni se realizó ningún esfuerzo para derivarla a un servicio que pudiera brindarle apoyo adecuado en salud mental a o cuidado emocional.

Aunque hubo un avance notable en la calidad de la atención prenatal en los hospitales del programa, todavía necesita mejoras para asegurar, por ejemplo, el cumplimiento de las normas y protocolos nacionales y para brindar una atención de salud más integrada a las mujeres embarazadas, las madres, sus hijos, y familias en general. En el nivel actual de funcionamiento, la calidad de la atención prenatal es sustentable solo parcialmente; para asegurar la calidad, se necesitan la formación continua y, sobre todo, la supervisión.

Acciones Prioritarias

Difundir ampliamente la calidad de las herramientas de supervisión de atención del proyecto o del MS y apoyar a la Dirección Provincial de Salud para elaborar un plan que supervise todos los centros de salud y proporcione capacitación en el sitio.

Atención obstétrica de emergencia y parto seguro (necesita mejoras, parcialmente sostenible)

Los equipos de gestión informaron que todos los hospitales han recibido capacitación en aspiración manual endouterina, atención obstétrica de emergencia, manejo del recién nacido y bioseguridad, y que las normas y protocolos nacionales han repercutido positivamente en la gestión clínica. El equipo de EMC verificó la existencia de guías para supervisar la atención obstétrica y neonatal de emergencia, pero sólo un equipo de gestión DPS informó de haberlas aplicado. Sin embargo, todos los hospitales reportaron contar con indicadores específicos de seguimiento y evaluación del manejo de casos materno-infantiles.

Los equipos EMC señalaron que la atención durante el parto varía mucho de un sitio a otro y de un profesional a otro, e insistieron en que las enfermeras y el personal médico no estaban al tanto de los últimos hallazgos acerca del uso excesivo de cesáreas, parto inducido, hipoxia neonatal y otras condiciones.

En varias instalaciones, los profesionales de la salud informaron que colocaron al bebé sobre el abdomen de la madre hasta que el cordón dejó de pulsar, según lo establecido por los protocolos nacionales, pero las discusiones de grupo con las pacientes madres no siempre corroboraron dichos informes. Las madres que dieron a luz recientemente informaron que los bebés les fueron entregados, por lo general, dentro de las dos horas posteriores al parto.

Por otro lado, a pesar de que, de acuerdo con las normas nacionales, las enfermeras no están autorizadas a atender los partos por sí mismas, esto parece ser una práctica común. La naturaleza "clandestina" de esta práctica da cuenta de que los partos institucionales no están registrados ni supervisados con precisión, y el personal de enfermería no está bien entrenado para tales funciones. Sin embargo, en un hospital, según lo fomentan otros organismos internacionales, las enfermeras han recibido una formación significativa para atender los partos, con el apoyo adecuado de las autoridades del hospital. Los resultados fueron excelentes para los

servicios TP y P del hospital. Esto sugiere que el personal de enfermería puede ser central en las iniciativas para mejorar la calidad de la atención de SMI en los hospitales públicos en la RD, donde los médicos especializados no siempre están disponibles para todos los partos institucionales. Se informó que las habilidades de enfermería habían sido actualizadas sólo en dos hospitales, en un caso a través de la Universidad de Puerto Rico y en el otro a través de la Universidad de Emory.

Los usuarios del servicio que participaron en los grupos de discusión expresaron su confianza en la capacidad limitada de los servicios de emergencia de los hospitales, sobre todo porque los profesionales de servicios no estaban disponibles en las horas libres, y porque el tiempo de espera fue largo. Esto sugiere que hay una necesidad de incrementar tanto la calidad de los servicios de emergencia como su percepción en las comunidades, al prestar especial atención a detectar y responder oportunamente a las emergencias obstetricias.

Acciones Prioritarias

El equipo EMC consideró que la preparación para emergencias y desastres en los hospitales visitados necesita mejorarse, principalmente a través de una delimitación clara de funciones y responsabilidades con el MS, la capacitación del personal, y los ejercicios regulares. Como actualmente se implementa, esta intervención se consideró parcialmente sostenible, debido a que, para consolidar los planes de emergencia en los hospitales, son necesarias mayor asistencia técnica externa y supervisión.

Manejo Activo en la Tercera Etapa del Parto (necesita mejoras, parcialmente sostenible)

El equipo de EMC verificó que el MATEP se implementó en todos los sitios visitados, aunque no se llevó a cabo de forma coherente. Según las cifras de CEx para el año fiscal 2010 y el año fiscal 2011, la cantidad y el porcentaje de mujeres que reciben MATEP aumentó del 32 % al 82 %. Los grupos de discusión de usuario reconocen esta práctica como un punto fuerte; una declaración común fue "allí me limpiaron tan bien que casi no sangré después del parto".

Sin embargo, en la mayoría de los establecimientos, el MATEP está condicionado a la presencia de personal especializado en la sala de partos, lo cual no siempre es posible, en particular, en las instituciones de nivel más bajo durante los fines de semana y turnos de noche.

El equipo EMC no pudo obtener suficiente evidencia sobre el uso de protocolos nacionales para el manejo de casos en la atención materno-infantil. El personal de salud declaró saber que dichos protocolos existen, pero no siempre fueron capaces de referirse a sus temas y contenido específicos. Los médicos residentes de diferentes especialidades no recuerdan haber sido capacitados en el uso de protocolos de manejo de casos, pero informaron que han oído hablar de ellos durante la capacitación sobre temas como la gestión de las emergencias obstétricas, atención neonatal, etcétera.

El equipo EMC no pudo identificar los procedimientos de seguimiento de la adhesión a los protocolos de manejo de casos y sanciones para los resultados de no conformidad. Estos hallazgos son consistentes con estudios anteriores realizados en el cumplimiento de los protocolos de manejo de casos de RD para la atención de SMI en el país (Pérez-Then, 2008, Pérez-Then et al., 2010.).

El personal señaló que el turno de servicio, cuando el personal de salud analiza los casos y recomienda los procedimientos por seguir, es una oportunidad para garantizar el cumplimiento de las normas y protocolos.

El equipo de evaluación valoró que dicha intervención es parcialmente sostenible y necesita de mejoras en el rendimiento.

Acciones Prioritarias

Aunque hubo mejoras visibles, todavía hay una necesidad de hacer universal el uso de MATEP y la adhesión a los protocolos nacionales (ver observaciones detalladas del equipo EMC, Anexos 14 a 17).

Prevención de la Transmisión del VIH de Madre a Hijo y Otras Intervenciones (necesita mejoras, parcialmente sostenible)

En general, los hospitales visitados tenían una escasa integración y comunicación interdepartamental, que incluía la gestión de historias clínicas. El Programa Nacional para la Prevención de la Transmisión Vertical del VIH (PNPTV), por ejemplo, opera con más autonomía que otros y es visto como un mundo aparte de los profesionales de la salud y, en ocasiones, de las autoridades del hospital. En este contexto, los proveedores de uno de los Centros de Excelencia se refirió a la necesidad de una mayor interacción interdepartamental, para ofrecer una atención más completa al cliente.

Dada su cobertura, cercana al 100 % de las mujeres en atención prenatal que acceden a los servicios de prevención de la transmisión de madre a hijo (PTMH) en su primera visita, este programa ofrece una gran oportunidad para responder a otras necesidades de salud de las mujeres embarazadas, como realizar los exámenes de otras infecciones de transmisión sexual (ITS), la prueba de VIH o ITS de la pareja y participación de la pareja en el cuidado prenatal. A excepción de un hospital donde se efectuaba gratuita y rápidamente (en el mismo día) la prueba VDRL junto con la de VIH, y otro donde, en la consulta anterior a la prueba de VIH, se brindaba información sobre otras cuestiones de la salud, la mayoría de los hospitales está perdiendo estas oportunidades.

A pesar de que las pruebas rápidas de VIH están disponibles en todos los programas de PTMH en los hospitales visitados, en sólo dos se entregan los resultados a las mujeres embarazadas el mismo día, en su mayoría debido a problemas logísticos y falta de personal. Esta es una seria debilidad de los servicios de PTMH, ya que muchas mujeres no vuelven a buscar sus resultados y se acercan al final del embarazo sin saber su situación respecto del VIH.

Acciones Prioritarias

Deben estar en la misma agenda el suministro de los resultados en el día, de las pruebas de VIH; la integración del programa de VIH en la constelación regular de los servicios hospitalarios, el aumento de la participación de las parejas masculinas y la detección de otras ITS.

Humanización del Cuidado y el Parto (necesita mejorar, parcialmente sostenible)

El equipo EMC cree que hubo una variación en la comprensión de las autoridades del hospital y los profesionales de la salud respecto del concepto de humanización de la atención. Suele reducirse a "no hablar con severidad" a las mujeres o llamarlas "mi amor". La humanización de la atención incluye la resolución de problemas, como encontrar sillas cómodas para las mujeres

que amamantan, la integración de los padres en la atención, horarios flexibles de visita, etc. Debido a que también tiene una dimensión de derechos y equidad, esto requiere de un personal con las facultades que entienda que la resolución de problemas es una parte integral y excitante de su trabajo.

Ninguno de los hospitales visitados utiliza la analgesia en el trabajo, sino que solo está realmente en los casos que el médico considere que sea necesario, con la presunción de que un anestesiólogo esté disponible para su administración. Por lo general, las mujeres ignoran el tipo de analgesia y, de hecho, identifican el dolor durante el parto como algo positivo (cuanto más dolor, más rápida será la entrega). El equipo directivo identificó el tratamiento del dolor como un problema que el programa debe abordar, con el reconocimiento de que podría ser complejo teniendo en cuenta los servicios de SMI que actualmente funcionan en la RD y las limitaciones de recursos financieros y humanos. Se sugirió la introducción de alternativas a la analgesia para el manejo del dolor en el manejo del trabajo, como cursos de psicoprofilaxis para mujeres embarazadas y la participación de asistentes de parto, que ya se evidenciaron como algo positivo en dos hospitales del proyecto.

Sin embargo, no se requiere en el parto la analgesia epidural con la presencia de un anestesiólogo. Los analgésicos MI están dentro del alcance de las enfermeras preparadas. Se descubrió que tener a alguien en la cabecera de la cama que brinde atención y apoyo equivalió a la administración de Demerol (otra razón por la cual las familias deben estar integradas en todas las áreas de atención). La intervención más recomendada entre todas es contar con apoyo durante el parto. Los analgésicos MI y epidurales, aunque importantes, deben considerarse como tratamiento de segunda línea.

Las mujeres y los profesionales de la salud tuvieron una percepción positiva de la posibilidad de ser acompañados por una amiga o familiar en el TP y P, a pesar de que, debido a las limitaciones de infraestructura, aún no sería factible proponer la participación de la pareja masculina. Uno de los hospitales del proyecto ha informado una experiencia muy positiva con los líderes comunitarios formados como asistentes de parto, que acompañan a las mujeres durante el embarazo, preparándolos para el manejo del trabajo y el dolor, que, de acuerdo con las autoridades del hospital y otros, ha sido un factor importante en la humanización del parto en sus instalaciones.

Los gerentes de proyecto expresaron su preocupación por la posibilidad de tener un impacto eficaz en todos los aspectos de la atención humanizada, dada la complejidad de este indicador y las limitaciones ya señaladas. Se sugirió que el equipo de CEx delimite claramente las áreas de impacto y las estrategias viables que el proyecto pudiese introducir en la siguiente fase, con expectativas realistas acerca de los resultados a largo plazo. Una estrategia para la cual hubo entusiasmo fue empoderar a los usuarios de la atención médica en relación con sus derechos humanos vinculados a la salud y a los mecanismos para exigirlos en diferentes entornos del sistema de salud.

Acciones Prioritarias

- Proporcionar capacitación continua y supervisión dentro de los hospitales para asegurar que los profesionales de la salud y las autoridades del hospital conozcan y cumplan con las normas nacionales de la RD y los protocolos establecidos para los servicios de SMI.

- Consolidar los procedimientos de auditoría de la mortalidad materna en los hospitales y fortalecer las auditorías de la mortalidad infantil, en especial neonatal.
- Difundir la calidad de las herramientas de supervisión de atención de los CEx/MS y apoyar a la Dirección Provincial de Salud en la elaboración de un plan que supervise todos los centros de salud y proporcione capacitación en el sitio.
- Proporcionar capacitación e intervenciones para el cambio de actitud a fin de transmitir con efectividad el concepto de humanización de los servicios de atención de la salud y traducir este concepto en la práctica diaria de los profesionales de la salud y el personal de apoyo. Capacitar a las enfermeras y a otros miembros del personal en el tratamiento de la crisis psicológica y en la mejora de las derivaciones de interconsultas dentro de la misma instalación con el fin de responder de forma adecuada a las necesidades de las mujeres desde una perspectiva integral.
- Habilitar a los usuarios de la atención a través de la educación acerca de sus derechos humanos relacionados con la salud y de los mecanismos para reclamarlos en todos los ámbitos del sistema de salud.

Maternidad Centrada en la Familia (MCF) (bajo rendimiento, no sostenible)

La Maternidad Centrada en la Familia (MCF) se caracteriza por diez principios (Anexo 19) y requiere un cambio fundamental de un modelo de control centrado en el profesional a un modelo colaborativo en el cual la madre y su familia se conviertan en socios activos en el cuidado de su salud durante la experiencia de la maternidad. Los servicios giran en torno a las necesidades y expectativas de las mujeres y sus familias en lugar de las del personal del hospital (Phillips, 2006). El Programa Integrado de Salud Materno-Infantil (PISMI) implementó esta estrategia en el Hospital Antonio Musa en San Pedro de Macoris, y el Hospital San Vicente de Paul en San Francisco Macoris. Los diez componentes de la MCF no pudieron implementarse en ninguno de los dos. La principal razón declarada por el personal de salud fue que la intervención no era apropiada para la RD y por lo tanto no hicieron mucho esfuerzo para ponerla en práctica. El equipo EMC llegó a la conclusión que no hubo suficientes aspectos de esta intervención que deban observarse, ya que no se está aplicando plenamente en ninguno de los sitios visitados.

Sin embargo, los socios de la implementación creen que algunos componentes de la estrategia podrían implementarse en la RD con financiamiento y personal adicionales. La experiencia de BASICS y del PISMI mostraron que el control prenatal, el alojamiento conjunto, el acceso irrestricto de los padres a la sala de neonatología, y el contacto de piel con piel podrían ser aceptables. El Anexo 19 presenta recomendaciones en cuanto a cómo podría implementarse esta estrategia en la segunda mitad del proyecto CEx.

Acciones Prioritarias

Esta intervención tiene prioridad baja y podría descontinuarse como una aproximación holística a los servicios de SMI en la segunda mitad del proyecto, a excepción de los principios que han demostrado ser viables para su aplicación en la RD.

Contenidos del Programa Helping Babies Breathe para la Reanimación Neonatal

El objetivo del programa HBB es capacitar a las parteras en países en desarrollo en las habilidades esenciales para la reanimación neonatal, con el fin de que haya al menos una persona que esté capacitada en reanimación neonatal durante el nacimiento de todos los bebés. El programa HBB se centra en prácticas posibles de aprender para todas las personas que cuidan bebés durante el nacimiento.[6] Los indicadores de éxito con HBB son:

- Instructores maestros capacitados.
- Asistencia técnica prestada para la implementación a gran escala y la supervisión del programa HBB en los diez Centros de Excelencia.

El equipo de EMC encontró que el indicador fue del 100 % completado en los tres hospitales donde se está aplicando el programa HBB (Musa, San Lorenzo de Los Mina y San Vicente de Paul). El personal que recibió entrenamiento en estas intervenciones se sintió claramente empoderado. Se refirieron a situaciones prácticas donde el conocimiento adquirido fue aplicado, por ejemplo, un obstetra reanimó a un recién nacido en la forma que fue capacitado, debido a que el pediatra no estaba presente.

Acciones Prioritarias

- Teniendo en cuenta la experiencia de los tres establecimientos en los que el programa HBB funciona actualmente, para la replicación se debe integrar el HBB como parte de las intervenciones técnicas de los CEx y continuar con el apoyo del personal del PISMI para ampliar el programa HBB a otros hospitales.
- Brindar capacitación permanente al personal de todas las instalaciones de derivación. El personal de San Pedro de Macorís señaló que algunas de las muertes de recién nacidos se deben a la falta de derivación adecuada.

Bioseguridad (Medioambiente Preservado)

Las evaluaciones anteriores de los servicios de SMI de la RD dan cuenta de serias limitaciones en el cumplimiento de las normas elementales de bioseguridad (Pérez-Then et al., 2008, 2010; Miric et al., 2006), debido tanto a la falta de suministros básicos, como de agua y jabón en las salas de parto, y los malos hábitos y conductas aprendidas de los profesionales de la salud. Algunos profesionales de la salud simplemente supusieron que la escasez de agua y de suministros esenciales en las áreas de maternidad eran un motivo para no lavarse las manos antes de atender un parto (Miric et al., 2006), lo cual pone de manifiesto la interdependencia en los centros de salud entre la infraestructura y la certificación de equipos y el componente de bioseguridad. Dichos estudios también informaron una pobre gestión de residuos, que es un peligro tanto para la salud del personal de las instalaciones como para el medioambiente local en general.

En respuesta a esta situación, el proyecto CEx integró un componente dedicado a la preservación del medio ambiente del hospital, la incorporación de un sistema de bioseguridad para la prevención y el control de las infecciones y la negociación de una regulación apropiada

[6] Ver: http://www.helpingbabiesbreathe.org/about.html.

de gestión de residuos con las autoridades civiles locales. Entre otras intervenciones pertinentes, se esperaba que los hospitales del proyecto:

- Diseñaran y cumplieran un programa para la mejora continua de medidas de bioseguridad, que se construirían y actualizarían periódicamente en función de los riesgos específicos que se fueran identificando.
- Adoptaran un programa integral para la gestión de desechos y residuos sólidos hospitalarios, para preservar el medioambiente.
- Introdujeran un programa estructurado para la prevención, detección y control de las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IAC).

Estas intervenciones son interdependientes con las actividades desarrolladas dentro de los CEx, el componente de calidad en la atención de la SMI basado en la evidencia, y con este tipo de intervenciones materno-infantiles específicas como el control de sepsis neonatal, como parte de los esfuerzos de prevención de infecciones asociadas al cuidado de la salud (IAC).

A la fecha de esta evaluación, estos objetivos se habían cumplido o estaban siendo alcanzados en la mayoría de los hospitales; las autoridades del hospital y los médicos atestiguan a mejoras significativas en las medidas de bioseguridad. Las zonas de acceso limitado han sido debidamente marcadas con letreros, y la ropa adecuada y otros procedimientos de bioseguridad previstos son claramente visibles.

Se establecieron diagramas de flujo y procedimientos de manejo de residuos y, por lo general, se cumplieron dentro de todos los hospitales visitados. Estos procedimientos incluían la vestimenta adecuada del conserje y el personal de limpieza, y la vacunación del personal contra la hepatitis B y el tétanos. Del mismo modo, la mayoría de los hospitales han firmado convenios de colaboración con las autoridades civiles locales para la gestión de los residuos sólidos hospitalarios, que ahora se recogen y depositan por separado de los residuos domésticos. Algunos acuerdos se han ampliado para abarcar la gestión de los residuos de las inmediaciones de los centros de salud privados, lo que sugiere que el proyecto CEx está teniendo un impacto indirecto sobre la preservación del medioambiente en la RD más allá de los diez hospitales del proyecto.

Una de las estrategias del proyecto CEx que ha tenido más impacto, de acuerdo con todos los interesados, incluido el equipo de gestión de proyectos, ha sido la capacitación del conserje y del personal de limpieza. Ellos se han familiarizado con las medidas de bioseguridad en sus instalaciones y se empeñaron en hacer algo acerca de la higiene en las diferentes áreas hospitalarias. Los usuarios de lo servicios de la SMI coincidieron en esto como la gran mejora en la calidad de dichos servicios en los últimos dos años. El personal de conserjería que fue capacitado declaró estar más satisfecho en el empleo y altamente motivado para mantener las áreas del hospital limpias y en funcionamiento.

A pesar de estos avances, algunos de los indicadores incluidos en este componente del CEx, exceden el rango de acción de este proyecto y dependen, en una escala mucho mayor, de las políticas locales y nacionales para la gestión de los residuos biológicos. Uno reto específico del equipo de gestión del proyecto se puso de relieve la gestión adecuada de las placentas, la cual debido a su alto potencial de contaminación deben ser químicamente desactivadas antes de su transporte y depósito con otros residuos.

A pesar del notable impacto de las actividades de bioseguridad de los CEx, las limitaciones en las intervenciones de la gestión de residuos, debidas principalmente a factores que se encuentran más allá del control de los CEx, confirman la evaluación del equipo EMC acerca de la necesidad de mejoras en este componente. Teniendo en cuenta los indicadores de éxito actuales para este componente, no es sostenible debido a que las intervenciones de gestión de residuos exceden el alcance del proyecto. Los actuales esfuerzos exitosos necesitan de una mayor consolidación, tal como integrar a las autoridades del hospital en la implementación y la supervisión de los planes operativos de gestión de residuos.

Acciones Prioritarias

- El equipo CEx debe delimitar claramente las áreas de impacto e indicadores de éxito para el resto del proyecto, concentrándose en las áreas que están claramente dentro del ámbito de las actividades del proyecto y que han demostrado ser muy exitosas, tales como la definición y el cumplimiento de los procedimientos de bioseguridad, la capacitación del personal, la señalización de las áreas del hospital, y los protocolos de manejo de residuos hospitalarios.
- Integrar a las autoridades del hospital y a los profesionales de la salud en los ajustes, la implementación y el cumplimiento de las medidas de bioseguridad a fin de promover el impacto positivo de este componente en la calidad de la atención de SMI.
- Ofrecer periódicamente a los profesionales de la salud y el personal de apoyo (conserjes, etc.) capacitación de actualización en procedimientos de bioseguridad, para mantener su cumplimiento y la identificación personal con los protocolos.
- Combinar los esfuerzos de este componente CEx con otras intervenciones exitosas para mejorar la atención de SMI en los hospitales del proyecto, como la prevención y el control de la sepsis neonatal, que actualmente están implementadas por el PISMI (ver sección 4).

PREGUNTA DE EVALUACIÓN 5

¿Ha dirigido el Proyecto las actividades más importantes y adecuadas? Si no fue así, ¿qué oportunidad se perdió?

El proyecto ha optado por la intervención, tanto para reforzar los sistemas como técnicas, sobre la base del autodiagnóstico y las acciones prioritarias para mejorar la atención de la salud materno-infantil; por lo tanto, la combinación de intervenciones y actividades era apropiado para la RD.

Durante las visitas a los hospitales, el equipo EMC observó otros proyectos que pueden traer nuevas oportunidades o la sinergia con los Centros de Excelencia:

La Psicoprofilaxis de Parto en la Maternidad San Lorenzo de Los Mina es una intervención para las mujeres durante el primer embarazo. Incluye tanto ejercicios y la preparación para el parto como las estrategias de manejo del dolor. Podría ofrecer oportunidades para la humanización de la atención.

El Programa de Madres Tutelares se trata de la designación de tutores en la comunidad (mujeres de mediana edad experimentadas), que acompañarán a adolescentes embarazadas en el cuidado prenatal, el parto y el cuidado del recién nacido, incluida la supervisión del crecimiento y las inmunizaciones.

El programa de asistentes de parto en el Hospital San Vicente de Paul apoya la creación de compañeras de trabajo o trabajadoras de parto que sean líderes de la comunidad. Las asistentes de parto brindan apoyo no médico a las mujeres y sus familias durante el trabajo de parto, el parto y el posparto, ayudando a humanizar la atención y el manejo del dolor.

Capacitar enfermeras para asistir a los partos, como se hace en el Hospital San Vicente de Paul. Las normas nacionales de salud no permiten que personal no médico asista en los partos, pero muchos lo hacen con el consentimiento del médico a cargo. Reconociendo esta realidad, la dirección del hospital proporcionó capacitación adicional para formalizar la situación, lo que ha sido apoyado por la Universidad de Emory, con excelentes resultados para la calidad y la humanización de la atención.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Esta matriz resume los hallazgos principales del EMC, con énfasis en las acciones que deberían ser las prioridades, recomendaciones para las direcciones futuras y quién que debería ser responsable de la intervención. Dado que una acción prioritaria única puede requerir más de una entidad responsable, las celdas se dividen horizontalmente para especificar qué es lo que debería hacer cada entidad. Se debe tener en cuenta que éstas son sólo recomendaciones. El personal del Proyecto y del MS decidirán en última instancia las recomendaciones que resultan más adecuadas y quién debe ser el responsable.

Sistemas Programáticos y Sanitarios: ¿Cuáles aspectos reforzadores de los sistemas programáticos y sanitarios fueron los más o los menos exitosos para asegurar el logro de los resultados del proyecto y por qué? ¿Cuáles aspectos reforzadores de los sistemas programáticos y sanitarios fueron los más o los menos sostenibles y por qué?				
Estrategia	**Problemas/Restricciones de Aplicación**	**Prioridades**	**Acciones Recomendadas**	**Entidad Responsable**
Infraestructura Básica Certificada	Dado que hay un acuerdo general en que la infraestructura hospitalaria haya mostrado mejoras importantes, la única cuestión es cómo sostener las mejoras.	**Medias:** Mantener el funcionamiento del equipamiento y mantener la infraestructura renovada a la evolución de las normas. Supervisar de qué manera se usan y mantienen el equipamiento y la infraestructura básica.	Crear un sistema para guiar a los hospitales y profesionales de la salud con el fin de asegurar que se sigan las recomendaciones para el uso adecuado de los equipos y se respeten los procedimientos para el mantenimiento habitual.	La DPS y el equipo de gestión del hospital con el respaldo del proyecto CEx
Sistema de Servicios al Cliente	La administración de expedientes necesita perfeccionarse. Tanto el personal como los usuarios se sienten confundidos acerca de dónde pueden obtener información sobre servicios específicos, dónde formular preguntas y dónde expresar quejas. La privacidad de las cajas de sugerencias no se encuentra protegida y, de cualquier forma, la mayoría de los	**Altas:** Hacer que los expedientes clínicos se encuentren disponibles para todos los departamentos del sistema de salud. Establecer un sistema para ocuparse de las quejas. Asegurarse de que todo el personal reciba capacitación acerca de cómo utilizar los expedientes clínicos para mejorar la atención de los pacientes.	Asegurarse de que los expedientes clínicos prenatales se encuentren disponibles durante y después del parto y en las salas de neonatología. Actualizar la tecnología relacionada con los expedientes clínicos para permitir el acceso de todos los departamentos médicos. Capacitar a los profesionales de la salud en el uso sistemático de los datos clínicos para la toma de decisiones en función de las pruebas. Redefinir las responsabilidades del departamento de servicios al cliente.	La DPS y el equipo de gestión del hospital con el respaldo del proyecto CEx

Sistemas Programáticos y Sanitarios: ¿Cuáles aspectos reforzadores de los sistemas programáticos y sanitarios fueron los más o los menos exitosos para asegurar el logro de los resultados del proyecto y por qué? ¿Cuáles aspectos reforzadores de los sistemas programáticos y sanitarios fueron los más o los menos sostenibles y por qué?				
Estrategia	**Problemas/Restricciones de Aplicación**	**Prioridades**	**Acciones Recomendadas**	**Entidad Responsable**
	usuarios de los servicios de atención médica no son personas con mucha educación y, por consiguiente, es posible que no se sientan cómodos al momento de utilizar una caja de sugerencias.		Promover y respaldar las autoridades del hospital y los profesionales de la salud en la supervisión y la evaluación de la actualización de los planes estratégicos y operativos.	
	No todos los departamentos cuentan con el acceso en el sitio a todos los expedientes.		Continuar transfiriendo capacidades técnicas básicas y avanzadas a las autoridades del hospital y a los profesionales de la salud de manera que puedan definir los cambios necesarios para satisfacer sus necesidades únicas. En la transferencia del conocimiento, se debe considerar incluir al personal local altamente capacitado que haya participado en el proyecto CEx en la estructura del MS.	La DPS y los equipos de gestión hospitalaria con el respaldo del proyecto CEx
Marco de Evaluación Habitual y Planificación Estratégica	Existen disparidades menores entre los departamentos y los servicios. No todo el personal relevante participó de la planificación. No existe un proceso para la evaluación de la calidad de los planes y de las prácticas operativas. La superposición de responsabilidades podría reducir la eficiencia. Los planes estratégicos necesitan perfeccionarse.	**Medias:** Aportar una estructura para la planificación y la evaluación. Asignar responsabilidades para la coordinación del diseño de los planes estratégicos y operativos y el control de su implementación. Diseñar planes en términos de las necesidades de los pacientes. Asegurarse de que todos los departamentos afectados se incluyan en la planificación.	Ofrecer a las instituciones una guía escrita de los elementos de un plan estratégico y de cómo medir si es efectivo en la práctica. Abordar la calidad y la integración de los servicios en planes de trabajo anuales y establecer mecanismos para la supervisión habitual.	Hospitales, la DPS y SRS con respaldo del proyecto CEx
			Evaluar la satisfacción de los clientes y	Hospitales y la

Sistemas Programáticos y Sanitarios: ¿Cuáles aspectos reforzadores de los sistemas programáticos y sanitarios fueron los más o los menos exitosos para asegurar el logro de los resultados del proyecto y por qué? ¿Cuáles aspectos reforzadores de los sistemas programáticos y sanitarios fueron los más o los menos sostenibles y por qué?				
Estrategia	**Problemas/Restricciones de Aplicación**	**Prioridades**	**Acciones Recomendadas**	**Entidad Responsable**
			ofrecer oportunidades para una constelación más amplia de los servicios de acuerdo con las necesidades identificadas de los pacientes.	DPS con respaldo del proyecto CEx
Sistema de Medicamentos y Materiales	Todos los hospitales tienen sistemas pero varían en cuanto a calidad. PROMESE_CAL, el distribuidor del gobierno, no aporta de forma sistemática los materiales o medicamentos necesarios.	**Bajas:** Si bien se trata de una prioridad nacional para el MS, está más allá del alcance del proyecto CEx.	Continuar respaldando esta intervención dentro de las estructuras hospitalarias y regionales, controlar el sistema logístico y aportar apreciaciones a PROMESE-CAL para contribuir con la resolución de problemas de falta de abastecimiento.	SRS y DPS
Sistema de Información de Gestión Hospitalaria	La fuente utilizada por el Sistema de Información Perinatal (SIP) en algunas instalaciones fue tan pequeña que muchos no pudieron leer el cuadro y debieron escribir notas en los márgenes. Los formularios son demasiado extensos y requieren mucha información. En varios hospitales, los expedientes de los pacientes no siempre se enviaron a la sala de TP y P cuando el ingreso de un paciente fue una urgencia. Los datos clínicos recolectados a través del sistema SIGHO no se utilizan con eficacia o se emplea habitualmente como	**Altas:** Asegurarse de que los formatos son fáciles de usar para los profesionales. Evaluar la calidad de los datos, de documentos fuente a informes mensuales. Establecer procedimientos para que los expedientes sigan de los pacientes a través del sistema.	Actualizar la documentación del SIP. Realizar auditorías de la calidad de los datos: compleción, puntualidad y consistencia, entre otras características.	Hospitales y la DPS con respaldo del proyecto CEx
		Medias: Evaluar la información rutinaria recopilada en comparación con indicadores como el flujo de los datos y expedientes de los pacientes entre servicios hospitalarios, niveles de agregado de datos y uso para la toma de decisiones y la planificación estratégica; y la calidad de los servicios prestados. Promover el uso en las áreas de emergencias y de parto de datos del	Capacitar y respaldar a los profesionales de SMI con respecto a la relevancia, sistematización y utilización de los datos clínicos del SIGHO para la toma de decisiones con el fin de contribuir con la promoción de una "cultura de la información dentro de cada hospital".	Hospitales y la DPS con respaldo del proyecto CEx

Sistemas Programáticos y Sanitarios: ¿Cuáles aspectos reforzadores de los sistemas programáticos y sanitarios fueron los más o los menos exitosos para asegurar el logro de los resultados del proyecto y por qué? ¿Cuáles aspectos reforzadores de los sistemas programáticos y sanitarios fueron los más o los menos sostenibles y por qué?				
Estrategia	**Problemas/Restricciones de Aplicación**	**Prioridades**	**Acciones Recomendadas**	**Entidad Responsable**
	base para la toma de decisiones, la planificación estratégica y la administración de las salas.	SIGHO como los expedientes prenatales.		
		Supervisar la calidad de los servicios prestados.	Crear un sistema para asegurarse de que los expedientes clínicos prenatales se encuentren disponibles antes, durante y después del parto y en las salas de neonatología.	Equipos de gestión hospitalaria con el respaldo del proyecto CEx
Seguridad Hospital para Emergencias y Desastres	Si bien no todos, la mayoría los hospitales visitados presentaban planes de urgencias. El Departamento de Emergencias y Desastres del MS insiste en que solo esta entidad es responsable por la prontitud en casos de urgencias y siniestros y en que ningún plan de instituciones o de intervenciones puede implementarse sin su supervisión directa. Si es así, el esfuerzo y los recursos utilizados para estas actividades podrían tener mayor impacto sobre la calidad de los servicios de SMI si se invierten en otros componentes estratégicos del CEx.	**Altas:** Los administradores del proyecto necesitan decidir si invertir significativamente en este componente para mejorar su sustentabilidad y aclarar las responsabilidades dentro del MS o si limitar los esfuerzos al apoyo técnico para la gestión hospitalaria en cuanto a iniciativas promovidas por otros grupos.	El CEx necesita decidir en qué dirección desea tomar este componente. Los hospitales, la DPS y las direcciones regionales necesitan institucionalizar este componente por medio de la capacitación y de la duplicación del mismo en otros hospitales provinciales y regionales.	El CEx; si el componente se continúa, SRS, la DPS y los equipos de gestión hospitalaria
Certificación de los Centros de Excelencia de	Las cuestiones acerca de este componente se relaciona solamente con el MS: Si bien la documentación y las	**Altas:** El proceso de certificación es de gran prioridad para la segunda mitad del proyecto pero mucho depende de las	Incluir las Direcciones Provinciales en el proceso de autorización previo a la certificación; incentivar al MS para que delegue esta función al nivel provincial.	La DPS con el respaldo del proyecto CEx

Sistemas Programáticos y Sanitarios: ¿Cuáles aspectos reforzadores de los sistemas programáticos y sanitarios fueron los más o los menos exitosos para asegurar el logro de los resultados del proyecto y por qué? ¿Cuáles aspectos reforzadores de los sistemas programáticos y sanitarios fueron los más o los menos sostenibles y por qué?				
Estrategia	**Problemas/Restricciones de Aplicación**	**Prioridades**	**Acciones Recomendadas**	**Entidad Responsable**
Salud Materno-Infantil	herramientas están disponibles para respaldar la certificación, ¿tiene el MS la capacidad de certificar los Centros de Excelencia? ¿Cómo puede el Ministerio de Salud resistir frente a las presiones políticas que podrían sesgar el proceso de certificación?	respuestas obtenidas acerca del MS. Sin embargo, el equipo del CEx puede hacer algunas recomendaciones al MS	Respaldar las autoridades de la DPS en la supervisión y en la evaluación de la implementación de los planes estratégicos y operativos. Publicitar los resultados de los procesos de autorización y de certificación.	DPS La DPS con el respaldo del proyecto CEx
Centros de Capacitación	El proyecto CEx ha colaborado en la colocación de centros de capacitación bien equipados en cada institución especificada; ha creado contenidos para la capacitación y la asistencia laboral; y ha capacitado a los instructores. Sin embargo, las direcciones regionales y la DPS consideran que será difícil replicar el modelo porque los servicios sanitarios todavía no se han descentralizado realmente. Los equipos de gestión hospitalaria recomiendan que la replicación del modelo debe ser responsabilidad del SRS.	**Altas:** El equipo CEx necesita decidir si debe continuar desarrollando la replicación de este modelo en general o si debe realizar una replicación parcial en función de las experiencias exitosas y las mejores prácticas acumuladas hasta la fecha.	Se necesitan contenidos para la capacitación y planes de capacitación anual para duplicar el enfoque del CEx. Se necesita la capacitación de los instructores para desarrollar un equipo de docentes regionales y provinciales por especialidad para respaldar la capacitación. Promover la transformación gradual de los centros de capacitación hospitalaria que también abarquen: Educación continua; investigación y análisis crítico de la información científica reciente sobre la SMI y los medicamentos basados en evidencia a través de, por ejemplo, clubes de publicaciones o foros de debates. Sistematización de los datos producidos por servicios hospitalarios, investigación clínica y basada en la comunidad, y publicaciones científicas.	SRS con respaldo del proyecto CEx
Comunidades	Desde entrevistas cualitativas y	**Altas:**	Los hospitales, la DPS y las direcciones	SRS, la DPS y los

Sistemas Programáticos y Sanitarios: ¿Cuáles aspectos reforzadores de los sistemas programáticos y sanitarios fueron los más o los menos exitosos para asegurar el logro de los resultados del proyecto y por qué? ¿Cuáles aspectos reforzadores de los sistemas programáticos y sanitarios fueron los más o los menos sostenibles y por qué?				
Estrategia	**Problemas/Restricciones de Aplicación**	**Prioridades**	**Acciones Recomendadas**	**Entidad Responsable**
que Participan	observaciones directas, parece que la participación de la comunidad se percibe como un cumplimiento meramente formal del requisito del proyecto en lugar de una alianza funcional real.	La administración del CEx debe decidir si corresponde reforzar y amplificar significativamente las intervenciones en este componente con el fin de lograr una participación auténtica de la comunidad o limitar los esfuerzos hacia la intervención formal continua y la participación de representantes de la comunidad en consejos de administración hospitalaria y trabajar en otros componentes para mejorar la calidad de la atención de la SMI de forma más directa.	regionales pueden utilizar la capacitación para institucionalizar este componente y duplicarlo en otros hospitales.	equipos de gestión hospitalaria
El Sistema de Derivaciones	No existen sistemas bien definidos para las derivaciones y contraderivaciones en los hospitales del proyecto: Los pacientes "sólo se envían" a los sitios de derivación sin una nota ni un expediente clínico. La falta de sistemas de derivación reduce las posibilidades de que el sistema sanitario responda a tiempo con respecto a las necesidades del paciente, incluido el seguimiento y la supervisión de los resultados del tratamiento.	**Altas:** La administración del CEx necesita decidir si debe continuar invirtiendo esfuerzos y recursos en este componente del proyecto.	Analizar las intervenciones para establecer las prioridades y estrategias requeridas por un sistema de derivaciones en funcionamiento. Fortalecer la comunicación directa entre los directores del hospital de los departamentos de obstetricia y ginecología con otras instituciones que le derivan pacientes, por ejemplo, para promover una respuesta eficaz ante las emergencias obstétricas. Aprovechar la tecnología como, por ejemplo, las videoconferencias, para los intercambios y el asesoramiento médico.	SRS, la DPS y los equipos de gestión hospitalaria

Intervenciones Técnicas: ¿Cuáles intervenciones técnicas fueron las más o las menos exitosas para asegurar el logro de los resultados del proyecto y por qué? ¿Cuáles aspectos reforzadores de los sistemas programáticos y sanitarios fueron los más o los menos exitosos para asegurar el logro de los resultados del proyecto y por qué? ¿Cuáles son las intervenciones técnicas que parecen ser las más o las menos sostenibles y por qué?				
Estrategia	**Problemas/Restricciones de Aplicación**	**Prioridades**	**Acciones Recomendadas**	**Entidad Responsable**
Prevención y el Tratamiento de la Sepsis Neonatal	• Si bien se observaron mejoras visibles, la intervención no se implementó sistemáticamente en todos los hospitales del proyecto. • La higiene de las manos y otras prácticas son deficientes y hay escasez de materiales de limpieza. • Muchos profesionales no practican un parto limpio.	**Altas:** La prevención y el tratamiento de la sepsis neonatal necesita institucionalizarse dentro del MS mediante la replicación de la experiencia exitosa del CEx.	• Los programas de la escuela de medicina y la capacitación durante el desempeño laboral en el hospital deben cubrir los conocimientos básicos acerca de la prevención de infecciones en el recién nacido. • El personal de enfermería debe capacitarse y habilitarse en la prevención y el tratamiento de infecciones en el recién nacido. • Los comités de control de infecciones hospitalarias deben fortalecer las prácticas de higiene en todas las áreas.	MS, Ministro de Educación y equipos de administración hospitalaria La DPS y los equipos de gestión hospitalaria con el respaldo del proyecto CEx
			• Mejorar las derivaciones dentro del sistema nacional de salud. • Asegurar que las salas neonatales posean una provisión adecuada de medicamentos; mejorar las auditorías de la mortalidad neonatal; y seguir para prevenir y tratar la sepsis neonatal. • Mejorar los servicios del laboratorio para una detección temprana de los organismos que causan la sepsis. • Hacer de las auditorías de la mortalidad neonatal un	SRS, la DPS y los equipos de gestión hospitalaria La DPS y los equipos de gestión hospitalaria con el respaldo del proyecto CEx La DPS y los equipos de

Intervenciones Técnicas: ¿Cuáles intervenciones técnicas fueron las más o las menos exitosas para asegurar el logro de los resultados del proyecto y por qué? ¿Cuáles aspectos reforzadores de los sistemas programáticos y sanitarios fueron los más o los menos exitosos para asegurar el logro de los resultados del proyecto y por qué? ¿Cuáles son las intervenciones técnicas que parecen ser las más o las menos sostenibles y por qué?				
Estrategia	**Problemas/Restricciones de Aplicación**	**Prioridades**	**Acciones Recomendadas**	**Entidad Responsable**
			componente integral del proyecto Centros de Excelencia. • Replicar las acciones que se han comprobado que son eficaces en otros sitios para reducir la mortalidad infantil • Orientar al personal nuevo sobre las estrategias del proyecto y la atención neonatal.	gestión hospitalaria SRS La DPS y los equipos de gestión hospitalaria con el respaldo del proyecto CEx
Auditorías de la Mortalidad Materna y Neonatal.	Las auditorías de la mortalidad neonatal no se realizan con regularidad. Los indicadores del proyecto CEx para 2011 no informaron acerca de auditorías de mortalidad neonatal mediante los comités de maternidad segura.	**Medias:** Consolidar los procedimientos de auditoría de la mortalidad materna en los hospitales y fortalecer las auditorías de de las muertes infantiles, en especial neonatal.	• Supervisar la calidad de la prestación de los servicios y el cumplimiento de las normas clínicas y de higiene • Transferir las herramientas y la metodología del CEx a las DPS para supervisar el cumplimiento de los protocolos nacionales.	La DPS y los equipos de gestión hospitalaria
Método Madre Canguro	El entusiasmo por este componente es alto y es evidente que nos encontramos con agentes de cambio comprometidos que trabajan para que esto ocurra. La única cuestión es cómo hacerlo más eficaz.	**Medias:** Respaldar la institucionalización del Método Madre Canguro en el MS mediante la replicación de la experiencia exitosa del CEx.	• Asignar a una persona específica como administrador del Proyecto Canguro. • Aclarar las responsabilidades y los canales de comunicación entre el personal. • Hacer de esta estrategia parte de las intervenciones técnicas del CEx. • Continuar respaldando al personal del PISMI para extender esto a	La DPS y los equipos de gestión hospitalaria con el respaldo del proyecto CEx

Intervenciones Técnicas: ¿Cuáles intervenciones técnicas fueron las más o las menos exitosas para asegurar el logro de los resultados del proyecto y por qué? ¿Cuáles aspectos reforzadores de los sistemas programáticos y sanitarios fueron los más o los menos exitosos para asegurar el logro de los resultados del proyecto y por qué? ¿Cuáles son las intervenciones técnicas que parecen ser las más o las menos sostenibles y por qué?				
Estrategia	**Problemas/Restricciones de Aplicación**	**Prioridades**	**Acciones Recomendadas**	**Entidad Responsable**
			otros hospitales.	
			• Mantener informado al personal acerca de las instituciones para la derivación.	La DPS y los equipos de gestión hospitalaria con el respaldo del proyecto CEx
Atención Prenatal de la Calidad: Enfoque de Riesgos y Tratamiento para el SIDA/VIH	• Debido a que la atención prenatal no se trata de manera integral, las embarazadas pierden las oportunidades de recibir atención complementaria. • Debido a que los resultados de las pruebas de VIH no se entregan a las embarazadas el mismo día, deben regresar al hospital dos o hasta tres veces para recibir asesoramiento, planificar una cita en el laboratorio y obtener los resultados de la prueba. • El Programa Nacional PTMH funciona con mayor autonomía que los otros y los profesionales y, ciertas veces, las autoridades del hospital lo consideran como algo remoto.	**Altas:** Controlar la calidad del servicio prestado en general. **Medias:** Integrar otras oportunidades de atención sanitaria en la atención prenatal y el procesamiento efectivo de las pruebas de laboratorio.	• Difundir la calidad de las herramientas de supervisión de la atención desarrolladas por el proyecto y por el MS. • Respaldar a la Dirección Provincial de Salud en la creación de un plan para supervisar todas las instalaciones sanitarias y aportar capacitación adicional en el sitio • Expandir las auditorías de muerte materna para controlar de forma más integral el tratamiento de complicaciones obstétricas y utilizar circuitos clínicos para debatir el manejo de casos basado en la evidencia. • Expandir las auditorías de las muertes neonatales y del manejo de casos, • Introducir las prioridades del programa PISMI, tales como el programa Helping Babies Breathe y el programa "Método Madre Canguro".	La DPS y los equipos de gestión hospitalaria con el respaldo del proyecto CEx

Intervenciones Técnicas: ¿Cuáles intervenciones técnicas fueron las más o las menos exitosas para asegurar el logro de los resultados del proyecto y por qué? ¿Cuáles aspectos reforzadores de los sistemas programáticos y sanitarios fueron los más o los menos exitosos para asegurar el logro de los resultados del proyecto y por qué? ¿Cuáles son las intervenciones técnicas que parecen ser las más o las menos sostenibles y por qué?				
Estrategia	**Problemas/Restricciones de Aplicación**	**Prioridades**	**Acciones Recomendadas**	**Entidad Responsable**
Atención Obstétrica de Emergencia y Parto Seguro.	• La atención durante el parto varió ampliamente según el sitio y el profesional de la salud: • Las enfermeras y el personal médico no estaban familiarizados con las investigaciones nuevas sobre la morbilidad y mortalidad materna e infantil con el uso excesivo de cesáreas, inducción del parto e hipoxia neonatal, etc. • Los médicos reconocieron que sus tasas de cesáreas eran altas pero no articularon una propuesta para reducirlas. • La mayoría de las enfermeras entrevistadas no se dio realmente cuenta de lo que es una tasa razonable, ni vinculó la fórmula de alimentación posparto temprano a un exceso de intervenciones quirúrgicas y al estado de la madre después del parto. • El conocimiento acerca de cómo tratar los partos asistidos pareció débil y es probable que contribuya con el exceso de cesáreas.	**Altas:** La administración del CEx debe decidir si continuar invirtiendo esfuerzos y recursos en este componente de manera de mejorar significativamente su desempeño y sustentabilidad y de delimitar con claridad las funciones y responsabilidades dentro del MS, o limitar estos esfuerzos para lograr apoyo técnico a las autoridades del hospital para las iniciativas promovidas por otras entidades y ofrecer más atención a otros componentes que directamente mejoran la calidad de la atención de la SMI.	• Utilizar las herramientas mejoradas para la supervisión y la evaluación. • Institucionalizar los protocolos estándar para el manejo de casos sobre la base de evidencia, con un control detallado a cargo del MS. Fortalecer las rondas clínicas y la revisión de la bibliografía y, relacionarlas con los casos y con las auditorías reales para mantener a todo el personal de atención sanitaria actualizado con respecto a los avances en la atención de la SMI.	SRS, la DPS y los equipos de gestión hospitalaria

Intervenciones Técnicas: ¿Cuáles intervenciones técnicas fueron las más o las menos exitosas para asegurar el logro de los resultados del proyecto y por qué? ¿Cuáles aspectos reforzadores de los sistemas programáticos y sanitarios fueron los más o los menos exitosos para asegurar el logro de los resultados del proyecto y por qué? ¿Cuáles son las intervenciones técnicas que parecen ser las más o las menos sostenibles y por qué?				
Estrategia	**Problemas/Restricciones de Aplicación**	**Prioridades**	**Acciones Recomendadas**	**Entidad Responsable**
	• Si bien las enfermeras no tienen autorización para atender los partos, es una práctica frecuente. Esta práctica clandestina no permite llevar un registro y supervisión exactos de los partos; tampoco reciben las enfermeras una capacitación apropiada para cumplir estas funciones. • Los grupos de debate de los usuarios presentaron inconvenientes con los proveedores del servicio porque no estaban disponibles fuera de los horarios laborales y debido a los largos períodos de espera.			
Manejo activo en la Tercera Etapa del Parto (MATEP)	• Si bien el MATEP está en funcionamiento en todos los sitios visitados, su aplicación no es sistemática. • Con frecuencia está condicionado por a la presencia de personal especializado en la sala de partos, lo cual no siempre es posible, especialmente durante los fines de semana y los turnos nocturnos.	**Medias:** Difundir la calidad de las herramientas de supervisión de la atención desarrollada por el CEx y el MS, y respaldar la Dirección Provincial de Salud en la creación de un plan para supervisar todas las instalaciones sanitarias y proporcionar capacitación en el sitio.	• Hacer que las supervisiones de la calidad de la prestación del servicio constituya una prioridad para la segunda mitad del proyecto y para el personal de la DPS. • Fortalecer el componente de supervisión y evaluación con herramientas mejoradas y el uso de protocolos estándar para el manejo de casos sobre la base de evidencia y asegurar el control	La DPS y los equipos de gestión hospitalaria con el respaldo del proyecto CEx

Intervenciones Técnicas: ¿Cuáles intervenciones técnicas fueron las más o las menos exitosas para asegurar el logro de los resultados del proyecto y por qué? ¿Cuáles aspectos reforzadores de los sistemas programáticos y sanitarios fueron los más o los menos exitosos para asegurar el logro de los resultados del proyecto y por qué? ¿Cuáles son las intervenciones técnicas que parecen ser las más o las menos sostenibles y por qué?				
Estrategia	**Problemas/Restricciones de Aplicación**	**Prioridades**	**Acciones Recomendadas**	**Entidad Responsable**
			detallado a cargo del MS. • Fortalecer las rondas clínicas y la revisión de la bibliografía y, relacionarlas con los casos y con las auditorías reales para mantener a todo el personal de atención sanitaria actualizado con respecto a los avances en la atención de la SMI.	
Humanización de la Atención y de la Prestación	• Hubo ausencia de un acuerdo en común entre las autoridades hospitalarias y los profesionales de la salud acerca de lo que significaba la humanización de la atención. • Ninguno de los hospitales visitados utiliza analgésicos durante el trabajo de parto. • En general, las mujeres consideran que el dolor durante el trabajo de parto es normal. • El equipo de gestión identificó que el CEx abordó las cuestiones del manejo del dolor. • Los administradores del proyecto se sintieron preocupados por si la humanización totalmente	**Medias:** Difundir la calidad de las herramientas para la supervisión de la atención desarrolladas por el CEx y el MS, y respaldar a la Dirección Provincial de Salud en la creación de un plan para supervisar todas las instalaciones sanitarias y proporcionar capacitación en el sitio.	• Proporcionar capacitación e intervenciones para el cambio de actitud a fin de transmitir con efectividad el concepto de humanización de los servicios de atención de la salud y traducir este concepto en la práctica diaria de los profesionales de la salud y el personal de apoyo. • Capacitar a las enfermeras y a otros miembros del personal en el tratamiento de la crisis psicológica y en la mejora de las derivaciones de interconsultas dentro de la misma instalación con el fin de responder de forma adecuada ante las necesidades de las mujeres desde una perspectiva integral.	La DPS y los equipos de gestión hospitalaria con el respaldo del proyecto CEx
		Educación basada en la comunidad y orientación de los pacientes durante las visitas de consulta	• Habilitar a los usuarios de la atención a través de la educación acerca de sus derechos humanos relacionados con la salud y de los mecanismos para	La DPS y los equipos de gestión hospitalaria con el respaldo del

Intervenciones Técnicas: ¿Cuáles intervenciones técnicas fueron las más o las menos exitosas para asegurar el logro de los resultados del proyecto y por qué? ¿Cuáles aspectos reforzadores de los sistemas programáticos y sanitarios fueron los más o los menos exitosos para asegurar el logro de los resultados del proyecto y por qué? ¿Cuáles son las intervenciones técnicas que parecen ser las más o las menos sostenibles y por qué?				
Estrategia	**Problemas/Restricciones de Aplicación**	**Prioridades**	**Acciones Recomendadas**	**Entidad Responsable**
	desarrollada de la atención fue factible, dada su complejidad y las limitaciones impuestas por la estructura sanitaria y la funcionalidad.		reclamarlos en todos los ámbitos del sistema de salud.	proyecto CEx
Maternidad Centrada en la Familia	El PISMI ha evaluado esta estrategia en dos hospitales pero podría no implementarse debido a las barreras culturales y a las actitudes del personal sanitario ante algunos de los componentes de la estrategia.	**Bajas:** • Replicar sólo los componentes que se hayan comprobado que son culturalmente apropiados en la RD, y que mejoran la prestación de los servicios maternos y neonatales de calidad. Considerar interrumpir esto como un enfoque holístico	• Entre los componentes de la estrategia que podrían implementarse en la RD con fondos y personal adicionales están el control prenatal; mantener del recién nacido en la sala con la madre; el acceso sin restricciones de los padres a la sala neonatal, y el contacto directo.	SRS
Contenidos del Programa Helping Babies Breathe para la Reanimación Neonatal	Si bien esta intervención alcanzó un nivel óptimo del desempeño en tres hospitales, no existe un plan de acción para replicar la experiencia	**Bajas:** Respaldar la institucionalización de los Contenidos del Programa Helping Babies Breathe para la Reanimación Neonatal en el MS mediante la replicación de la experiencia exitosa a través del CEx.	• Integrar esta estrategia en las intervenciones técnicas del CEx. • Continuar respaldando al personal del PISMI para extenderlo a otros hospitales.	La DPS y los equipos de gestión hospitalaria con el respaldo del proyecto CEx

Intervenciones Técnicas: ¿Cuáles intervenciones técnicas fueron las más o las menos exitosas para asegurar el logro de los resultados del proyecto y por qué? ¿Cuáles aspectos reforzadores de los sistemas programáticos y sanitarios fueron los más o los menos exitosos para asegurar el logro de los resultados del proyecto y por qué? ¿Cuáles son las intervenciones técnicas que parecen ser las más o las menos sostenibles y por qué?				
Estrategia	**Problemas/Restricciones de Aplicación**	**Prioridades**	**Acciones Recomendadas**	**Entidad Responsable**
Bioseguridad (Medioambiente Preservado)	Hubo un progreso importante en este ámbito pero ciertos aspectos del componente exceden el rango de acción de los hospitales, como la administración como desperdicio sólido de las placentas, que tienen un alto potencial de contaminación.	**Medias:** Demarcar con claridad las áreas de los indicadores de impacto y de éxito para este componente durante el resto del proyecto, concentrándose en las áreas que claramente quedan cubiertas por el proyecto.	• Continuar la capacitación del personal, la señalización de las áreas hospitalarias y la introducción de los protocolos de administración de desperdicios hospitalarios. • Consolidar el impacto positivo de este componente sobre la calidad de la atención de la salud materno-infantil. • Proporcionar capacitación de actualización a los profesionales de la salud y personal de apoyo (conserjes, etc.) en las medidas de bioseguridad y procedimientos para mantener y fortalecer el cumplimiento de los protocolos y la identificación personal. • Combinar los esfuerzos de este componente con otras intervenciones, tales como la prevención y el control de la sepsis neonatal, en la actualidad implementada por el PISMI.	La DPS y los equipos de gestión hospitalaria con el respaldo del proyecto CEx

VI. DIRECCIONES FUTURAS

Todas las personas entrevistadas, sin excepción, acordaron que el proyecto había provocado cambios profundos que nunca habían considerado posibles. Cambió un paradigma de que la calidad es un proceso largo y complejo al haber usado herramientas ya disponibles y tomado equipos hospitalarios a través de un proceso sistemático de autoevaluación, del aporte de soluciones dentro de sus capacidades, y del establecimiento de metas y de plazos realistas. Los administradores de las áreas del proyecto trabajaron en estrecha colaboración con equipos hospitalarios, con una actitud de aprendizaje unos de otros.

El hospital, la DPS y los equipos de administración de SRS esperan que las intervenciones que han aprendido continúen sin cambios y realicen una transición a la siguiente administración. Sin embargo, también reconocieron que su formación no está completa todavía y necesitan que todas las herramientas utilizadas en el proyecto sean adoptadas e institucionalizadas por diferentes unidades y departamentos del sistema sanitario. Las personas entrevistadas identificaron las regiones sanitarias como el nivel más apropiado para la transmisión de los procesos necesarios para transformarse en un Centro de Excelencia.

Los equipos EMC percibieron que la actitud positiva desde el momento en que llegaron a un sitio visitado. Las críticas antes presentadas tenían el objetivo de mejorar el rendimiento del proyecto pero de ninguna forma subestiman el trabajo excelente ya logrado.

Las siguientes sugerencias más generales pueden ayudar a aquellas personas a cargo de la toma de decisiones a construir éxitos en el proyecto durante el tiempo restante:

1. El proyecto ha realizado un progreso real en la mejora de las áreas de administración y de atención clínica de los 10 hospitales y en la capacitación administrativa del personal. Sin embargo, quizás en esta etapa del próximo proyecto deban dirigirse más recursos hacia la calidad de la atención sanitaria y a la administración de la acción para transferir la competencia. En otras palabras, deben contratarse más médicos así como más especialistas en obstetricia y en neonatología para ayudar a los coordinadores de campo con el proceso de enseñanza-aprendizaje hasta que se alcance el proceso de certificación. En las próximas etapas del proyecto, los coordinadores del campo deben enfatizar la capacitación de la gestión para directores regionales, en las que se necesitan mejoras adicionales para transmitir las competencias.

2. Para completar la transmisión de las competencias del proyecto en todo el sistema sanitario de la RD, se necesita una capacitación continua en la administración que podría lanzar el proceso de identificación de infracciones así como de límites y beneficios de este proceso con coordinadores de trabajo de campo y de directores regionales. Podría identificar componentes que están ausentes y cuantificar el tiempo que lleva adoptar actividades o proyectos que se han evaluado viables para incorporar en el sistema de salud de la RD.

3. Una opción sería iniciar el proceso de transferir competencias en una o dos regiones y luego expandirla a los 10 hospitales seleccionados como Centros de Excelencia.

4. La experiencia hasta la fecha sugiere que los administradores de los dos proyectos que son evaluados podrían considerar una mayor orientación acerca de la administración y de los servicios directos prestados a los usuarios para modificar los indicadores del éxito del proyecto en al menos las seis categorías principales:

a. Implementar el proceso de transferencia de competencias que parecen ser viables en las tres áreas regionales de salud y las tres DPS actualmente dentro del proyecto. Este proceso debe comenzar tan pronto como sea posible para evaluar el proceso de certificación. El objetivo principal es capacitar a los directores regionales en la administración del proceso y el componente de supervisión y evaluación de las actividades relacionadas con la salud materno-infantil.

b. Proporcionar capacitación a cargo de los especialistas de obstetricia/ginecología en el servicio directo a los usuarios, incluida la supervisión del personal para el cumplimiento de los estándares para la atención prenatal, durante el parto y posparto.

c. Proporcionar capacitación a cargo de especialistas en pediatría y en neonatología en la atención directa de los niños, incluida la supervisión del personal para el cumplimiento de los estándares para la atención de niños y el uso de estrategias sustentables para reducir la mortalidad infantil (método madre canguro, asistencia respiratoria neonatal, prevención de la sepsis neonatal, etc.).

d. Involucrar al director general del proyecto CEx en el empoderamiento de gerentes de nivel medio del MS para crear los estándares de protocolos para ayudar a la estandarización del financiamiento hospitalario, el control de calidad, la supervisión y evaluación, y la formación de equipos para duplicar las actividades que han demostrado éxito en la reducción de la mortalidad materno-infantil. Esto también preservaría el impulso del proyecto y demostraría su valor para la administración entrante.

e. Identificar las oportunidades dentro del sistema sanitario para mejorar las acciones relacionadas con la reducción de la mortalidad materno-infantil, como: (1) la capacitación de las enfermeras en la finalización de los partos con la autorización del MS; (2) la adopción de programas de prevención, por ejemplo, la transmisión perinatal del VIH y de sífilis congénita para mejorar la calidad de vida para la madre y el niño (por ejemplo, la participación masculina); y (3) la construcción de alianzas estratégicas con organizaciones basadas en la comunidad para promover programas a fin de impedir eventos de morbidez (por ejemplo, alimentación con leche materna, complementos de vitamina A, administración de sales de hidratación oral); seguimiento (atención prenatal); y derivación de casos (para la hipertensión materna o deshidratación severa del recién nacido).

f. Establecer un proceso para la certificación de hospitales como Centros de Excelencia: una alta prioridad para la segunda mitad del proyecto. Esta intervención, que puede transformarse en un programa en sí mismo, establecería el curso para la mejora de la calidad de la atención no sólo en los hospitales del proyecto sino también en todo el sistema sanitario. El Departamento de la Autorización actual del MS prevé la certificación como el próximo paso para el MS en su camino hacia un sistema de acreditación.

g. El personal superior del MS estuvo de acuerdo en que esto es algo que sería de interés para la RD; sin embargo, no hubo claridad acerca de cómo exactamente llegar allí. El personal superior mencionó ciertas dificultades posibles, como la politización del proceso; y la falta de los recursos suficientes para administrar la certificación que implica a los hospitales; o la creación de un sistema de incentivo. Sin embargo, los oficiales superiores admitieron que el proyecto tuvo importantes avances hacia un proceso de certificación para la atención materno-infantil. Esta es una experiencia que crearía expectativas altas entre las figuras principales de toma de decisiones.

El equipo EMC considera que los administradores del proyecto deben tomar en cuenta lo siguiente cuando el MS considere si se debe establecer el proceso de certificación:

1. Una certificación/acreditación en la salud no puede establecerse con rapidez. Requiere tanto de voluntad política como de madurez institucional.
2. Es importante proyectar cuidadosamente los costos de poner en funcionamiento la administración técnica y la evaluación.
3. El director del sistema de acreditación no sería el director de ninguna estructura gubernamental. El gobierno debe supervisar pero no intervenir.
4. La demanda de estándares se elevará gradualmente.
5. Otras instituciones interesadas deben tener participación.
6. Los mecanismos para supervisar el proceso de certificación debe involucrar al gobierno pero estar protegido de políticas partidarias locales. Sería mejor que una organización privada o una sociedad público-privada llevara esto a cabo con un cuerpo de directores independientes. Las instituciones académicas y de investigación, y el sector de la salud privada deben tener una función.
7. Sería útil crear un mecanismo de incentivo que superase la simple reputación de ser certificado como Centro de Excelencia; quizás incentivos financieros o en especie podrían ofrecerse al personal sanitario o al hospital.

ANNEX 1. SCOPE OF WORK

Global Health Technical Assistance Bridge Project
GH Tech
Contract No. AID-OAA-C-12-00004

SCOPE OF WORK: (Final 02-08-12)

I. TITLE: USAID/DOMINICAN REPUBLIC (DR): MATERNAL CHILD HEALTH EVALUATION

Contract: Global Health Technical Assistance Bridge Project (GH Tech)

II. PERFORMANCE PERIOD

Evaluation preparations should begin in mid-February 2012 depending on the availability of the selected consultants. Work is to be carried out over a period of approximately six weeks, beginning on or about (o/a) mid-February, 2012, with field work completed in late March 2012 and final report and close out concluding by early May 2012. With the Dominican presidential elections scheduled for May 20, 2012, it is critical that the evaluation be implemented o/a this timeline.

III. FUNDING SOURCE

Mission-funded

IV. PURPOSE OF ASSIGNMENT

The overall aim of the evaluation is to assess the performance of USAID/Dominican Republic (DR) in achieving "Increased access to and delivery of quality maternal and child health care services in selected areas." USAID is implementing activities through the Maternal and Child Health (MCH) Centers of Excellence project (2009-14) and the Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP) (2010-12 USAID/DR) to achieve this intermediate result.

V. BACKGROUND

Health indicators demonstrate the inability of the health system to adequately address the health needs of the population, particularly the most vulnerable. According to the 2007 Demographic and Health Survey (DHS), maternal mortality remained high (159 per 100,000 live births) despite the fact that 98% of all deliveries take place in a hospital setting. Additionally adolescent pregnancy remains high at 23%. Infant mortality is 31 per 1,000 live births, and neonatal mortality accounts for 68% of total infant mortality (22 per 1,000 live births). Vaccination rates have improved but continue to be low (72.6% for DPT3 and 64.8% for polio). HIV prevalence among pregnant women is 2.3% with specific areas where prevalence is as high as 8.2% (Elias Pina) and 8.4% (Monte Cristi). The Dominican Republic is one of the countries in the continent with the highest tuberculosis incidence rates at 80-90 new cases/100,000 inhabitants. The geographical location and climate conditions put the Dominican Republic in a vulnerable position in terms of hurricanes and tropical storms, which cause major damage and create significant public health issues.

Project Approach and Implementation

Project Approach

To achieve the project intermediate and subintermediate results highlighted above, USAID is leveraging two complementary implementing mechanisms, each with its own approach.

Maternal and Child Health Centers of Excellence

The overall goal of the MCH Centers of Excellence project is to contribute to reducing maternal, newborn, and infant morbidity and mortality in the Dominican Republic. The project will reach this goal by achieving the following objective: Improve equitable access to quality maternal and child health services focusing on critical interventions and management improvements that enhance quality and efficiency. To achieve this goal, the following intermediate results[1] were identified:

- Ten hospitals developed as Centers of Excellence
- Three Provincial Health Directorates (DPS) developed as Centers of Excellence
- Regional Health Service Networks strengthened
- Region V technical interventions consolidated

The project is being implemented in three phases: preparatory, implementation, and consolidation. During the preparatory phase the project provided trainings on communication, team building, and change management; implemented a Quality Management training using the Common Assessment Framework (CAF) tool; supported sites to develop improvement plans; activated hospital administration councils; and initiated the hospital certification process. During the implementation phase the project implemented interventions (e.g. CAF, Hospital Management Information System, Strategic Planning, Perinatal Information System, Biosafety and Infection Control System, Customer Service System, Referral and Counter-referral System, Medicines and Supplies System, Habilitation of Basic Infrastructure) to enable sites to become certified as Centers of Excellence; developed the certification criteria; and began the dissemination of lessons learned and best practices to surrounding facilities. The final consolidation phase will focus on sustainability, institutionalization, and documentation.

Maternal and Child Health Centers of Excellence

Contract No: GHS-I-00-07-0003-00

Project Dates: February 3, 2009 – February 2, 2014

Project Funding: $15,555,856 (Original: $14,825,814.00)

Implementing Organization: Abt Associates (Prime), Subcontractors: Sistemas y Procedimientos WP, S.A. (SISPROSA-Local), Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC-Local), El Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM-Local), and Cultural Practice

Contracting Officer's Technical Representative (COTR): Sarah Majerowicz

[1] More detail about the intermediate results can be found in Annex A.

Maternal and Child Health Integrated Program

The goal of USAID's Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP) is to scale up evidence-based, high-impact maternal, newborn, and child health (MNCH) interventions toward reductions in maternal and child mortality. Building upon the experiences and successes described above, the newborn team at MCHIP submitted a plan to collaborate and provide technical support to the USAID's new Maternal and Child Centers of Excellence Project in the Dominican Republic in the area of newborn health. The objectives and activities below are aligned with some of the characteristics and expected results of the Maternal and Child Centers of Excellence project.

- **Objective 1**: Scale up the intervention for quality improvement of prevention and treatment of newborn sepsis in the Maternal and Child Centers of Excellence as part of the regional strategy to improve newborn health to 2-3 additional facilities (for a total of 4-5 facilities)
- **Objective 2**: Strengthen the implementation of Family Centered Maternity and Kangaroo Mother Care Strategies in Centers of Excellence with trained staff; initiate expansion efforts to at least one additional center for a total of at least 3-4 facilities
- **Objective 3**: Provide technical assistance to the GODR for the strengthening of the newborn health national work plan in line with the Latin America and Caribbean (LAC) Neonatal Alliance Regional Strategy and Action
- **Objective 4:** Implement the "Helping Babies Breathe" (HBB) Curriculum for newborn resuscitation in all Centers of Excellence

  - Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP)
  - Contract No: GHS-A-08-0002-000 (Field Support)
  - Project Dates: April 1, 2010 – March 31, 2012)
  - Project Funding: $650,000
  - Implementing Organization: Jhpiego (Prime), PATH, John Snow, Inc. (JSI), Save the Children, Johns Hopkins University-Institute for International Programs (JHU-IIP), Broad Branch, PSI, and Macro International.
  - Activity Manager: Damani Goldstein

Major Changes and Project Modifications

Hispaniola Cholera Outbreak

Cholera emerged in the Dominican Republic in November 2010. While the overall response has been adequate, case fatality rates remain unacceptably high—at 1.7% they are well above the international standard of 1.0%. Poor quality of care and weak primary healthcare have been important contributors to these high mortality figures—the same issues that have plagued maternal and child health for the past few decades. The emergence of cholera shifted the focus of the Ministry of Health and slowed project implementation, specifically affecting many of the activities scheduled for the 3rd quarter of FY2011. While there were no specific modifications

made to the contract, USAID encouraged its implementers to look for synergistic opportunities which would both improve maternal and child health as well as bolster the cholera response.

Recent Reductions in Maternal and Infant Mortality

Compared to the previous year, 2011 saw dramatic reductions in both maternal and infant mortality, which have declined by 23 percent and 25 percent[2] respectively. The ten hospitals supported by the USAID project were substantial contributors to this reduction. There is an ongoing study to better understand the reasons behind these recent reductions. The study will be completed before initiation of the evaluation and it is expected that the evaluation team will utilize the findings to inform the report.

VI. SCOPE OF WORK

Evaluation Objectives

This external evaluation comes at the chronological mid-point of the Maternal and Child Health Centers of Excellence project. It is a mid-term, formative evaluation whose objectives are to help determine what components and project aspects are working well and why, which perhaps are not and why, and to make modifications and mid-course corrections, if necessary, to help guide the Maternal and Child Health Centers of Excellence project over its second half. Examined should be the sustainability of each of these aspects given that Maternal and Child Health funding for the Dominican Republic is on a downward trajectory and it is necessary to plan an orderly phase-out and handover to the Government of the Dominican Republic (GODR). The evaluation should provide pertinent information, findings, and recommendations to inform USAID, its Implementing Partners, the GODR, and other development partners on what is being accomplished regarding health systems strengthening and improving maternal, newborn, and infant health, as well as what relevant management, financial, and cost efficiencies are revealed. In summary, the evaluation will help all involved to better understand the initial results and contributions of the project, and where needed re-focus and strengthen it.

Audience and Intended Uses

The audience for the evaluation report will be the USAID/Dominican Republic Mission, specifically the health team, and the implementing partner. A report with an Executive Summary and recommendations will be provided to the GODR and relevant development partners. USAID/Dominican Republic will use the report to inform its phase-out plan by prioritizing aspects of the program according to performance and potential for sustainability; Abt Associates and its subcontractors will learn about their strengths and weaknesses and adjust their programs accordingly; the GODR will learn more about what is working and what is not in order to improve maternal, newborn, and infant health; and the relevant development partners will use the findings to identify priority interventions for scale-up.

Evaluation Questions

The evaluators will identify and explain the following:

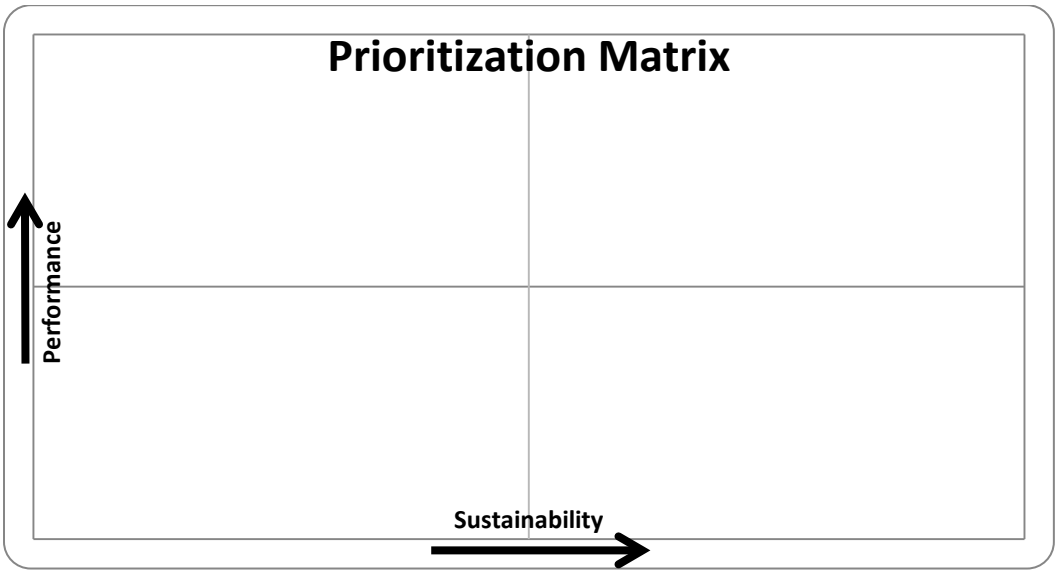
1. What programmatic aspects have been the most/least successful in ensuring the achievement of the project results and why?

[2] It is estimated that over 60% of infant mortality is neonatal; hence the focus on newborn health through MCHIP.

2. What technical interventions have been the most/least successful in ensuring the achievement of the project results and why?
3. What programmatic aspects appear to be the most/least sustainable and why?
4. What technical interventions appear to be the most/least sustainable and why?
5. Has the project targeted the most critical and appropriate activities? if not, what opportunity was missed?

Evaluation questions will be finalized during the team planning meeting and will be provided to USAID/DR with the team's evaluation framework for review and approval.

It is expected that in addition to a narrative that the evaluators will utilize the matrix outlined below to depict both the performance and sustainability of each programmatic aspect and technical intervention.



In order to better focus the evaluation questions USAID/DR has developed an illustrative list of programmatic aspects and technical interventions that are referenced in the questions.

Programmatic Aspects	Technical Interventions
Change Management	Humanization of Care
Common Assessment Framework	Quality Antenatal Care Visits
Hospital Management Information System	Perinatal Information System (SIP)
Strategic Planning	Emergency Obstetric Care
Biosafety and Infection Control System	Active Management of the Third Stage of Labor
Customer Service System	Emergency Obstetric Care
Referral and Counter-referral System	Helping Babies Breathe
Medicines and Supplies System	Kangaroo Mother Care
Habilitation of Basic Infrastructure	Family Centered Care
Emergency and Disaster Preparedness	Prevention of Newborn Sepsis

Programmatic Aspects	Technical Interventions
Community Participation	Post-Abortion/Partum Care
Replication Model	Maternal and Neonatal Mortality Audits
Certification	Prevention of Mother to Child Transmission

VII. METHODOLOGY

The final methodology will be developed by the team once the evaluation questions have been finalized and in collaboration with USAID/DR prior to any in-country evaluation work.

Document and Literature Review: USAID/DR will provide background documents to GH Tech for distribution to the evaluation team at least one week prior to the inception of the in-country work. The documents will include but are not limited to the MCH Centers for Excellence and MCHIP proposal documents, project reports, training curricula, technical documents, USAID/DR MCH strategy- and planning-related documents, GODR background reports, and evaluation studies and reports from other countries with similar interventions.

Team planning meeting (TPM): The assignment work will commence with a two-day TPM. This meeting will allow the evaluators to meet with the USAID/DR staff to be briefed on the assignment. It will also allow USAID/DR to present the team with the purpose, expectations, and agenda of the assignment. In addition, the team will clarify team members' roles and responsibilities; review and develop final evaluation questions; review and finalize the assignment timeline and site visit calendar and share with USAID; develop data collection methods, instruments, tools, guidelines, and analysis; review and clarify any logistical and administrative procedures for the assignment; establish a team atmosphere, share individual working styles, and agree on procedures for resolving differences of opinion; develop a preliminary draft outline of the team's report; and assign responsibilities for the final report.

Interviews and focus groups: Key informants at GODR, regional health authorities, partner organizations, beneficiaries, and other key stakeholders.

Surveys and site visits: Convenience sample of Centers for Excellence (hospitals, health facilities, DPS), health facility staff, hospital boards, and community members.

Preliminary and final debriefings: Participatory review of findings and discussion of recommendations to inform USAID, implementing partners, GODR, and other development partners.

USAID/DR will provide a detailed contact list of key informants, focus group participants, and list of Centers for Excellence locations and key points of contact to the consultants during the document review period, so that appointments, interviews, and site visits can be set up for the team's arrival in-country. USAID/DR will also provide a draft schedule for field visits including duration of stay at various sites to inform the team's time in-country.

VIII. TEAM COMPOSITION, SKILLS, AND LEVEL OF EFFORT (LOE)

GH Tech will identify and hire an evaluation team composed of a team leader, three local experts, and a local logistics coordinator. The team leader will be responsible for team coordination and performance, and for ensuring the timeliness and quality of deliverables. USAID may also propose representatives from USAID/Washington (1-2), USAID/DR (3-4), and

MOH (1-2) to participate in parts of the evaluation and/or travel with the consultant team to site visits, specific event participation to be determined in coordination with the team leader. The evaluation team leader may ask the USAID and/or MOH staff person(s) to recuse themselves from some key informant interviews when the topic is USAID program management or other sensitive administrative topics. All attempts will be made for the team to be comprised of a representative number of male and female members.

6. **Team Leader/Senior Evaluation Specialist** (1) should have a postgraduate degree in health or an applicable social sciences field. S/he should have extensive experience in conducting qualitative evaluations/ assessments in Latin America and the Caribbean and strong familiarity with health systems strengthening and maternal and child health. Excellent oral and written skills in English and Spanish are required. The Team Leader should also have experience in leading evaluation teams and preparing high-quality documents.

7. The Team Leader will take specific responsibility for assessing and analyzing the organization's progress toward targets, factors for such performance, and benefits/impact of the strategies, and compare with other possible options. S/he will also suggest ways of improving the present performance, if any.

   S/he will provide leadership for the team, finalize the evaluation design, coordinate activities, arrange periodic meetings, consolidate individual input from team members, and coordinate the process of assembling the final findings and recommendations into a high-quality document. S/he will write the final report. S/he will also lead the preparation and presentation of the key evaluation findings and recommendations to the USAID/Dominican Republic team and other major partners.

8. **Health Systems Technical Advisor** (1) should have a postgraduate degree in public health or related subject. S/he should have several years' experience with health systems strengthening and institutional development in the Dominican Republic. S/he should be knowledgeable in program assessment and evaluation methodologies. S/he should have extensive experience, and demonstrate state-of-the-art knowledge, in conducting qualitative evaluations/assessments around improving capacity for service delivery.

9. **Maternal and Child Health Technical Advisors** (2) should have a degree in public health, nursing, or a related subject. S/he should have several years' experience with maternal and child health in the Dominican Republic. S/he should be knowledgeable in program assessment and evaluation methodologies. S/he should have experience, and demonstrate state-of-the-art knowledge, in conducting qualitative evaluations/assessments around improving capacity for service delivery.

10. **Local Logistics Coordinator** (1) will join the team on a part-time basis to provide support to schedule stakeholder meetings, key informant interviews, and focus group discussions; and to organize field visits. Required qualifications include:

    - Minimum 6 years of progressively responsible experience within GODR and/or NGO work settings handling complex logistics, such as coordinating business travel and meetings.

    - Demonstrated ability to be resourceful and to successfully execute complex logistical coordination; ability to multitask, work well in stressful environments, and perform tasks independently with minimal supervision.

- Ability to work collaboratively with a range of professional counterparts at all levels, including those from host country governmental and nongovernmental organizations, U.S. Government agencies and other donors.
- Capacity for effective time management and flexibility.
- Ability to interact effectively with a broad range of internal and external partners, including international organizations, host country government officials, and NGO counterparts.
- Fluency in English and Spanish.
- Proven ability to communicate clearly, concisely, and effectively both orally and in writing.

As a lesson learned from previous evaluations, the mid-term evaluation needs to be carried out in a participatory fashion, forming a team that, in various places and times, includes a range of GODR staff, partner agency staff, and stakeholders. The process and findings are expected to enable USAID and its partners to clearly and easily evaluate the quality of programming over the last few years.

Level of Effort (LOE)

An illustrative table of the LOE is found below. Dates may be modified based on availability of consultants and key stakeholders, and amount of time needed for field work.

Activity	Team Leader	Sr. MCH Advisor	HS and MCH Experts	Local Logistics Coord.	Period of Performance (illustrative, depending on start date)
Mission sends background documents to GH Tech and team members	-		-	-	Mid-February
Review documents and begin drafting evaluation protocol and survey instruments; begin logistical arrangement.	4		3	2	Mid-February
Team planning conference call with USAID/DR; modify protocol and tools according to discussion	1		1	-	Mid-February
Interview scheduling	-		-	5	Mid-February
Travel to country	1		-		Late February
In-briefing with USAID, team planning meetings and interviews with key stakeholders in Santo Domingo; finalize evaluation framework, protocol, and survey tools; organize logistics for field work	5	4	5 and Spanish.t in English. t of ng Facilitator		Late February
Logistical preparations	-		-	3	Mid February
Fieldwork (including travel days)	5		5	-	Early March

Activity	Team Leader	Sr. MCH Advisor	HS and MCH Experts	Local Logistics Coord.	Period of Performance (illustrative, depending on start date)
Preliminary data analysis and synthesis; drafting report and presentation materials with additional follow up meetings	3	3	3	-	Mid-March
Stakeholders presentation on preliminary findings	1	1	1	-	Mid-March
Evaluation team incorporates feedback from debriefings into draft report, submits draft report	3		3	-	Late March
Team departs country	1		-	-	Late March
Mission sends technical feedback/comments on draft to Team Leader	-		-	-	Early April
Draft revised by Team Leader and team. GH Tech submits final report to Mission	5		2	-	Mid-April
Translation of final report	-		-	-	Late April
Mission approves report	-		-	-	Late April-Early May
Total LOE	**29**	**8**	**23**	**10**	

A six-day work week is approved while in-country.

IX. LOGISTICS

GH Tech will be responsible for all international travel and consultant logistics.

USAID/DR will send letters of introduction informing key MOH staff and other high-level partners of the nature, timing, and scope of the evaluation and the evaluation team members.

X. DELIVERABLES AND PRODUCTS

The evaluation team will complete the following deliverables:
Evaluation framework including revised evaluation questions; detailed approach/methodology to be used, including the documents to review, key informants to interview, sampling frame, evaluation protocols and instruments; and plans for analysis and dissemination of findings. The Team Leader will submit the evaluation framework to USAID/DR and GH Tech after the in-country TPM. USAID/DR will then review the proposed work plan/methodology and submit comments to the team leader within two business days. The evaluation team will revise the work plan/methodology and send the final version to USAID/DR and GH Tech. The evaluation framework must be approved prior to the initiation of the interviews and site visits.

Weekly status reports. The Team Leader will provide weekly status reports on work plan implementation to USAID/DR and GH Tech.

Presentation slides (in MS PowerPoint) used during stakeholder meeting and debriefing to USAID/DR staff on the preliminary findings and recommendations. The PowerPoint presentations will be shared with GH Tech prior to the USAID and stakeholder debriefings.

Draft report in English no longer than 30 pages with an executive summary, introduction, methodology, findings, and recommendations that address each of the three objectives and subsequent questions with bibliography and annexes. The Team Leader will submit the first draft report to USAID/DR and GH Tech at the end of the evaluation team's visit. The Mission will provide consolidated, written comments to the evaluation team and GH Tech within 5 working days of receiving the draft report.

Final report will address the Mission's comments. The Team Leader will submit the final unedited report to USAID/DR and GH Tech within 10 working days after the team receives consolidated comments from USAID. GH Tech will provide the edited and formatted final document approximately 30 days after USAID provides final approval of the content. Procurement sensitive information will be removed from the final report and incorporated into an internal USAID Memo. The remaining report will then be released as a public document on the USAID Development Experience Clearinghouse (DEC) (http://dec.usaid.gov) and the GH Tech project web site (www.ghtechproject.com).

XI. RELATIONSHIPS AND RESPONSIBILITIES

GH Tech will coordinate and manage the evaluation team and will undertake the following specific responsibilities throughout the assignment:

- Recruit and hire the evaluation team.
- Make logistical arrangements for the consultants, including travel and transportation, country travel clearance, lodging, and communications.

USAID/DR will provide overall technical leadership and direction for the evaluation team throughout the assignment and will provide assistance with the following tasks:

Before In-Country Work

- SOW. Respond to queries about the SOW and/or the assignment at large.
- Consultant Conflict of Interest (COI). To avoid conflicts of interest or the appearance of a COI, review previous employers listed on the CVs for proposed consultants and provide additional information regarding potential COIs with the project contractors evaluated/assessed and information regarding their affiliates.
- Documents. Identify and prioritize background materials for the consultants and provide them to GH Tech, preferably in electronic form, at least one week prior to the inception of the assignment.
- Local Consultants. Assist with identification of potential local consultants, including contact information.
- Site Visit Preparations. Provide a list of site visit locations, key contacts, and suggested length of visit for use in planning in-country travel and accurate estimation of country travel line item costs.

- Lodgings and Travel. Provide guidance on recommended secure hotels and methods of in-country travel (i.e., car rental companies and other means of transportation) and if necessary, identify a person to assist with logistics (i.e., visa letters of invitation, etc.).

During In-Country Work

- Mission Point of Contact. Throughout the in-country work, ensure constant availability of the Point of Contact person and provide technical leadership and direction for the team's work.

- Meeting Space. Provide guidance on the team's selection of a meeting space for interviews and/or focus group discussions (i.e., USAID space if available, or other known office/hotel meeting space).

- Meeting Arrangements. Assist the team in arranging and coordinating meetings with stakeholders.

- Facilitate Contact with Implementing Partners. Introduce the evaluation team to implementing partners and other stakeholders, and where applicable and appropriate prepare and send out an introduction letter for team's arrival and/or anticipated meetings.

After In-Country Work

- Timely Reviews. Provide timely review of draft/final reports and approval of deliverables.

XII. MISSION CONTACT PERSON

Derek R. Sedlacek, MPH

Health Officer

USAID/Dominican Republic

Email: dsedlacek@usaid.gov

Phone Number: 809 731-7045

XIII. XIII. COST ESTIMATE

GH Tech will provide a cost estimate for this activity.

ANNEX 2: PERSONS CONTACTED (NOT EXHAUSTIVE)

NATIONAL LEVEL: MINISTRY OF HEALTH, IMPLEMENTING PARTNERS, AND STAKEHOLDERS	
Goldie Mazia	MCHIP, Washington, DC, USA
Dra. Nieves Rodriguez	MCHIP, Dominican Republic
Dr. Lucas Gomez	Director General of Specialized Centers for Health, Ministry of Health
Dr. Jose de Lance	Maternal-Child Health Director, Ministry of Health
Dra. Francine Placencia	Director General of M&E Quality Assurance
Dra. Raquel Pimentel	Director of Epidemiology
Dr. Lopez Monegro	Director of Decentralization of Regions
Dra. Martha Martinez	Liaison, Department of Authorization and Accredidation
Lic. Clotilde Duran	Program Coordinator
Lic. Lidia Marite	Information Systems
Dario Pena	Kangaroo Mother Team
Carmen Pequeno	Kangaroo Mother Team
Solange Nunez	Kangaroo Mother Team
Leonidas Reyes	Kangaroo Mother Team
Hortencia Hernandez	Kangaroo Mother Team
Dra. Rosa Maria Suarez	Abt Associates, Director, Centers of Excellence Project
Cecilia Corporan	Abt Associates, M&E Coordinator, Centers of Excellence Project
Dr. Carlos Cuellar	Abt Associates, Ex-Director, Centers of Excellence Project
HOSPITAL SAN LORENZO DE LOS MINAS	
Dr. Gregorio Porfirio Diaz	Regional Director of Health
Dr. Paulino Díaz Osoria	Hospital Director
Lic. Bartolina santos	Administrator
Dr. Andres Rivas	Ex-Director
Dr. José Shouwer	Head of Epidemiology
Dra. Nalda De oleo	Head of Perinatology
Group Discussion	
6 Users of health services	Women 19-26 years of age who have delivered with the past three years. One was a pregnant adolescent and three had high-risk pregnancies.

4 Health Providers	Ob/Gyn residents, 2nd, 3rd, and 4th year. Posted on gynecological surgery, post-delivery, and post-surgery wards
HOSPITAL MORILO KING. LA VEGA	
Dr. Juan de La Cruz	Director of the hospital
Dr. José Luis Mate	Subdirector
Dr. Freddy Hidalgo	Regional Director of Health, Region 8
HOSPITAL INMACULADA CONCEPCION, JUAN SANCHEZ RAMIREZ	
Dr. Bolivar Matos	Regional Director of Health
Dra. Mayra Bido	Hospital Director
Not Available	Accountant of the Center
Not Available	Epidemiologist
Dra. Julissa Robles	Subdirector
Group Discussions	
14 Users of health services	Women 16-33 years of age who had delivered with the past three years. Note: appointed by the hospital director
9 Health providers	Maternity Ward nurses; working experience 4 to 28 years in the same hospital
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL, SAN FRANCISCO DE MACORIS	
Dr. Ángel Ambrosio Rosario	Hospital Director
Lic. Hortensia Hernandez	Administrator
Dra. Ramona Mercedes	Pediatrician
Lic. Sorangel Morillo	Warehouse/Pharmacy Manager
Group Discussions	
7 Health providers	Medical doctors providing outpatient services. Note: rotation is every three months among the different departments.
HOSPITAL ALEJANDRO CABRAL, SAN JUAN DE LA MAGUANA	
Dr. Hector Ortiz	Hospital Director
Dr. Ramon Evangelista	Chief of Gynecology and Obstetrics
Lic. Daysi Hernandez	Strategic Manager
Group Discussion	
7 Users of health services	Pregnant women of 20-27 years of age, on prenatal care, who had at least one previous delivery in the same hospital
7 Health providers	Emergency ward health staff (medical residence, family health residents, cleaning staff and counselor)
HOSPITAL DR ANTONIO MUSA, SAN PEDRO DE MACORIS	
Guillermo Hernández	Director

Félix Mejía	Sub-Director
Silvio Tomas	Chief of Gynecology and Obstetrics
Amaira González,	Chief of Instruction
Magalys Vidal	Chief Nurse
Group Discussion	
9 Users of health services	Pregnant women of 21-34 years of age, on prenatal care, who had at least one previous delivery in the same hospital

ANNEX 3. REFERENCES

ABT Associates Report. *Annex 2 Summary of Performance Indicators*. August 6, 2009.

Abt Fully Executed Contract DR TO GHS-I-05-07-00003-00.

Baez, J., and E. Perez-Then. "Situación de los servicios de salud materno infantil de la Republica Dominicana." Serie de Reuniones Tecnicas I, *Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil (CENISMI)*, 2009.

Bahl R, J. Martines, N.Ali et al. "Research Priorities to Reduce Global Mortality From Newborn Infections by 2015." *Pediatric Infectious Disease Journal,* 2009; 28(1): S43-S48.

Bases del Sistema de Certificación CDEx, 8 de febrero 2012. Modificada.

Canario A., E. Pérez-Then, A. De Moya, et al. "Proceso de abordaje rápido para describir las condiciones de salud y ecológicas de bateyes localizados en el suroeste de la República Dominicana." *Boletín CENISMI*, 16(3):26-27, 2006.

Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM). *Línea de base: Nivel de satisfacción de las usuarias y los usuarios de los servicios pediátricos y obstétricos, en hospitales seleccionados del ministerio de salud pública de la República Dominicana*. 2010.

CESDEM. *Línea de Base: Medición de la Capacidad de Gestión en Instituciones Seleccionadas del Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana*. 2010.

Curbing Maternal Mortality rates in the Dominican Republic. *USAID.* January 17, 2012.

Dominican Republic Country Program. *Quarterly Report 1 2012*. October 1, 2011–December 31, 2011.

"Environmental Mitigation Report (EMR), USAID Dominican Republic Mission. Title of IP Activity: USAID Improving Maternal & Child Care/Health Systems Project." *Abt Associates Inc.* Funding Period: Fiscal Year 2009 - 2010.

Evaluation of REDSALUD and USAID/DR Strategic Support to Reform of the Dominican Health Sector. *Deloitte Touche Tohmatsu Emerging Markets, Ltd.* May 28, 2004.

Freedman, LP. "Human rights, constructive accountability and maternal mortality in the Dominican Republic: A commentary." *International Journal of Gynecology and Obstetrics,* 2003. Vol.82, pp.111–114.

Hernández, C. y Romero, M. "Atención médica y grado de satisfacción de la paciente Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia," 1993. En *OMS/OPS/INSALUD, Análisis del desempeño: Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia.* Santo Domingo, 1996.

Hernández, C. y Romero M. "Informe Proceso de Programación: Actitudes y cambios," 1996. En *OMS/OPS/INSALUD, Análisis del desempeño: Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia*. Santo Domingo, 1996.

Hodge, J.G., Garcia, A.M., Anderson E.D., Kaufman, T. "Emergency Legal Preparedness for Hospitals and Health Care Personnel." *Disaster Medicine and Public Health Preparedness,* 2009. Vol 3, Suppl. 1, S37-S44.

Informe de Consultoria Luis Morales. *Reorganización de la Cartera de Servicios en el Servicio Regional de Salud. El Valle, SRS R-VI.* Noviembre 23 de 2011 a enero 31 de 2012. 30 Enero 2012.

Johnston, A.M., C.E. Bullock, J.E. Graham et al., "Implementation and Case-Study Results of Potentially Better Practices for Family-Centered Care: The Family-Centered Care Map." *Pediatrics* 118: Supplement 2 (November 1, 2006).

Kangaroo Mother Care Clinical Practice Guidelines; KMC India Network. Available at http://www.newbornwhocc.org/pdf/KMC%20Network%20Booklet.pdf. Accessed April 14, 2012.

Kahssay HM & Oakley P (Eds.) Community involvement in health development. A review of the concept and practice. *World Health Organization* (WHO), Geneva, 1999.

Maternal & Child Centers of Excellence. Abt Associates, Inc. *Implementation Plan 2009-2014,* August, 2009.

Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP) *Annual Report FY11 Program Year 3, October 1, 2010 to September 30, 2011*. Dominican Republic.

MCHIP Dominican Republic Country Program. *Quarterly Report 1, 2012. October 1, 2011 – December 31, 2011.*

MCHIP Dominican Republic Country Program. *Quarterly Report. April 1, 2010–September 30, 2012*

Miller, S., A. Tejada, P. Murgueytio, J. Díaz, R. Dabash, P. Putney, S. Bjegovic, and G. Caraballo, USAID, SESPAS and the Population Council. *Strategic Assessment of Reproductive Health in the Dominican Republic.* February 15, 2002.

Miller, S., M. Cordero, A.L. Coleman, J. Figueroa, S. Brito-Anderson, R. Dabagh, V.Calderone, F. Cáceres, A. J. Fernandez , and M. Nunez, "Quality of Care in Institutionalized Deliveries: The Paradox of the Dominican Republic." *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2003 Jul; 82(1):89-103.

Ministerio de Administración Pública, Republica Dominicana. *Common Assessment Framework (CAF).* Una herramienta inspirada en el Modelo de Excelencia de la Fundación Europea de Gestión de la Calidad (EFQM) y en el Modelo de la Universidad Alemana de Ciencias Administrativas de Speyer. Versión piloto, mayo de 2000. Primera versión, 2002. Segunda versión, 2006.

Miric, M., Diplan, J., Martinez, M., Díaz, L., De la Rosa, J. "Análisis situacional del uso de planificación familiar en programas posparto, postaborto y de la reducción de la transmisión vertical del VIH/SIDA en la República Dominicana. Enfoque cualitativo." *Population Council: Fronteras de la Salud Reproductiva / Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM).* Santo Domingo, Unpublished report, 2006.

Miric, M., Campos, I., Figueroa, J., Báez, C. "Assessment of access and use of obstetric emergency services (COEm) in the Dominican Republic." *UNFPA / Public Health Ministry (MSP) / Consultoras Asociadas para el Desarrollo (CONSAD).* Unpublished report, 2008.

Miric, M., y Pérez-Then, E. (Eds.). "Salud Materno-Infantil en República Dominicana: Situación actual y perspectivas futuras a la luz de los nuevos indicadores." Serie de Reuniones Técnicas I, *CENISMI*. Santo Domingo, 2011.

Miric, M., Pérez-Then, E., Santos, L., Mendoza, R., Sehuoerer, J.A., Bautista, C., Martínez M., Díaz, L., Rosario, M.L., Fernández, B., Orne-Gliemann, J., Tchendjou, P., Dabis, F., Shor-Posner, G. "Impacto de la Consejería prenatal del VIH centrada en parejas de países con baja y mediana prevalencia del VIH (Proyecto Prenahtest): Fase de factibilidad." *Boletín CENISMI,* 2008. 18(1): 2–6.

Pérez-Then, E. (Ed.). "Calidad de la atención de la embarazada y del niño menor de un año en Centros de primer nivel de atención de la Regiones III, IV, V, VI de la República Dominicana." *CENISMI*. Serie de Reuniones Técnicas IV, 2008.

Pérez-Then, E., et al. "Evaluación de la calidad de atención a la embarazada y al niño sano en centros de primer nivel de atención de las Regiones de Salud III, IV, V y VI de la República Dominicana: Resultados de la segunda fase." *Boletín CENISMI,* vol. 20, no 2. 2010.

Pérez-Then, E., Gómez, V., Fernández, J., Guerrero, S., Marte, J., De la Cruz, C., Medina, Y., Espinal, R., Diaz, A., Machuca, M. "Uso y abuso de antibióticos después de la realización de una intervención eductaiva en centros de salud públicos y privados de la República Dominicana." *Boletín CENISMI*, 2010. Vol. 20, No 2.

Pérez-Then, E., Miric, M., Canario, J.A., Martínez, E., Martínez, M. "Encuesta nacional de percepción de mujeres usuarias respecto de los servicios públicos de maternidad en República Dominicana." Informe inédito. *Organización Panamericana de la Salud (OPS)*, Santo Domingo, 2011.

Pérez-Then, E., Miric, M., Castro, A. "Integración de la Atención Prenatal con los Procesos de Detección y Manejo Clínico del VIH y de la Sífilis en la República Dominicana." *UNICEF*, Santo Domingo, 2011.

Phillips, C.R. (Ed.), *Family-Centered Maternity Care*. Jusburry, MA: Jones and Barlett Publishers, 2006.

Proyecto USAID/Centros de Excelencia Materno-Infantil. *Manual de estándares para la certificación de hospitales y direcciones provinciales de salud como centros de excelencia materno infantil*. República Dominicana, Enero de 2012.

Proyecto USAID/Centros de Excelencia Materno-Infantil. *Manual de preparación para la certificación de hospitales y direcciones provinciales de salud como centros de excelencia materno infantil.* República Dominicana, Enero de 2012.

Proyecto USAID/Centros de Excelencia Materno-Infantil. Instituto Tecnológico de Santo Domingo (Intec). *Línea de base para la implementación del sistema de vigilancia, prevención y control de infecciones intra - hospitalarias en hospitales seleccionados para desarrollarse como Centros de Excelencia Materno-Infantil.* República Dominicana, 2010.

Quiterio, G., Molina, M., Miric, M., Vernon, R. y Rivero-Fuentes, E. "Situation Analysis of the Integration of Family Planning Services in Postpartum, Postabortion and Prevention of Mother to Child Transmission Programs in the Dominican Republic." *Population Council: Frontiers in Reproductive Health/USAID,* 2008.

Rifkin, S.B. "Community Participation in MCH/FP Programmes: An Analysis Based on Case Study Material." WHO/UNICEF, Geneva, 1990.

Rivero-Fuentes, E., Miric, M., Vernon, R., Quiterio, G., Molina, M. "Calidad de la consejería durante la atención posaborto en República Dominicana." En Billings, DL y Vernon R. (Eds.), *Avances en la atención posaborto en América Latina y el Caribe: Investigando, aplicando y expandiendo*. Population Council, Mexico, 2007.

Ruminjo J, Cordero C, Beattie KJ y Wegner MN (2003). "Quality of care in labor and delivery: a paradox in the Dominican Republic; commentary." *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Vol.82, pp.115-119.

Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SEPSAS). *Disposicion sobre el desarrollo de las funciones y organización de las direcciones provinciales de salud (DPS).* Disponible en: http://www.salud.gob.do/download/docs/Disposiciones/DispDesfunOrg.pdf. Acceso: 15/04/2012.

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en República Dominicana. Available at http://www.sespasdigepi.gob.do/sinave/sistema_nacional_de_vigilancia.pdf. Access: 04/15/2012

Tec. 1 Guía Metodológica para la implementación de un Sistema de Gestión de Riesgos y Bioseguridad. Maternal & Child Centers of Excellence. Ministerio de Salud Pública. Republica Dominicana, 2012.

Tec. 2 Guía Metodológica para la implementación de un Sistema de Gestión de Residuos y Desechos Hospitalarios. Maternal & Child Centers of Excellence. Ministerio de Salud Pública. Republica Dominicana, 2012.

Tec. 3 Guía Metodológica para la implementación de un Sistema de Atención de Usuarios. Maternal & Child Centers of Excellence. Ministerio de Salud Pública. Republica Dominicana, 2012.

Tec. 4 Guía Metodológica para la implementación de un Sistema de Gestión de Suministros en Hospitales. Maternal & Child Centers of Excellence. Ministerio de Salud Pública. Republica Dominicana, 2012.

Tec. 5 Guía Metodológica para la formulación de un plan estratégico de desarrollo institucional. Dra. Amparo Rueda de Chaparro Consultora Internacional. Unversidad CES, Medellín, Colombia. Abril de 2010.

Tec. 6 Guía Metodológica para el Análisis de situación y elaboración de los perfiles epidemiológicos. Maternal & Child Centers of Excellence. Ministerio de Salud Pública. Republica Dominicana, 2012.

Tec. 7 A SIGHO-Suministros_Manual_Usuarios. Maternal & Child Centers of Excellence. Ministerio de Salud Pública. Republica Dominicana, 2012.

Tec. 7 B SIHA—Manual Operativo de Usuarios. Maternal & Child Centers of Excellence. Ministerio de Salud Pública. Republica Dominicana, 2012.

Tec. 7 C SINAC—Manual Operativo de Usuarios. Maternal & Child Centers of Excellence. Ministerio de Salud Pública. Republica Dominicana, 2012.

Tec. 7 D Manual Operativo de Usuarios—RIV. Maternal & Child Centers of Excellence. Ministerio de Salud Pública. Republica Dominicana, 2012.

Tec. 8 Guía para elaboración Planes Hospitales de Emergencia.

Thacker, S.B., R.G. Parrish, F.L. Trowbridge FL. "A Method for Evaluating Systems of Epidemiological Surveillance." Available at: http://ukpmc.ac.uk/abstract/MED/3269210/reload=0;jsessionid=60QrXaSTQkjJ2JMgihWN.4. Access: 04/15/2012.

USAID Project Maternal & Child Centers of Excellence: *Annex 1: Performance-Based Management System: Objectives and Performance indicators by Task and Result.* August 6, 2009.

USAID Project Maternal & Child Centers of Excellence. *Implementation Plan 2009-2014: Annex 1. Selected hospitals by location, region, level of care and potential for synergy and replication.*

USAID Project Maternal & Child Centers of Excellence. *Implementation Plan 2009-2014: Annex 2 Gantt_Implementation Plan_EN.*

ANNEX 4. MATRIX TO ASSESS THE MATERNAL-INFANT CENTERS OF EXCELLENCE IN THE DOMINICAN REPUBLIC. USAID 2009–2014*.

Evaluation questions	Objective	Results	Phases	Evaluation Strategy	Source
What programmatic aspects have been the most/least successful in ensuring the achievement of the project results and why?	Improve equitable access to quality maternal-child services focusing on critical interventions and management improvements that enhance quality and efficiency.	**Result 1** Ten hospitals developed as Centers of Excellence have enhanced capacity for clinical & resource management and administrative processes in support of MCH programmatic areas.	Induction and preparatory Implementation Consolidation Replication	Rapid Assessment Procedure (RAP) that includes document review, direct observation, in-depth interviews and group discussions.	Documents and references, databases, direct observation, and in-depth and group interview results
What technical interventions have been the most/least successful in ensuring the achievement of the project results and why?		**Result 2** Three Provincial Health Directorates developed as Centers of Excellence have enhanced stewardship capability for epidemiological surveillance and response, public health programs, and certification/accreditation of public and private health providers.	Induction and preparatory Implementation Consolidation Replication	Rapid Assessment Procedure (RAP) that includes document review, direct observation, in-depth interviews and group discussions.	Documents and references, databases, direct observation, and in-depth and group interview results
What programmatic aspects appear to be the most/least sustainable and why?		**Result 3** Regional network developed and tested serves to identify best approaches for development of regional networks.	Induction and preparatory Implementation Consolidation Replication	Rapid Assessment Procedure (RAP) that includes, documents review, direct observation, in-depth interviews and Group Discussions.	Documents and references, databases, direct observation, and in-depth and groups interview results
What technical interventions appear to be the most/least sustainable and why?					
Has the project targeted the most critical and appropriate activities, what other opportunities exist?					

*The evaluation was carried out during February and March 2012.

ANNEX 5. MID TERM EVALUATION FRAMEWORK OF THE RESULTS OF THE MATERNAL-INFANT CENTERS OF EXCELLENCE PROJECT

DOMINICAN REPUBLIC FEBRUARY–MARCH 2012.

Result 1	Implementation Phase Categories Obtained from Rosa Maria Suarez and adapted by Eddy Perez, evaluator	Implementation Phase Indicators	Evaluation Methodology	Source of Information
Ten hospitals developed as Centers of Excellence have enhanced capacity for clinical & resource management and administrative processes in support of MCH programmatic areas	Systems and management capability strengthened	Improvement of hospital organization in the past two years, including filing cabinets and software systems	Key informant interviews (KII) Group discussion (GD) In-depth Interviews (IDI)	Questions 16-27, 28-30, and 82-89 of the GD and IDI
	Evidence-based quality maternal & child services	Training curricula on health interventions Adaptation of clinical guidelines and procedures 12 supervision check lists to assess quality of services delivered Maternal Mortality Audit Forms Monitoring key indicators	Key informant interviews (KII) Group discussion (GD) In-depth Interviews (IDI)	Questions 47-71 of the GD and IDI
	Interconnected within the health services network	Referral and counter-referral system; project support for transportation of patients	Group discussion (GD) In-depth interviews (IDI)	Questions 74-77 of the GD and IDI
	Training center developed	The hospital has a training center, and training activities are carried out.	Key informant interviews (KII) Group discussion (GD) In-depth Interviews (IDI)	Questions 31-34 of the GD and KII
	Basic infrastructure certified	Improvement of quality indicators, humanized attention and exit interviews	Key informant interviews (KII) In-depth interviews (IDI)	Questions 35-46 of the KII and IDI
	Environment preserved	Toxic waste disposal containers (bags and boxes); waste transit route; intermediate storage; immunization of staff; agreement with municipal authorities	Group discussion (GD) In-depth interviews (IDI)	Questions 72-73 of the GD and IDI
	Community participating	Strategies to increase community participation	Group discussion (GD)	Questions 95-96 of the GD
	Safe hospital for emergencies and disasters	Evacuation routes; drills and committees of risks	Group discussion (GD) In-depth interviews (IDI)	Questions 90-94 of the GD and IDI

ANNEX 6. ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVES: DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

EVALUACIÓN DE TÉRMINO MEDIO DEL PROYECTO CENTROS DE EXCELENCIA MATERNO INFANTIL

REPÚBLICA DOMINICANA. ABRIL-MARZO, 2012

Entrevista a Informantes Claves: DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

La presente guía de entrevistas es para el personal de la Dirección Regional de Salud. Por favor seleccione entrevistar aquellas personas del staff que tiene más tiempo en el servicio y conoce sobre el proyecto "Centros de Excelencia Materno-Infantil." Por favor entreviste a la persona exhaustivamente, sin dejar ninguna pregunta sin contestar.

Las preguntas son semi-estructuradas y abiertas, es decir, se deben llenar las respuestas como las describa el entrevistado. En los casos de que sea si o no, serán como filtros para profundizar en el tema. Utilice su experiencia y criterio para profundizar en algunos temas si le parecen interesantes, pida mayor información o evidencia si es necesario.

Por favor use hojas sueltas si necesita expandir las respuestas, y adjúntelas con grapas al finalizar la entrevista.

Nombre del entrevistador:	Fecha:
Nombre del entrevistado:	Posición/titulo:
Distrito/provincia:	Pueblo/ciudad:

Conocimientos generales acerca del proyecto:

11. Describa brevemente sus responsabilidades e involucramiento con el proyecto sobre Centros de Excelencia desde mediados del 2009 a la fecha.

    (Nota para el entrevistador: Profundice sobre su participación y por cuanto tiempo)

    _____

    _____

    _____

Selección de los Centros de Excelencia (CDEx)

12. Explique que criterios se aplicaron para seleccionar el(los) hospitales en su región?

    _____

    _____

    _____

13. ¿Esta de acuerdo con el proceso de selección? ¿Como lo mejoraría, si tiene que elegir otros?

    _____

_____

_____

Creación de capacidad gerencial

14. Explíqueme en que sentido cambió o mejoró su estilo gerencial gracias al acompañamiento del proyecto CDEx?

    (Nota para el entrevistador. Explore sobre los conceptos de gestión para el cambio o Change Management?)

    _____

    _____

    _____

15. ¿Son replicables estas intervenciones? ¿Cómo los extendería a todos los hospitales de su región?

    (Nota para el entrevistador. Ponga la situación de que no hay recursos adicionales, solo con los fondos existentes)

    _____

    _____

    _____

16. ¿Explique cuales fueron las conclusiones de la aplicación del Plan Estrategico que se realizó en el año 2010 y el 2015? Cuales fueron las prioridades para la mejoría de la calidad en esos mismos años?

    (Nota para el entrevistador. Explore sobre CAF- Common Assessment Framework)

    _____

    _____

    _____

17. ¿Superviso la región la elaboración de los planes de acción de los hospitales CDEx 2011?

    (Nota para el entrevistador. Pida que se lo muestre)

    _____

    _____

    _____

Pida que le describa el proceso que sigue para elaborar el plan operativo y registre en el cuadro a continuación

(Nota para el entrevistador: puede mostrar la lista. Anote en la columna de observaciones los comentarios que haga):

Estructura, funciones y capacidad	Si	Parcial mente	No	Comentarios/observaciones
18. ¿Tiene documentado el plan operativo? Muéstrelo por favor	☐	☐	☐	
19. Se usan datos estadísticos (de la región) para la priorización de actividades	☐	☐	☐	
20. ¿Incluyen estrategias específicas para la prestación de servicios en la región?	☐	☐	☐	
21. ¿Tiene metas anuales (o el periodo que se usa)?	☐	☐	☐	
22. ¿Tiene un calendario de actividades?	☐	☐	☐	
23. ¿Tiene un presupuesto?	☐	☐	☐	

24. ¿Están en capacidad de desarrollar el próximo plan operativo? ¿Necesitan algún tipo de apoyo?

    (Nota para el entrevistador: Si es si, o no, por favor elabore y especifique)

    _____
    _____
    _____

Monitoreo, Evaluación y Sistemas de Información

25. ¿Cuáles son las brechas más importantes en la recolección, análisis y uso de información estratégico?

    _____
    _____
    _____

26. ¿Cómo está apoyándole el proyecto CDEx en la recolección, análisis y uso de información estratégico?

    _____
    _____
    _____

27. ¿Cuáles planes tienen para seguir mejorando la recolección, análisis y uso de información estratégico?

    (Nota para el entrevistador. Ponga la situación de que no hay recursos adicionales, solo con los fondos existentes)

    _____
    _____
    _____

28. ¿Con que frecuencia revisa el sistema informático perinatal (SIP)?

_____

_____

_____

Estructura, funciones y capacidad	Si	Parcialmente	No	Comentarios/observaciones
29. ¿Hay un plan de monitoreo y evaluación para la región?	☐	☐	☐	
30. ¿El sistema de información recolecta datos del nivel primario, la red de ONGs y el sector privado?	☐	☐	☐	
31. ¿Existe mecanismos de revisión de la calidad de la información (exactitud, integridad, oportunidad y confidencialidad) recibida de los niveles de inferiores que la reportan?	☐	☐	☐	
32. ¿Hay un plan de capacitación en M&E para el personal de la región?	☐	☐	☐	

Formatos y herramientas para recoger información y presentar informes	Si	Parcialmente	No	Comentarios/observaciones
33. ¿El sistema de información que utilice está automatizado?	☐	☐	☐	
34. ¿Si múltiples organizaciones (públicos y privados) están implementando actividades bajo el programa/proyecto, todos usan los mismos formatos de informes y reportan de acuerdo a los mismos lineamientos y plazos de tiempo?	☐	☐	☐	
35. ¿La información recogida a través del sistema de información, es suficientemente precisa para medir el/los indicador/es y desagregados (p.ej. género, edad, etc.)?	☐	☐	☐	
36. ¿La región realiza análisis de datos en forma regular?	☐	☐	☐	
37. ¿la región realiza retroalimentación del análisis de la información con los hospitales?				

Gestión de Recursos

38. ¿Cuáles son las diferentes fuentes de financiamiento para la región y cuales estrategias esta implementando para optimizar la adquisición de recursos financieros?

_____

_____

_____

39. ¿Cuáles son las brechas más importantes en el manejo financiero?

(Nota para el entrevistador. Ponga la situación de que no hay recursos adicionales, solo con los fondos existentes)

_____

_____

_____

40. ¿Cómo esta apoyándoles el proyecto CDEx en manejo financiero?

(Nota para el entrevistador. Ponga la situación de que no hay recursos adicionales, solo con los fondos existentes)

_____

_____

_____

Pregunte y profundice sobre las respuestas recibidas	#	Que evidencia observo? Comentarios/observaciones
41. Capacitación del personal: a) hay un plan de capacitación y una evaluación de las necesidades de capacitación, de acuerdo a los protocolos actualizados, y estrategias e intervenciones prioritarias b) La capacitación se produce en forma aislada, pero no ligada a los protocolos actualizados, y estrategias e intervenciones prioritarias c) Hay un plan de capacitación y esta de acuerdo a los protocolos actualizados, y estrategias e intervenciones prioritarias, pero no se cumple a cabalidad d) Hay un plan de capacitación y evaluaciones continuas de las necesidades de capacitación en base a los protocolos actualizados, y estrategias e intervenciones prioritarias y se cumplen completamente		

42. ¿Qué capacitaciones ha recibido del proyecto?

_____

_____

_____

43. ¿Cuentan con un equipo responsable de las capacitaciones del proyecto?

44. ¿Cuáles son las capacitaciones prioritarias para difundir al resto de los establecimientos de salud en la región?

(Nota para el entrevistador. Incluye capacitaciones del proyecto y fuera del proyecto)

Gestión de cartera de servicios

45. ¿Cuáles son las brechas más importantes en la gestión de cartera de servicios?

46. ¿Cómo esta apoyándole el proyecto CDEx para asumir el rol de la gestión de cartera de servicios?

Articulación entre los diferentes niveles

47. Descríbame por favor el sistema actual de referencia y contra-referencia

48. ¿Como esta apoyándole el proyecto de CDEx en mejorar este sistema de referencia y contra-referencia?

49. Descríbame por favor el sistema actual de traslado de pacientes.

50. ¿Como esta apoyándole el proyecto de CDEx en mejorar este sistema de traslado de pacientes?

_____

_____

_____

51. Descríbame por favor el sistema actual de traslado de muestras de laboratorio.

_____

_____

_____

52. ¿Como esta apoyándole el proyecto de CDEx en mejorar este sistema de traslado de muestras de laboratorio?

_____

_____

_____

Participación comunitaria

53. ¿Cuáles estrategias se está implementando para aumentar la participación ciudadana en la región?

_____

_____

_____

54. ¿Como esta apoyándole el proyecto de CDEx en mejorar este proceso de participación ciudadana?

_____

_____

_____

Lecciones Aprendidas

55. Si tuviera que replicar todo el proceso de Centros de Excelencia ¿Cuáles estrategias no funcionaron y cuales si, y que cambiaria?

(Nota para el entrevistador. Anote todo lo que diga)

_____

_____

_____

Muchas gracias por su participación

ANNEX 7. ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVES: DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD

EVALUACIÓN DE TÉRMINO MEDIO DEL PROYECTO CENTROS DE EXCELENCIA MATERNO INFANTIL

REPÚBLICA DOMINICANA. ABRIL-MARZO, 2012

Entrevista a Informantes Claves: DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD

La presente guía de entrevistas es para el personal de la Dirección Provincial de Salud. Por favor seleccione entrevistar aquellas personas del staff que tiene mas tiempo en el servicio y conoce sobre el proyecto "Centros de Excelencia Materno-Infantil." Por favor entreviste a las personas exhaustivamente, sin dejar ninguna pregunta sin contestar.

Las preguntas son semi-estructuradas y abiertas, es decir, se deben llenar las respuestas como las describa el o los entrevistados. En los casos de que sea si o no, serán como filtros para profundizar en el tema. Utilice su experiencia y criterio para profundizar en algunos temas si le parecen interesantes, pida mayor información o evidencia si es necesario.

Por favor use hojas sueltas si necesita expandir las respuestas, y adjúntelas con grapas al finalizar la entrevista.

Nombre del entrevistador:	_____	Fecha:	_____
Nombre del entrevistado:	_____	Posición/titulo:	_____
Distrito/provincia:		Pueblo/ciudad:	

Conocimientos generales acerca del proyecto:

56. Describa brevemente sus responsabilidades e involucramiento con el proyecto Centros de Excelencia desde mediados del 2009 a la fecha.

    (Nota para el entrevistador: Profundice sobre su participación y por cuanto tiempo)

    _____

    _____

    _____

Capacitación en gestión

57. Explíqueme en que sentido cambió o mejoró su estilo gerencial gracias al acompañamiento del proyecto CDEx?

    (Nota para el entrevistador. Explore sobre los conceptos de gestión para el cambio?)

    _____

    _____

    _____

58. ¿Son replicables estas capacitaciones o intervenciones? ¿Cómo los extendería a otras DPS?

(Nota para el entrevistador. Ponga la situación de que no hay recursos adicionales, solo con los fondos existentes)

_____

_____

_____

59. ¿Explíqueme cuales fueron las conclusiones de la auto-evaluación que se realizó en el año 2010 y el 2011?

¿Cuales fueron las prioridades para la mejoría de la calidad en esos mismos años?

¿Presentaron memorias al premio de la calidad, puede mostrarla, han recibido y discutido informes de retorno de los evaluadores externos?

(Nota para el entrevistador. Explore sobre CAF- Common Assessment Framework)

_____

_____

_____

60. ¿Cual fue su plan estratégico 2010 y 2015?

(Nota para el entrevistador. Pida que se lo muestre)

_____

_____

_____

61. Pida que le explique: Cual es el periodo del plan Estrategico? Cuando fue aprobado el plan? Quien/quienes aprueban el plan?

_____

_____

_____

Pida que le describa el proceso que sigue para elaborar el plan operativo y registre en el cuadro a continuación . (Nota para el entrevistador: puede mostrar la lista. Anote en la columna de observaciones los comentarios que haga):

Estructura, funciones y capacidad	Si	Parcial mente	No	Comentarios/observaciones
62. ¿Tiene documentado el plan operativo? Muéstrelo por favor	☐	☐	☐	
63. ¿Se usan datos estadísticos (de la provincia) para la priorización de actividades?	☐	☐	☐	

Estructura, funciones y capacidad	Si	Parcial mente	No	Comentarios/observaciones
64. ¿Incluyen estrategias específicas para la provincia?	☐	☐	☐	
65. ¿Tiene metas anuales (o el periodo que se usa)?	☐	☐	☐	
66. ¿Tiene un calendario de actividades?	☐	☐	☐	
67. ¿Tiene un presupuesto?	☐	☐	☐	
68. Tienen Sala de Situación	☐	☐	☐	
69. Realizan el análisis de los datos dentro de la sala de situación	☐	☐	☐	

70. ¿Están en capacidad de desarrollar el próximo plan operativo? ¿Necesitan algún tipo de apoyo?

    (Nota para el entrevistador: Si es si, o no, por favor elabore y especifique)

    _____
    _____
    _____

Monitoreo, Evaluación, Sistemas de Información, Vigilancia y Epidemiologia

71. ¿Cuáles son las brechas más importantes en la recolección, análisis y uso de información estratégica?

    _____
    _____
    _____

72. ¿Cómo está apoyándole el proyecto CDEx en la recolección, análisis y uso de información estratégica?

    _____
    _____
    _____

73. ¿Cuáles planes tienen para seguir mejorando la recolección, análisis y uso de información estratégica?

    (Nota para el entrevistador. Ponga la situación de que no hay recursos adicionales, solo con los fondos existentes)

    _____
    _____
    _____

74. ¿Con que frecuencia revisa el sistema informático perinatal (SIP)?

(Nota para el entrevistador. Esta información se analiza en el Hospital y si debe analizarse después como consolidado debe ser en el Servicio Regional, responsable de los servicios)

_____

_____

_____

Estructura, funciones y capacidad	Si	Parcialmente	No	Comentarios/ observaciones
75. ¿Hay un plan de monitoreo y evaluación de los programas para la provincia?	☐	☐	☐	
76. ¿El sistema de información recolecta datos del nivel primario, la red de ONGs y el sector privado?	☐	☐	☐	
77. ¿Existen mecanismos de revisión de la calidad de la información (exactitud, integridad, oportunidad y confidencialidad) recibida de los niveles de inferiores que la reportan?	☐	☐	☐	
78. ¿Hay un plan de capacitación en M&E para el personal de la DPS?	☐	☐	☐	

Los Formatos y herramientas para recoger información y presentar informes	Si	Parcialmente	No	Comentarios/observaciones
79. ¿El sistema de información que se utiliza está automatizado?	☐	☐	☐	
80. ¿Si múltiples organizaciones (públicos y privados) están implementando actividades bajo el programa/proyecto, todos usan los mismos formatos de informes y reportan de acuerdo a los mismos lineamientos y plazos de tiempo?	☐	☐	☐	
81. ¿La información recogida a través del sistema de información, es suficientemente precisa para medir el/los indicador/es y desagregados (p.ej. género, edad, etc.)?	☐	☐	☐	
82. ¿La provincia realiza análisis de datos en forma regular?	☐	☐	☐	
83. ¿Se realizan retroalimentación del análisis de la información con los establecimientos y la región?	☐	☐	☐	

Sobre el análisis de la información	Si	Parcialmente	No	Comentarios/observaciones
84. ¿Poseen Salas de Situación, los datos están expuestos, los datos (curvas endémicas y otros) están actualizados? El evaluador debe ver que así sea	☐	☐	☐	
85. ¿Quien actualiza los datos periódicamente en la sala de situación	☐	☐	☐	
86. ¿Han realizado el análisis de situación de salud de su provincia y sus perfiles epidemiológicos? (pueden mostrarlos)	☐	☐	☐	

87. Explíqueme como ha apoyado el proyecto CDEx en el Sistema de Vigilancia Epidemiologica de la Provincia.

_____

_____

_____

88. ¿Cómo han sido capacitado el personal que participa en la Vigilancia epidemiológica?

_____

_____

_____

89. ¿Participa la DPS en la auditoria de las muertes materna?

_____

_____

_____

Gestión de Recursos

90. ¿Cuáles son las diferentes fuentes de financiamiento para la provincia y cuales estrategias esta implementando para optimizar la adquisición de recursos financieros?

_____

_____

_____

91. ¿Cuáles son las brechas más importantes en el manejo financiero?

(Nota para el entrevistador. Ponga la situación de que no hay recursos adicionales, solo con los fondos existentes)

_____

_____

_____

92. ¿Cómo esta apoyándoles el proyecto CDEx en manejo financiero?

(Nota para el entrevistador. Ponga la situación de que no hay recursos adicionales, solo con los fondos existentes)

_____

_____

_____

Pregunte y profundice sobre las respuestas recibidas	#	Que evidencia observo? Comentarios/observaciones
93. Capacitación del personal: a) hay un plan de capacitación y una evaluación de las necesidades de capacitación, de acuerdo a los protocolos actualizados, y estrategias e intervenciones prioritarias b) La capacitación se produce en forma aislada, pero no ligada a los protocolos actualizados, y estrategias e intervenciones prioritarias c) Hay un plan de capacitación y esta de acuerdo a los protocolos actualizados, y estrategias e intervenciones prioritarias, pero no se cumple a cabalidad d) Hay un plan de capacitación y evaluaciones continuas de las necesidades de capacitación en base a los protocolos actualizados, y estrategias e intervenciones prioritarias y se cumplen completamente		

94. ¿Cuáles capacitaciones ha recibido del proyecto?

_____

_____

_____

95. ¿ La DPS cuenta con una estructura, procesos y metodologías para la capacitación?

96. ¿La DPS cuenta con personas capacitadas como tutores y multiplicadores de las intervenciones del proyecto de CDEx?

97. ¿Cuáles son las capacitaciones prioritarias para difundir al resto de los establecimientos de salud en la provincia?

Redes programáticas de Salud Colectiva

98. ¿Cuáles son las brechas más importantes en la ejecución del rol del rector del sistema de salud?

99. ¿Cómo esta apoyándole el proyecto CDEx para asumir el rol de rectoría?

100. ¿Cuáles son las brechas más importantes en la gestión de los programas de promoción y prevención de la salud y el PAI?

¿Conoce de algún estudios de evaluación de buenas prácticas del PAI realizado en la región __, puede decirnos en que le sirve para su trabajo?

101. ¿Cual la cobertura de Vacuna del PAI, para la Provincia?

102. ¿Cómo esta apoyándole el proyecto CDEx para mejorar la gestión de estos programas?

_____
_____
_____

Plan de Manejo de Emergencias y Desastres

103. ¿Cuáles son las brechas más importantes en la preparación para emergencias y desastres?

_____
_____
_____

104. ¿Cómo está apoyándole el proyecto CDEx en la preparación para emergencias y desastres?

(Nota para el entrevistador. Si le menciona la formulación del Plan de Respuesta ante Emergencias y Desastres favor de pedirle que se lo muestre)

_____
_____
_____

105. ¿Cuáles planes tienen para seguir mejorando la preparación para emergencias y desastres?

(Nota para el entrevistador. Ponga la situación de que no hay recursos adicionales, solo con los fondos existentes)

_____
_____
_____

Estructura, funciones y capacidad	Si	Parcial mente	No	Comentarios/observaciones
106. ¿Hay un plan de manejo de emergencias y desastres?	☐	☐	☐	
107. ¿Hay un comité de emergencias funcionando?	☐	☐	☐	
108. ¿Hay un vínculo con el COE Provincial?	☐	☐	☐	
109. ¿La participación comunitaria está incluida dentro del plan de manejo de emergencias y desastres?	☐	☐	☐	

Proceso de Habilitación

110. ¿Tiene la DPS un comité de Habilitación?

_____

_____

_____

111. ¿Disponen de una guía o protocolo (Instrumentos de Inspección) para el proceso de habilitación?

_____

_____

_____

112. Describa el proceso de reconocer un centro como habilitado

_____

_____

_____

113. Cuántos de los establecimientos de salud en su provincia están habilitados?

_____

_____

_____

Lecciones Aprendidas

114. Si tuviera que replicar todo el proceso de Centros de Excelencia ¿Cuáles estrategias no funcionaron y cuales si, y que cambiaria?

(Nota para el entrevistador. Anote todo lo que diga)

_____

_____

_____

Muchas gracias por su participación

ANNEX 8. ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVES: HOSPITALES REGIONALES Y PROVINCIALES

EVALUACIÓN DE TÉRMINO MEDIO DEL PROYECTO CENTROS DE EXCELENCIA MATERNO INFANTIL

República Dominicana. Abril-Marzo, 2012

Entrevista a Informantes Claves: Hospitales Regionales Y Provinciales

La presente guía de entrevistas es para el personal de la los hospitales regionales o provinciales. Por favor seleccione entrevistar aquellas personas del staff que tiene más tiempo en el servicio y conoce sobre el proyecto "Centros de Excelencia Materno-Infantil." Por favor entreviste a la persona exhaustivamente, sin dejar ninguna pregunta sin contestar.

Las preguntas son semi-estructuradas y abiertas, es decir, se deben llenar las respuestas como las describa el entrevistado. En los casos de que sea si o no, serán como filtros para profundizar en el tema. Utilice su experiencia y criterio para profundizar en algunos temas si le parecen interesantes, pida mayor información o evidencia si es necesario.

Por favor use hojas sueltas si necesita expandir las respuestas, y adjúntelas con grapas al finalizar la entrevista.

Nombre del entrevistador:	_____	Fecha:	_____
Nombre del entrevistado:	_____	Posición/titulo:	_____
Distrito/provincia:	_____	Pueblo/ciudad:	_____
Nombre del hospital regional/provincial:			

Conocimientos generales acerca del proyecto:

115. Describa brevemente sus responsabilidades e involucramiento con el proyecto sobre CDEx desde mediados del 2009 a la fecha.

(Nota para el entrevistador: Profundice sobre su participación y por cuanto tiempo)

_____

_____

_____

Selección de los Centros de Excelencia (CDEx)

116. Explique el proceso competitivo que tuvo para ser seleccionado como Centro de Excelencia.

_____

_____

_____

117. ¿Esta de acuerdo con este proceso? ¿Como lo mejoraría, si tiene que recomendar a sus colegas para que apliquen?

_____

_____

_____

Planificación

118. Explique en que sentido cambió o mejoró su estilo gerencial gracias a las intervenciones del proyecto CDEx?

(Nota para el entrevistador. Explore sobre los conceptos de gestión para el cambio o Change Management?)

_____

_____

_____

119. ¿Explíqueme cuales fueron las conclusiones de la auto-evaluación que realizó el 2010 y el 2011? Cuales fueron las prioridades que determinó en esos mismos años?

¿Han elaborado memorias de participación al premio de la calidad, pueden mostrarlas?

¿Ha recibido y discutido informes de retorno de esta participación en el premio de la calidad, la ha discutido con su equipo

¿Cuáles fueron los objetivos estratégicos del plan de direccionamiento estratégico?

(Nota para el entrevistador. Explore sobre CAF- Common Assessment Framework)

_____

_____

_____

120. ¿Cual fue su plan para la mejora continua de la calidad, también para el 2010 y 2011?

(Nota para el entrevistador. Pida que se lo muestre)

_____

_____

_____

121. Pida que le explique: Cuales fueron los objetivos del plan de direccionamiento estratégico? Cuando fue aprobado el plan? Quien/quienes aprueban el plan?

(Nota para el entrevistador. Esta actividad usa otra metodología no es el CAF)

_____

_____

_____

122. Pida que le explique: ¿Cual es periodo del plan estratégico? ¿Cuando fue aprobado el plan? Quien/quienes aprueban el plan?

_____

_____

_____

123. ¿Cuáles estrategias y/o acciones se han realizado para cerrar brechas o debilidades identificadas en su plan operativo?

_____

_____

_____

Estructura, funciones y capacidad	Si	Parcialmente	No	Comentarios/observaciones Pregunte sobre los cambios en los últimos 2 años
124. ¿Tiene documentado el plan operativo? Muéstrelo por favour	☐	☐	☐	
125. ¿Se usan datos estadísticos (del hospital y su área de cobertura) para la priorización de actividades	☐	☐	☐	
126. ¿Incluyen estrategias especificas para la entrega de servicios del hospital?	☐	☐	☐	
127. ¿Tiene metas anuales (o el periodo que se usa)?	☐	☐	☐	
128. ¿Tiene un calendario de actividades?	☐	☐	☐	
129. ¿Tiene un presupuesto?	☐	☐	☐	

130. ¿Están en capacidad de desarrollar el próximo plan operativo? ¿Necesitan algún tipo de apoyo?

(Nota para el entrevistador: Si es si, o no, por favor elabore y especifique)

_____

_____

_____

Monitoreo, Evaluación y Sistemas de Información

131. ¿Cuáles son las brechas más importantes en la recolección, análisis y uso de información estratégico?

_____
_____
_____

132. ¿Cómo está apoyándole el proyecto CDEx en la recolección, análisis y uso de información estratégico?

_____
_____
_____

133. ¿Cuáles planes tienen para seguir mejorando la recolección, análisis y uso de información estratégico?

(Nota para el entrevistador. Ponga la situación de que no hay recursos adicionales, solo con los fondos existentes)

_____
_____
_____

Estructura, funciones y capacidad	Si	Parcialmente	No	Puede mostrarlo Si o no	Comentarios/observaciones Pregunte sobre los cambios en los últimos 2 años
134. ¿Hay una estructura organizacional documentada	☐	☐	☐		
135. ¿Se dedica todo el equipo a los sistemas de M&E y a manejar la información? La función solo se realiza si existe un equipo? O cada gerente debe manejar la información requerida para su toma decisión?	☐	☐	☐		
136. ¿Las funciones las realiza si existe un equipo de M&E, o cada gerente debe manejar la información requerida la toma decisiones?	☐	☐	☐		
137. ¿Hay un plan de capacitación en M&E que incluye a todo el personal del servicio?	☐	☐	☐		

Estructura, funciones y capacidad	Si	Parcialmente	No	Puede mostrarlo Si o no	Comentarios/observaciones Pregunte sobre los cambios en los últimos 2 años
138. ¿Existe personal asignado a la revisión de la calidad de la información (exactitud, integridad, oportunidad y confidencialidad) antes de enviar a la región y otros niveles?	☐	☐	☐		

Definiciones de indicadores y lineamientos para los informes	Si	Parcialmente	No	Puede mostrarlo Si o no	Comentarios/observaciones Pregunte sobre los cambios en los últimos 2 años
139. ¿Se ha documentado y compartido la definición de los indicadores del programa materno-infantil con el personal que trabaja en materno-infantil y genera los informes de progreso?	☐	☐	☐		
140. ¿Existe una descripción de las intervenciones de materno-infantil relacionados a cada uno de los indicadores medidos por el programa?	☐	☐	☐		
141. ¿Se evalúan periódicamente los indicadores del proyecto y se realiza retroalimentación con el personal del hospital?	☐	☐	☐		

Formatos y herramientas para recoger información y presentar informes	Si	Parcialmente	No	Puede mostrarlo Si o no	Comentarios/observaciones Pregunte sobre los cambios en los últimos 2 años
142. La información recogida a través del sistema de información, ¿es suficientemente precisa para medir el/los indicador/es y desagregados (p.ej. género, edad, etc.)?	☐	☐	☐		
143. Realiza su hospital análisis de datos en forma regular?	☐	☐	☐		
144. ¿Funciona el sistema informático peri-natal?	☐	☐	☐		

Gestión de Recursos

145. ¿Cuáles son las diferentes fuentes de financiamiento del hospital y cuales estrategias esta implementando para optimizar la adquisición de recursos financieros?

(Nota para el entrevistador.)

146. ¿Cuáles son las brechas más importantes en el manejo financiero?

(Nota para el entrevistador. Ponga la situación de que no hay recursos adicionales, solo con los fondos existentes)

147. ¿Cómo esta apoyándoles el proyecto CDEx en manejo financiero?

(Nota para el entrevistador. Ponga la situación de que no hay recursos adicionales, solo con los fondos existentes)

148. ¿Cuáles capacitaciones ha recibido del proyecto?

149. ¿El hospital cuenta con una estructura, procesos y metodologías para capacitar?

150. ¿El hospital cuenta con personas capacitadas como tutores y multiplicadores de las intervenciones del proyecto de CDEx? ¿En que áreas?

(Nota para el entrevistador. Especifique en que áreas tiene el personal/tutores)

151. ¿Cuáles son las capacitaciones prioritarias para continuar en el futuro?

_____

_____

_____

Atención Humanizada

Observe el ambiente del hospital y llene la siguientes lista

Estructura, funciones y capacidad	Si	Parcial mente	No	Puede mostrarlo Si o no	Comentarios, observaciones
152. ¿Las sillas para los pacientes son adecuadas (cómodas)?	☐	☐	☐		
153. ¿El área de espera es cerrada?	☐	☐	☐		
154. ¿Hay agua potable?	☐	☐	☐		
155. ¿Hay baño o letrina disponible?	☐	☐	☐		
156. ¿Hay un área para desechar los desechos? ¿Están clasificados?	☐	☐	☐		
157. ¿Hay posters (afiches) con información visible?	☐	☐	☐		
158. Si es así ¿El lenguaje es claro de entender?	☐	☐	☐		

Cuidados a la madre	Si	Parcial mente	No	Puede mostrarlo Si o no	Comentarios, observaciones
159. ¿El área de consulta tiene privacidad?	☐	☐	☐		
160. ¿Cuántos consultorios para control prenatal hay?	_____				
161. ¿Cuántos consultorios para control prenatal tienen ventilación?	_____				
162. ¿La iluminación es apropiada?	☐	☐	☐		
163. ¿Es un ambiente limpio?	☐	☐	☐		

Atención del Parto: Estadísticas del servicio

Anote las siguientes estadísticas:

(Nota para el entrevistador: Si el entrevistado no sabe estos datos, pídale al encargado de estadística. Si la información no esta disponible, marque ND)

	2010	2011	Puede mostrarlo Si o no
164. Numero total de pacientes (*solo registrados, no el numero de controles*) para control pre-natal			
165. Numero de partos vaginales atendidos (normales)			
166. Numero de partos vaginales – con complicaciones atendidos			
167. Numero de partos por cesárea			
168. Numero de muertes maternas			
169. Numero de muertes maternas auditadas?			
170. Causas de muerte materna: Eclampsia Hemorragia (en cualquier estadio) Infección (en cualquier estadio) Otros	…… …… …… …… ……	…… …… …… …… ……	…… …… …… …… …… …… …… …… …… ……
171. Numero de muertes neonatales			
172. Causa de muertes neonatales Prematuridad Sepsis Asfixias Otros (especifique)	…… …… ……	…… …… ……	…… …… …… …… …… ……
173. Numero de mujeres embarazadas transferidas a otro hospital			
174. Numero de parto que se realizo Manejo Activo			
175. Numero de partos realizado sin episiotomía			
176. Numero de resolución del post-aborto por AMEU			
177. Numero de parto que fuero inducidos			

Intervenciones Prioritarias

Indica si el hospital está implementado los siguientes intervenciones	Si	Parcial mente	No	Comentarios/observaciones Pregunte sobre los cambios en los últimos 2 años
178. Manejo Activo del Tercer Etapa del Parto	☐	☐	☐	
179. Cuidados Obstétricos de Emergencia	☐	☐	☐	
180. Ayudando a Bebes Respirar (ABR)	☐	☐	☐	
181. Madre Canguro	☐	☐	☐	
182. Prevención de sepsis neonatal	☐	☐	☐	
183. Prevención de Transmisión Vertical de VIH	☐	☐	☐	
184. Maternidad centrada en la familia	☐	☐	☐	
185. Atención post-aborto/parto	☐	☐	☐	

Mortalidad materna

186. ¿Hace auditorias sobre muertes maternas? Solicite la documentación

(Nota para el entrevistador. Indague sobre las muertes ocurridas en el ultimo trimestre de 2011. Verifique si esta la causa de la muerte, y que medidas se tomaron sobre la atención en el hospital)

_____

_____

_____

Mortalidad Infantil

187. ¿Hace auditorias sobre muertes infantiles?

(Nota para el entrevistador. Indague sobre las muertes ocurridas en el ultimo trimestre de 2011. Verifique si esta la causa de la muerte, y que medidas se tomaron sobre la atención en el hospital)

_____

_____

_____

Control de infecciones

188. ¿Cómo se monitorea las infecciones intrahospitalarias?

_____

_____

_____

189. ¿Cómo se monitorea el uso racional de antibióticos y medicamentos?

_____
_____
_____

190. ¿Tiene diseñada y señalada la ruta y horas de recoger los desechos?

_____
_____
_____

191. ¿Cual es el nivel de coordinación con el municipio para la recogida y disposición final de los desechos hospitalario? ¿Cómo esta funciona?

_____
_____
_____

Articulación entre los diferentes niveles

192. Descríbame por favor el sistema actual de referencia y contra-referencia

_____
_____
_____

193. ¿Como esta apoyándole el proyecto de CDEx en mejorar este sistema de referencia y contra-referencia?

_____
_____
_____

194. Descríbame por favor el sistema actual de traslado de pacientes.

_____
_____
_____

195. ¿Como esta apoyándole el proyecto de CDEx en mejorar este sistema de traslado de pacientes?

_____
_____
_____

Habilitación

196. ¿Este establecimiento está habilitado oficialmente? Si no, ¿Qué le falta?

_____
_____
_____

197. ¿Como esta apoyándole (o ha apoyado) el proyecto de CDEx en alcanzar la habilitación?

_____
_____
_____

Oficina de Atención al Usuario

198. ¿Cómo ha mejorado el desempeño de la oficina de atención al usuario? Enumere los pasos que han realizado para mejorar las OAU y los Archivos

(Nota para el entrevistador. Durante los últimos dos años)

_____
_____
_____

199. ¿Cómo está apoyándole el proyecto CDEx en la atención al usuario?

_____
_____
_____

Observe y anote los siguientes componente	Si	Parcial mente	No	Comentarios/observaciones Pregunte sobre los cambios en los últimos 2 años
200. ¿Tiene estantería para los expedientes clínicos? *(Describa su condición)*	☐	☐	☐	
201. ¿Están usando el software para la gestión hospitalaria automatizada?	☐	☐	☐	
202. Verifique si existe el ultimo reporte del sistema automatizado.	☐	☐	☐	

Sistema de Gestión de Suministro

203. ¿Cómo ha mejorado el desempeño del sistema de gestión de suministro? Enumere los pasos que han realizado para mejorar este proceso

(Nota para el entrevistador. Durante los últimos dos años)

_____

_____

_____

204. ¿Cómo está apoyándole el proyecto CDEx en la distribución de medicamentos e insumos?

_____

_____

_____

Observe y anote los siguientes componente	Si	Parcial mente	No	Comentarios/observaciones Pregunte sobre los cambios en los últimos 2 años
205. ¿Tiene estantería para los insumos médicos?	☐	☐	☐	
206. Describa las condiciones del ambiente (temperatura, limpieza, no le da la luz del sol directamente)	☐	☐	☐	
207. Verifique si hay un control de inventarios	☐	☐	☐	

Plan de Manejo de Emergencias y Desastres

208. ¿Cuáles son las brechas más importantes en la preparación para emergencias y desastres?

_____

_____

_____

209. ¿Cómo está apoyándole el proyecto CDEx en la preparación para emergencias y desastres?

_____

_____

_____

210. ¿Cuáles planes tienen para seguir mejorando la preparación para emergencias y desastres?

(Nota para el entrevistador. Ponga la situación de que no hay recursos adicionales, solo con los fondos existentes)

_____

_____

_____

Estructura, funciones y capacidad	Si	Parcialmente	No	Comentarios/observaciones
211. ¿Hay un plan de manejo de emergencias y desastres?	☐	☐	☐	
212. ¿La participación comunitaria está incluida dentro del plan de manejo de emergencias y desastres?	☐	☐	☐	

Participación comunitaria

213. ¿Cuáles estrategias se está implementando para aumentar la participación ciudadana en el mejoramiento del hospital?

_____

_____

_____

214. ¿Como esta apoyándole el proyecto de CDEx en mejorar este proceso de participación ciudadana?

_____

_____

_____

Lecciones Aprendidas

215. Si tuviera que replicar todo el proceso de Centros de Excelencia ¿Cuáles estrategias no funcionaron y cuales si, y que cambiaria?

(Nota para el entrevistador. Anote todo lo que diga)

_____

_____

_____

Agradezca por su participación y termine con la entrevista

ANNEX 9. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO. ENTREVISTAS A USUARIAS DE SERVICIOS MI Y PERSONAL DE SALUD

EVALUACIÓN DE MEDIO TÉRMINO: INCREMENTAR EL ACCESO A SERVICIOS MATERNO INFANTILES DE CALIDAD EN ÁREAS SELECCIONADAS DE LA REPÚBLICA DOMINICANA: COMPONENTE CUALITATIVO

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Entrevistas

Fecha: / /

Saludos:

Estamos realizando un estudio para conocer la percepción que tienen las mujeres sobre los diferentes servicios de salud materno-infantil que se ofrecen en este Hospital. Por esto le pedimos participar en una entrevista, a manera de conversación con la entrevistadora, lo cual le tomará aproximadamente media hora. Los temas de la conversación tienen que ver con las experiencias que usted u otras personas que conoce han tenido con los servicios que se ofrecen en este Hospital, incluyendo sus necesidades y sugerencias relacionadas con los mismos. La conversación será grabada en audio para facilitar su posterior procesamiento y análisis.

Su participación en este estudio no representa ningún riesgo para usted. Aun así, si alguno de los temas llega a causarle incomodidad, usted no está obligada a opinar al respecto, y tiene derecho a retirarse del estudio cuando lo desee.

Le aseguramos que toda la información que usted nos proporcione será manejada de manera confidencial, y sólo como grupo, nunca individual. La grabación de la conversación será identificada solamente con un número, sin incluir nombres ni señas que la identifiquen.

Su participación en todo momento debe ser voluntaria. Si bien no tendrá ningún beneficio directo por su participación, los resultados del presente estudio le ayudarán a las autoridades de este Hospital a tomar decisiones y proveer servicios de salud que mejor se ajusten a las necesidades de las mujeres que los utilizan. Si ha incurrido en algún gasto de transporte para llegar hasta acá, este le será rembolsado por nuestro equipo.

Este estudio no forma parte de los servicios ofrecidos por este Hospital ni por cualquier otra institución. Por lo tanto, usted no pierde ninguno de sus derechos vinculados a estos servicios por negarse a participar en ella. Si decide ayudarnos, le pedimos responder con la mayor sinceridad a cada una de las preguntas, y se sienta libre de expresarse.

Si tiene alguna observación o pregunta sobre este estudio o su participación en el mismo, puede hacerla ahora o, si así lo prefiere, puede contactar más adelante al Dr. Marcelo Castrillo, en el teléfono 829-873-8272. Usted recibirá una copia de este formulario de consentimiento para su uso personal. Si desea puede consultarlo con familiares, otros profesionales o amigos antes de firmarlo.

Si está de acuerdo con participar en la entrevista, bajo estas condiciones, por favor, **coloque su nombre y firma** en la línea señalada más abajo, para otorgar su **consentimiento informado**. Esto indica que ha decidido ser voluntario/a en el estudio, y que entiende el objetivo del mismo y sus derechos.

Nombre del/a entrevistador/a	**Nombre de la participante**
Firma del/a entrevistador/a	**Firma de la participante**
Si la participante es menor de 18 años y/o no sabe leer y escribir ►	**Nombre del/a testigo**
	Firma del/a testigo

ANNEX 10. TEMARIO/GUÍA DE GRUPOS FOCALES: PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD

EVALUACIÓN DE MEDIO TÉRMINO: INCREMENTAR EL ACCESO A SERVICIOS MATERNO INFANTILES DE CALIDAD EN ÁREAS SELECCIONADAS DE LA REPÚBLICA DOMINICANA

Componente Cualitativo (Grupo 3)
Temario / Guía de Grupos Focales Proveedores de Servicios de Salud

Actividades Preliminares

- Llenado de la ficha de participantes

FASE I. Presentación del grupo / introducción

- Presentación del facilitador / co-facilitador del grupo.
- Presentación / explicación de los objetivos de la discusión.
- Presentación de los participantes en el grupo
- Reglas de discusión (confidencialidad, participación equitativa, respeto mutuo, etc.)

FASE II. Desarrollo / Discusión de tópicos

216. Percepción general de la calidad de los servicios de salud materno-infantil que ofrece en el Centro, tomando en cuenta: (NOTA: en el caso de referirse a un servicio específico, como el Programa de Madres Canguro, orientar las preguntas a este servicio).

- Condiciones de la planta física (amplitud, higiene, adecuación, etc).
- Disponibilidad de equipos, materiales y suministros requeridos para la entrega de servicios.
- Manejo de normas y protocolos clínicos (diseño de protocolos, adecuación al contexto, familiaridad del personal con su existencia / contenidos, mecanismos de control, resultados percibidos, etc.)
- Bioseguridad y respeto al ambiente (Manejo de desechos, flujo de residuos, depósitos intermedios, vacunación del personal, etc.).
- Preparación del Hospital frente a posibles situaciones de desastre (rutas de evacuación, simulacros, Comité de Riesgo, etc.)
- Preparación y actitud de los recursos humanos involucrados en estos servicios.
- Desarrollo de actividades docentes / formación continua. Explorar el Centro de Capacitaciones y su funcionamiento en el Hospital.
- Actividades de IEC dirigidas a las usuarias (contexto, temas, personal encargado, etc.)
- Unidad de Atención a la Usuaria (funcionamiento actual, servicios provistos, etc.)

- Integración y unificación de esfuerzos entre diferentes Programas.
- Sistema de referencia y contra-referencia (interacción con centros de otro nivel de atención, traslado de pacientes, etc.)
- Principales obstáculos que encuentra el Hospital / proveedores de servicios en estas áreas.
- Partidas presupuestarias asignadas a estos servicios, en función de las necesidades sentidas.
- Estrategias a emplear para mejorar la calidad de estos servicios.

217. Integración comunitaria

- ¿Existe algún Comité Comunitario que se integra al trabajo de este Hospital? ¿Funciona?
  - ¿Cómo se vincula ese Comité al trabajo del Hospital? ¿Qué hace?
  - ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades de este Comité?
- ¿Funciona en el Hospital algún Comité de Ética? ¿De qué tipo? Describa su funcionamiento, fortalezas y debilidades.
  - Integra el Comité de Ética a algún representante de la Comunidad. Describa.
- ¿Se integra algún miembro de la Comunidad al Consejo Administrativo del Hospital? Describa el proceso de su reclutamiento, entrenamiento y la participación que tiene en el Consejo.
- ¿Se le explica a las usuarias sobre las condiciones del hospital, sus programas y estado financiero? ¿Considera necesario darles estas explicaciones? ¿Por qué?

218. Proyectos de USAID implementados en el Hospital

- A lo largo de los últimos dos años, ¿ha notado alguna diferencia en la provisión de servicios de salud materno-infantil en este Hospital? ¿En qué sentido? ¿A qué atribuye las diferencias observadas?
- ¿Se ha implementado algún Proyecto / Programa que ha incidido de manera importante en la calidad de servicios en este Hospital? ¿Cuál? ¿Con qué financiamiento?
- Se ha implementado alguna intervención financiada por USAID en este Hospital en los últimos años. ¿Cuál(es)? ¿En qué ha(n) consistido?
- ¿Cómo se han diseñado estas intervenciones? ¿Quién(es) participaron en la toma de decisiones al respecto? Explique.
- ¿Cómo evaluaría el impacto de las intervenciones financiadas por USAID en la calidad de servicios de salud materno-infantil en este Hospital? ¿Cuál destacaría como particularmente exitoso / poco exitoso? Explique cada caso.
- Especifique las fortalezas y las debilidades de las intervenciones auspiciadas por USAID en este Hospital.

- ¿Qué tipo de cosas podría hacerse para optimizar el impacto de estas intervenciones en el futuro? ¿Cuáles serían las necesidades del Hospital no cubiertas por estas intervenciones?
- Una vez no esté disponible el financiamiento del USAID, ¿cuáles son las perspectivas de que se mantenga el impacto de estas intervenciones en el Hospital? ¿Por qué? Identifique los factores que contribuyen / dificultan la sostenibilidad de estas intervenciones.

219. Evaluación general / sugerencias relativas a servicios de salud materno-infantil en el Centro

- Luces y sombras de los servicios de salud materno-infantil que se ofrecen en este Centro de salud.
- ¿Recomendaría los servicios que ofrece este Hospital a una amiga o familiar? ¿Por qué?
- Sugerencias con respecto a cómo mejorar los servicios en un futuro / posible papel de USAID.

FASE III. Cierre de la discusión

- Ofrecer la oportunidad de agregar comentarios sobre temas adicionales a las participantes.
- Asegurar con la co-facilitadora que no haya preguntas pendientes.
- Resumen de la discusión / agradecimiento.

ANNEX 11. TEMARIO/GUÍA DE GRUPOS FOCALES USUARIAS DE SERVICIOS DE SALUD

EVALUACIÓN DE MEDIO TÉRMINO: INCREMENTAR EL ACCESO A SERVICIOS MATERNO INFANTILES DE CALIDAD EN ÁREAS SELECCIONADAS DE LA REPÚBLICA DOMINICANA

Componente Cualitativo (Grupo 3)

Temario / Guía de Grupos Focales Usuarias de Servicios de Salud

Actividades Preliminares

- Consentimiento informado / Llenado de la ficha de participantes
- Entrega de gastos de transporte

FASE I. Presentación del grupo / introducción

- Presentación del facilitador / co-facilitador del grupo.
- Presentación / explicación de los objetivos de la discusión.
- Presentación de los participantes en el grupo.
- Reiteración de los contenidos del Consentimiento Informado / reglas de discusión.

FASE II. Desarrollo / Discusión de tópicos

220. Experiencia de las usuarias con servicios de salud materno-infantil en el Centro de Salud

- Servicios que conocen / han recibido / están recibiendo actualmente;
- Motivos para seleccionar este Centro (distancia, costo, costumbre, instalaciones, personal, etc.; explorar el contraste con los establecimientos privados);
- Disposición a recibir atención en el mismo Centro en un embarazo futuro;
- Preferencias en cuanto a otros servicios que les interesaría recibir en el mismo Centro.

221. Percepción y satisfacción con los servicios de salud materno-infantil recibidos en el Centro (NOTA: en el caso de referirse a un servicio específico, como el Programa de Madres Canguro, orientar las preguntas a este servicio).

- Facilidades para recibir los servicios (distancia, procedimientos, tiempo de espera, etc.);
- Gastos en los que tenían que incurrir para recibir la atención (pasaje, pago servicios, etc.);
- Limpieza y comodidad de instalaciones (salas de espera, internamiento, baños, agua corriente, etc.);
- Disponibilidad de equipos, medicamentos y otros materiales;

- Preparación y experiencia del personal que provee la atención (especificar servicio y tipo de personal);
- Trato del personal (especificar servicio y tipo de personal);
- Confianza con los/as médicos (explicación de servicios, empatía, posibilidades de hacer preguntas, consentimiento informado en diferentes procedimientos, etc.);
- Privacidad y confidencialidad de la información suministrada;
- Principales obstáculos para recibir servicios en el Centro / posibles formas de superarlos.

222. Experiencias específicas en el proceso de recibir servicios de salud materno-infantil

- Cuánto tiempo después de parto le acercaron a su niño. ¿Qué le pareció eso?
- Cómo manejaron el tema de lactancia materna después del parto. ¿Qué le pareció eso?
- Antes de salir del hospital, ¿le explicaron cuándo volver? Le dieron todas las vacunas que necesitaba su niño? ¿Le hablaron sobre planificación familiar?
- ¿Alguna ha tenido algún problema en su último embarazo, parto o con su bebe recién nacido? ¿Alguna amiga / conocida suya lo ha tenido? ¿Qué tipo de problema? ¿Cómo lo manejaron? ¿Qué le pareció eso?
- Si tiene alguna pregunta o duda sobre cómo funciona algún servicio en el Hospital, ¿a dónde se dirige? ¿Recibe siempre la información que necesita?
- Si tiene alguna queja relativa a los servicios de este Hospital, ¿sabe a quién dirigirla? Conoce a alguien que lo ha hecho? ¿Cuál ha sido la reacción del personal de salud frente a su reclamo? ¿Cómo describiría esa experiencia?

223. Informaciones recibidas en el Centro en el contexto de servicios de salud materno-infantil

- Cuidados prenatales (explorar signos de alarma, alimentación, preparación al parto, involucramiento de la pareja, etc.)
- Cuidados post-parto (explorar signos de alarma, visitas post-natales, espaciamiento embarazos, etc.)
- Cuidados infantiles (explorar lactancia materna, alimentación infantil, estimulación temprana, etc.);
- Métodos de planificación familiar;
- Infecciones de transmisión sexual / VIH y SIDA;
- Otros temas de relevancia / interés personal.

224. Participación comunitaria

- ¿Conoce algún Comité en su comunidad que se integra al trabajo de este Hospital? ¿De otro Hospital?
- ¿Cómo se vincula ese Comité al trabajo del Hospital? ¿Qué hace?
- ¿Participa alguna de ustedes en algún Comité de este tipo? ¿Cuáles son sus funciones?
- ¿Le han explicado alguna vez sobre las condiciones del hospital, sus programas y estado financiero? ¿Quién, cuándo, dónde? Si la respuesta es no, ¿le gustaría que alguien lo haga? ¿Por qué?

225. Evaluación de la experiencia / sugerencias relativas a servicios de salud materno-infantil en el Centro

- Luces y sombras de los servicios recibidos en este Centro de salud.
- Servicios que le gustaron más / menos. ¿Por qué?
- Si tiene más de dos años acudiendo a este Centro, ¿ha notado alguna diferencia en los servicios provistos? ¿En qué sentido? ¿A qué atribuye las diferencias observadas?
- ¿Recomendaría estos servicios de atención prenatal / parto a una amiga o familiar? ¿Por qué?
- Sugerencias con respecto a cómo mejorar los servicios recibidos.

FASE III. Cierre de la discusión

- Ofrecer la oportunidad de agregar comentarios sobre temas adicionales a las participantes.
- Asegurar con la co-facilitadora que no haya preguntas pendientes.
- Resumen de la discusión / agradecimiento.

ANNEX 12. GUÍA DE OBSERVACIÓN CUALITATIVA

EVALUACIÓN DE MEDIO TERMINO DEL RESULTADO 4 DE USAID REPÚBLICA DOMINICANA: INCREMENTAR EL ACCESO A SERVICIOS MATERNO-INFANTILES DE CALIDAD EN ÁREAS SELECCIONADAS

Guía de observación cualitativa

(Reportada por cada centro de salud visitado, con referencia a espacios dedicados a cuidados prenatales, atención al parto, post-parto, post-aborto)

Tópico		√	Aspecto		Descripción
01.	Impresión		a.	General	Detalles más prominentes / primera impresión / ambiente general del Centro.
02.	Instalaciones físicas		a.	Higiene	Impresión visual, olores, insectos, prácticas / frecuencia de limpieza.
			b.	Adecuación	Condiciones de amplitud, ventilación, temperatura, colores, iluminación, ruido, etc., tomando en cuenta el uso del espacio.
			c.	Servicios básicos	Instalaciones y disponibilidad de agua y luz, manejo de desechos, según las funciones del espacio.
			d.	Equipamiento	Muebles / equipos / materiales requeridos en cada espacio (presencia, cantidad, condiciones, funcionalidad, etc.).
			e.	Centro de Capacitaciones	Existencia, espacio físico, utilización, acceso del personal, equipamiento, etc.
			f.	Privacidad	Posibilidades de aislamiento acústico / visual, manejo del personal de salud (con usuarias y entre sí), manejo de registros médicos.
03.	Entrega de servicios		a.	Procedimientos	Condiciones establecidas para recibir servicios, claridad de procedimientos para las usuarias, costos, flujograma, tiempo de espera, tiempo de consulta, etc.
			b.	Personal	Horarios, disponibilidad, preparación, experiencia, etc.
			c.	Material educativo	Presencia, disponibilidad, calidad y uso de afiches, brochures u otro material educativo en los diferentes espacios.
			d.	Bioseguridad	Recursos disponibles, prácticas del personal, demandas de usuarias/as, etc.
			e.	Confidencialidad	Reglamentos institucionales y manejo de la información confidencial por parte del personal / usuarias, manejo de registros médicos, etc.
04.	Usuarias de servicios		a.	Perfil general	Apariencia, estado afectivo, procedencia, acompañantes, estimado del nivel educativo y socio-económico, comportamiento en los diferentes espacios, etc.

Tópico		√	Aspecto		Descripción
			b.	Interacción con el personal de salud	Actitud general, contacto visual, gestos, tono de voz, empoderamiento personal, demandas y reclamos expresados, etc.
			c.	Interacción entre usuarias	Actitud general, contacto visual, gestos, tono de voz, temas de conversación entabladas, patrones de asociación, niveles de confianza, identificación con el grupo, apoyo mutuo, etc.
05.	Personal de salud		a.	Perfil general	Apariencia, estado afectivo, preparación para las funciones desempeñadas, actitud en el trabajo, etc.
			b.	Interacción con las usuarias	Atención brindada, vocación de servicio, cordialidad, orientaciones provistas, gestos, contacto visual, etc.
			c.	Interacción entre el personal de salud	Actitud general, contacto visual, gestos, tono de voz, temas de conversación entabladas, patrones de asociación, niveles de confianza, identificación con el grupo, apoyo mutuo, etc.
			d.	Trato de personas y grupos estigmatizados	Actitudes, procedimientos y trato especial de personas de procedencia haitiana, PVVS, personas pobres, usuarias por complicaciones de aborto, etc.
06.	Comentarios espontáneos		a.	Instalaciones físicas	Comentarios relativos a tópicos y aspectos señalados en temas 01–05, emitidos por usuarias de servicios, acompañantes, personal de salud, etc.
			b.	Entrega de servicios	
			c.	Usuarias de servicios	
			d.	Personal de salud	
			e.	Otros temas relevantes	Planificación familiar, anticoncepción, VIH y SIDA, etc.

ANNEX 13. GUIDELINES FOR OBSERVER TEAMS 2011

RTF COLLABORATIVE SBA PROJECT

LAC Region

Background[1]

The Regional Task Force (RTF) on maternal-newborn health is undertaking a rapid assessment of skilled birth attendants (SBA) in selected countries in Latin America and the Caribbean region. You have been selected as an expert clinician (obstetrician or midwife) to observe SBAs in a variety of settings and countries. Five different Observation Tools have been prepared to guide your work on this project over the next few weeks. The five (5) tools are:

226. Demographic Form
227. Antenatal First Visit Form
228. Antenatal Repeat Visit Form
229. Labor Observation Form
230. Birth/Immediate Postpartum & Newborn Form

Directions for the use of each are as follows. The completion of these tools will come once you have discussed the project and selected the most likely health worker to observe who is considered an SBA in that setting.

Demographic Form

- Begin by reading through the entire form and ask methodology trainer any questions that arise. The more familiar you are with the form, the easier it will be to complete.
- Fill in date, province, district (if appropriate), and country.
- Check the number of the facility type that most closely fits the description of the facility where you are observing.
- Each individual health worker you observe requires a participant ID number. You will create the ID number using the first two boxes for the country code as noted on the attached sheet and the next three numbers for the facility code (leave blank as they will be filled in by Joyce Thompson once completed forms are received by her). The next three boxes are filled in by you, beginning with 001, 002, 003 depending on how many SBAs you observe in a specific setting.
- Each individual health worker you observe needs a completed demographic form by the time you complete your observation. The first part of the form includes permission to observe and assignment of Participant ID that needs to be completed before you start observing them. You will complete the demographic form with the health worker after the observation is finished.

[1] These draft questionnaires, March 2012 version, were used with the kind permission of the LAC Regional Maternal Mortality Reduction Task Force.

- Place the Participant ID number on the Demographic Form and each page of the observation tool you are using with that health worker.
- Fill in your name under Observer Name. If two are doing same observation, write down both names.
- Read through the first page of **Instructions to observer/evaluator** and be very familiar with the paragraph soliciting verbal informed consent.
- Note that instructions for how to fill in a particular item on the demographic form are written in the columns corresponding to that item. Some instructions require circling the response(s) that apply, others require filling in blanks.
- Item 009 on the demographic form requires you to read the introduction as written, and then ask each item 01-09 individually, recording a Yes or No response **in each column.**
- **Before thanking the health worker, review the demographic form and make sure each item has been completed.**

Antenatal First Visit Form

- Begin by reading through the entire form and ask methodology trainer any questions that arise. The more familiar you are with the form, the easier it will be to complete.
- Write the Participant ID number from the Demographic Form just completed for this observation on the top of each page of this Observation Tool.
- You already obtained verbal consent to observe from the health worker when completing the Demographic Form.
- Read through ***Instructions to Observer(s)*** and note that you are being asked to be selective in what you record from your observation of this first antenatal visit. You will also review the clinical record at the end of the observation visit and then offer your expert judgment with rationale on the quality of care given and the competence of the health worker observed. You may wish to review an antenatal record used in an individual setting in advance to become familiar with it or to determine if the CLAP clinical record content is being used.
- Remember that you have selected one health worker with ID number (no names, please) to observe and are only required to list any other category of worker who may have been incidentally involved in the antenatal visit; e.g., person who takes blood pressure or weighs the patient.
- The criteria for recording your observations are listed next as **Evaluation of performance**. Note that you will need to be familiar with WHO standards as well as country standards, if they exist, in order to judge whether the health worker completed the task or not in keeping with clinical standards. The **N/O** response is reserved for when you notice that the health worker **did not perform** an expected task or activity. If a specific item is not applicable to a given situation, use the **N/A** (not applicable) response.
- Record the time the observation started using the 24-hour clock; i.e., 0800 or 1400.

- Write down brief notes by a specific item that you want to follow up on with the health worker at the end of the observation.
- Item 112: Using your notes on specific items, proceed to question the health worker and write down responses.
- Item 113: This is a continuation of questioning with particular emphasis on "Was there anything in the facility that kept you from doing Y?"
- Item 114: This is time for the health worker to ask you anything about the observation. Remember you are NOT there to provide clinical consultation, so need to refer those questions to a senior member of staff if available.
- Record time that antenatal visit ended to determine how long the health worker spent with the pregnant woman.
- Record the time the observation ended after you thanked the health worker for allowing the observation and completed the demographic form.
- Request the clinical record before the health worker leaves your area so that you may confirm the accuracy and completeness of the health worker's charting under Item 111. This clinical record review may also give you additional insight for your judgment of health worker competence and the quality of care given.
- Items 115-116: Circle the best response to **OBSERVER RATINGS.**
- Item 117: Explain your justification (rationale) for each rating given in items 115-116. Note that "Needs improvement" under health worker competency implies that the person is competent in what you have observed, but could do better or be more timely in their caring.
- Item 118: There are often unexpected events that could interfere with providing antenatal care in a given setting. Please record anything that may have happened while you were there. Note: This is not related to lack of equipment or medications as this information should have been noted by the health worker in Item 113.
- Review the form for completeness before going on to the next observation.

Antenatal Repeat Visit Form

- Begin by reading through the entire form and ask methodology trainer any questions that arise. The more familiar you are with the form, the easier it will be to complete.
- Write the Participant ID number from the Demographic Form just completed for this observation on the top of each page of this Observation Tool.
- You already obtained verbal consent to observe from the health worker when completing the Demographic Form.
- Read through ***Instructions to Observer(s)*** and note that you are being asked to be selective in what you record from your observation of this repeat antenatal visit. You will also review the clinical record at the end of the observation visit and then offer your expert judgment with rationale on the quality of care given and the competence of the health worker

observed. You may wish to review an antenatal record used in an individual setting in advance to become familiar with it or to determine if the CLAP clinical record content is being used.

- Remember that you have selected one health worker with ID number (no names, please) to observe and are only required to list any other category of worker who may have been incidentally involved in the antenatal visit; e.g., person who takes blood pressure or weighs the patient.
- The criteria for recording your observations are listed next as **Evaluation of performance**. Note that you will need to be familiar with WHO standards as well as country standards, if they exist, in order to judge whether the health worker completed the task or not in keeping with clinical standards. The **N/O** response is reserved for when you notice that the health worker **did not perform** an expected task or activity. If a specific item is not applicable to a given situation, mark the **N/A** column.
- Record the time the observation started using the 24-hour clock; i.e., 0800 or 1400.
- Write down brief notes by a specific item that you want to follow-up on with the health worker at the end of the observation.
- Item 138: Pre-referral treatments are marked N/A if none of these items 01-05 happen while you are observing. However, if the complications do arise, fill in accordingly or if in a referral setting, fill in both Items 138 and 139.
- Item 139: Fill in only if observing in a referral setting and the conditions are observed.
- Item 141: Using your notes on specific items, proceed to question the health worker and write down responses.
- Item 142: This is a continuation of questioning with particular emphasis on "Was there anything in the facility that kept you from doing Y?"
- Item 143: This is the time for the health worker to ask you anything about the observation. Remember you are NOT there to provide clinical consultation, so need to refer those questions to a senior member of staff if available.
- Record the time that the antenatal visit ended to determine how long the health worker spent with the pregnant woman.
- Record the time the observation ended after you thank the health worker for allowing the observation and completing the demographic form.
- Request the clinical record before the health worker leaves your area so that you may confirm the accuracy and completeness of the health worker's charting under Item 140. This clinical record review may also give you additional insight for your judgment of health worker competence and the quality of care given.
- Items 144-145: Circle the best response to **OBSERVER RATINGS.**
- Item 146: Explain your justification (rationale) for each rating given in items 144-145. Note that "Needs improvement" under health worker competency implies that the person is

competent in what you have observed, but could do better or be more timely in their caring.

- Item 147: There are often unexpected events that could interfere with providing antenatal care in a given setting. Please record anything that may have happened while you were there. Note: This is not related to lack of equipment or medications as this information should have been noted by the health worker in Item 143.
- Review the form for completeness before moving on to the next observation.

Labor Observation Form

- Begin by reading through the entire form and ask methodology trainer any questions that arise. The more familiar you are with the form, the easier it will be to complete.
- Write the Participant ID number from the Demographic Form just completed for this observation on the top of each page of this Observation Tool.
- You already obtained verbal consent to observe from the health worker when completing the first section of the Demographic Form.
- Read through ***Instructions to Observer(s)*** and note that you are being asked to be selective in what you record from your observation of this laboring woman (women). You will also review the clinical record at the end of the observation visit and then offer your expert judgment with rationale on the quality of care given and the competence of the health worker observed. You may wish to review a labor record (partograph form) used in an individual setting in advance to become familiar with it or to determine if the CLAP clinical record content is being used.
- Remember that you have selected one health worker who is responsible for managing laboring women with ID number (no names, please) to observe and are only required to list any other category of worker who may have been incidentally involved in the care of the laboring woman visit; e.g., person who takes blood pressure or prepares pain medications.
- See **Observer note** about how to record observations when the health worker is responsible for managing the labor of more than one woman at the same time. Use the 'a,b,c' designation to reflect more than one laboring woman cared for by the health worker you are observing.
- The criteria for recording your observations are listed next as **Evaluation of performance**. Note that you will need to be familiar with WHO standards as well as country standards, if they exist, in order to judge whether the health worker completed the task or not in keeping with clinical standards. The **N/O** response is reserved for when you notice that the health worker **did not perform** an <u>expected</u> task or activity. If a specific item is not applicable to a given situation, mark the **N/A** column.
- Record the time the observation started using the 24-hour clock; i.e., 0800 or 1400.
- Write down brief notes by a specific item that you want to follow up on with the health worker at the end of the observation.

- Item 210: Space is left for your notes of any actions that needed to be taken and were taken by the health worker.
- Item 211: This is where you record information once the observation is over and you are reviewing the contents of the clinical record that the health worker charted.
- Item 212: Using your notes on specific items, proceed to question the health worker and write down responses.
- Item 213: This is a continuation of questioning with particular emphasis on "Was there anything in the facility that kept you from doing Y?"
- Item 214: This is the time for the health worker to ask you anything about the observation. Remember you are NOT there to provide clinical consultation, so need to refer those questions to a senior member of staff if available.
- Record the time the observation ended after you thank the health worker for allowing the observation.
- Request the clinical record before the health worker leaves your area so that you may confirm the accuracy and completeness of the health worker's charting under Item 211. This clinical record review may also give you additional insight for your judgment of health worker competence and the quality of care given.
- Items 215-216: Circle the best response to **OBSERVER RATINGS.**
- Item 217: Explain your justification (rationale) for each rating given in items 216-217. Note that "Needs improvement" under health worker competency implies that the person is competent in what you have observed, but could do better or be more timely in their caring.
- Item 218: There are often unexpected events that could interfere with providing antenatal care in a given setting. Please record anything that may have happened while you were there. Note: This is not related to lack of equipment or medications as this information should have been noted by the health worker in Item 213.
- Review the form for completeness before moving on to the next observation.

Birth/Immediate Postpartum and Newborn Observation Form

- Begin by reading through the entire form and ask methodology trainer any questions that arise. The more familiar you are with the form, the easier it will be to complete.
- Write the Participant ID number from the Demographic Form just completed for this observation on the top of each page of this Observation Tool. If this observation is a continuation to birth with the same health worker that managed the labor of the woman, use the same ID number. If the health worker being observed is a new person, you will need to go through the Demographic Form process first.
- You already obtained verbal consent to observe from the health worker when completing the first part of the Demographic Form.

- Read through ***Instructions to Observer(s)*** and note that you are being asked to be selective in what you record from your observation of this birth and immediate care of mother and newborn. You will also review the clinical record at the end of the observation visit and then offer your expert judgment with rationale on the quality of care given and the competence of the health worker observed. You may wish to review a labor and birth record (partograph form) used in an individual setting in advance to become familiar with it or to determine if the CLAP clinical record content is being used.
- Remember that you have selected one health worker who is responsible for attending the birth and immediate post-birth care with ID number (no names, please) to observe and are only required to list any other category of worker who may have been incidentally involved in the care of the birthing woman and her newborn; e.g., person who prepares oxytoxic or provides newborn and maternal care after 15 minutes.
- See *Note* about how to record observations when the health worker who attends the birth does NOT take care of newborn or postpartum woman during the first hour after birth. You can list the other health worker and care provided on the front of the Observation Tool, and use designation of 'a,b,c' on the actual items the other person performed.
- The criteria for recording your observations are listed next as **Evaluation of performance**. Note that you will need to be familiar with WHO standards as well as country standards, if they exist, in order to judge whether the health worker completed the task or not in keeping with clinical standards. The **N/O** response is reserved for when you notice that the health worker **did not perform** an expected task or activity. If a specific item is not applicable to a given situation, mark the **N/A** column.
- Record the time the observation started using the 24-hour clock; i.e., 0800 or 1400.
- Write down brief notes by a specific item that you want to follow up on with the health worker at the end of the observation.
- Item 232: Space is left for you to write down the time action line reached on the partograph as well as the time the health worker took action. If the action line was NOT reached, leave response columns blank.
- Item 233: This item will require N/A response if no need for action.
- Item 238: This item has three actions that should not be taken. If the health worker does one of these items you need to mark the No column.
- Items 241-243: These items reflect globally accepted detailed procedure for active management of the third stage of labor (AMTSL) and each step included.
- Items 249 and 253-254 may not occur during the observation so you will use N/A response if mother and baby are healthy.
- Item 255: This is where you record information once the observation is over and you are reviewing the contents of the clinical record that the health worker charted.
- Item 256: Using your notes on specific items, proceed to question the health worker and write down responses.

- Item 257: This is a continuation of questioning with particular emphasis on "Was there anything in the facility that kept you from doing Y?"
- Item 258: This is the time for the health worker to ask you anything about the observation. Remember you are NOT there to provide clinical consultation, so need to refer those questions to a senior member of staff if available.
- Record the time the observation ended after you thank the health worker for allowing the observation. Return to complete the rest of the Demographic Form with the health worker.
- Request the clinical record before the health worker leaves your area so that you may confirm the accuracy and completeness of the health worker's charting under Item 255. This clinical record review may also give you additional insight for your judgment of health worker competence and the quality of care given.
- Items 259-260: Circle the best response to **OBSERVER RATINGS.**
- Item 261: Explain your justification (rationale) for each rating given in items 259-260. Note that "Needs improvement" under health worker competency implies that the person is competent in what you have observed, but could do better or be more timely in their caring.
- Item 262: There are often unexpected events that could interfere with providing antenatal care in a given setting. Please record anything that may have happened while you were there. Note: This is not related to lack of equipment or medications as this information should have been noted by the health worker in Item 257.
- Review the form for completeness before moving on to the next observation.

Note: You will have already filled out the first part of the Demographic Form for this observation and need to make sure the participant number filled in on that form matches the participant number on this form.

Assign a new participant number with a new Demographic Form completed if the health worker attending the birth is NOT the same person observed during the labor assessment.

Instructions to observer(s): As an experienced clinician, you will take in many aspects of both health worker behaviors/actions as well as critical aspects of the environment of care. However, you will record for this rapid assessment <u>only</u> the observations detailed below. In addition to completing the Demographic Form and specific observations below, please do the following:

231. Write down questions related to the specific observations you make to guide your discussion of care given with the health worker at the end of the observation period. If there is no time to talk with the health worker, include your questions on the Observation Form without responses with notes as to why you wanted to ask such questions.

232. At the end of the observation, review the birthing woman's clinical record (chart) related to this observation to determine the completeness of care given, the accuracy of recorded findings, and the appropriateness of the plan for follow-up care. [Fill in question # 255 related to review of clinical record.]

233. After discussion of the observation with the health worker and review of the birthing woman's record, record your clinical judgment on both the quality of care given and the competency demonstrated by the health worker in this situation.

234. Note whether the setting is using the CLAP perinatal clinical record and the new neonatal record.

Yes _____ No _____

235. If appropriate, ask why the setting is NOT using the CLAP clinical records.

236. Remember that you are recording only the selected observations on this tool that are a subset of what the health worker(s) will be doing.

BIRTH AND IMMEDIATE POSTPARTUM-NEWBORN PERIODS

[Note: Some of tasks may be performed simultaneously or by more than one health worker in a setting, If this happens, note the category of health worker performing the specific task on the observation tool at the end of the tool. Record only the actions of the primary health worker attending the birth of the baby.]

If other health workers did a specific task during this visit, such as giving oxytocin or newborn care, please list that category of health worker and what they did directly on the observation form.

Evaluation of Performance:

Mark the corresponding box with an "X" according to the following definitions

Yes Task or activity is performed satisfactorily in compliance with country and/or WHO standards

No Task or activity is performed unsatisfactorily – not in compliance with country and/or WHO standards

N/O Did not perform expected task or activity during the observation

N/A Not applicable during this observation

Time observation started: _____ Use 24-hour clock to record time

Record day of week observation took place _____

No.	Knowledge, Skills, Behavior (task)	Yes	No	N/O	N/A
231	Treat the mother and newborn with respect at all times				
232	Birth imminent	Yes	No	N/O	N/A
	01-if action line reached, note time _____				
	02-no partograph filled out				
233	What definitive action was taken?	Yes	No	N/O	N/A
	01- prepared for normal birth				
	02- consulted with specialist if needed				

No.	Knowledge, Skills, Behavior (task)	Yes	No	N/O	N/A
	03-prepared for assisted delivery				
	04-prepared for C-section				
	05-other action – explain				
234	Puts on clean, protective clothing in preparation for birth that protects face, hands, and body from contact with body fluids	Yes	No	N/O	N/A
235	Prepares uterotonic drug to use for active management of third stage of labor (AMTSL) Health worker: _____	Yes	No	N/O	N/A
236	Wears high-level disinfected or sterile gloves for vaginal examinations and delivery	Yes	No	N/O	N/A
237	Prepares for immediate care of the newborn	Yes	No	N/O	N/A
	01-suction bulb				
	02-dry/warm blankets				
238	Safely attends birth	Yes	No	N/O	N/A
	01-clean technique				
	02-supports infant body as delivered				
	03-used vacuum/forceps only on indication				
	04-DOES NOT use fundal pressure				
	05-DOES NOT cut episiotomy if not indicated				
	06-DOES NOT clear infant nose with head on perineum in absence of meconium fluid				
239	Clears newborn airway once body delivered	Yes	No	N/O	N/A
240	Immediate newborn care *Health worker category:* _____	Yes	No	N/O	N/A
	01- checks newborn's respirations and heart rate				
	02- dries infant & covers infant with warm, dry blanket				
	03- Places infant on mother's chest, skin to skin, and covers both for warmth				
	04- takes newborn temperature before infant leaves the delivery area				
241	Procedure: Active Management of the Third Stage of Delivery	Yes	No	N/O	N/A
	01-palpates the abdomen and rules out presence of another fetus before continuing.				
	02-administers 10 units of IM oxytocin immediately after birth of infant. If oxytocin is not available, administers 0.2 mg of ergometrine (NOT in preeclamptic/eclamptic women) or prostaglandins p.o.				

No.	Knowledge, Skills, Behavior (task)	Yes	No	N/O	N/A
	03-clamps and cuts the umbilical cord (clamps near the perineum) when cord stops pulsating.				
	04-with one hand, maintains slight tension on the cord and waits for a uterine contraction if placenta not detached from uterine wall				
	05-applies controlled traction to the cord so as to deliver the placenta: Pulls gently, firmly, and uniformly while applying counter pressure above the pubis to prevent uterine inversion.				
	06- slowly delivers the placenta, supporting it with both hands. Extracts the membranes gently with lateral movements.				
242	Checks to see if the placenta & membranes are whole and intact.	Yes	No	N/O	N/A
243	After inspection of the placenta and membranes, immediately massages the uterine fundus through the abdomen until the uterus contracts. Ceases to massage uterus *after* confirming that the uterus is firm (contracted).	Yes	No	N/O	N/A
244	Carefully examines the woman and repairs cervical or vaginal tears, or repairs the episiotomy.	Yes	No	N/O	N/A
No.	Immediate Care of PP Woman *Health Worker Category* _____	Yes	No	N/O	N/A
245	Monitors maternal fundus/bleeding every 15 minutes during first 2 hours post-birth				
246	Promotes maternal-infant bonding and immediate, exclusive breastfeeding				
247	Monitors maternal and newborn status every 15 minutes for the first 2 hours post-birth				
248	Performs eye prophylaxis for newborn				
249	Manages severe postpartum bleeding if present	Yes	No	N/O	N/A
	01-vigorous massage of uterus				
	02-IV fluids with uterotonic drug				
	03-bimanual compression of uterus				
	04-blood transfusion on indication				
	05-aortic compression on indication				
250	Orders syphilis test and treats if indicated	Yes	No	N/O	N/A
251	Care of preterm/low birth weight infant without breathing problems				
252	If in first level facility, referral of newborn with signs of severe illness, injury, or malformation				
253	If in referral facility, manage care of newborn with severe problems *Health Worker category* _____	Yes	No	N/O	N/A
	01-preterm baby with breastfeeding problems				

No.	Knowledge, Skills, Behavior (task)	Yes	No	N/O	N/A
	02-severe infection				
	03-severe birth asphyxia				
254	If in referral facility *Health worker category:* _____	Yes	No	N/O	N/A
	01-perform C-section on indication				
	02-hysterectomy on indication				
	03-blood transfusion for severe anemia				
255	Charting complete and accurate				
	01-noted time of birth of infant				
	02-noted time of birth of placenta				
	03-noted Apgar scores or other methods of determining immediate transition of newborn to extrauterine life				
	04-noted any treatment given to mother, including medications				
	05-noted any treatment given to newborn, including medications				
	06-noted any complications and treatment given				

Open-ended Questions to Discuss with Health Care Worker As Time Allows:

256. [Observer note: write the questions you asked and the responses of the health worker. Use back of paper as needed.]

257. **Sample questions:** May wish to ask such questions as:

Please tell us/me why you did X (fill in from observation)?

Was there anything in the facility that kept you from doing Y (fill in from observation)?

258. Do you have any questions for us? *(**Observer note:** Record questions asked)*

[Observer note: Return to demographic form to complete it with the health worker. End observation session by thanking the health worker for their time and cooperation. Remember to ask for the clinical record so that you can fill in question related to record review.]

Time observation ended _____ Use 24-hour clock

OBSERVER RATINGS (clinical judgment) Circle best response

259	Observed quality care	Yes	No
260	Level of health worker competency observed	Competent	Needs improvement

261. **Observer:** Please give a brief justification of your ratings on quality of care given and health worker competency. (Use back of paper if needed.)

262. **Observer:** Note any facility problem that may have interfered with the health worker's ability to give care (e.g., power outage).

OBSERVER NOTE: Please fill in a demographic form for each health worker observed. Assign consecutive participant ID numbers in **each site** visited (codes for each country and type of facility are on Observer Guidelines). Do not enter the name of the participant anywhere on this form. In order to match each observation to the participant ID number, make sure you record the participant ID number on each observation form.

Date:								

Day Month Year

Check (X) Facility Type:

_____(1) Community facility without maternity beds

_____(2) Community facility with maternity beds

_____(3) Referral level facility : (list type) _____

_____(4) Urban

_____(5) Rural

_____(6) Private

_____(7) Public

Other (list) _____

Participant ID No.			_							

Country Facility Participant number

Observer(s) Name(s):

Instructions to the Observer/Evaluator

Find a health worker involved in delivery of services in this setting who is considered a skilled attendant by the facility and proceed to obtain verbal consent for the observation. You should also obtain consent from the client when possible. Make sure the health worker understands that you are there to observe and not to serve as 'experts' to be consulted during the session. In addition, please tell the provider that you cannot talk with him/her during the observation period.

Please read the following statements aloud following as close to this script as possible, without adding or leaving out anything. This will avoid bias and provide each participant with the same orientation.

"Good morning/afternoon Dr, Mr., Ms. _____,

"Welcome and thank you for agreeing to meet with us today. My name is _____ and my colleague's name is _____. We are part of a project interested in observing maternal and newborn care in various countries in the LAC region and have received permission to do this from the health authorities in your country. We would like your permission to observe your consultation with/care of pregnant women for the next hour or so as you attend women or newborns during [antenatal, intrapartum, postpartum] care. Any information gathered today will be combined with information gathered from other similar settings and countries. Your name or the name of the pregnant women will not be recorded. All information gathered will maintain the confidentiality of this site and yourself. We will not interrupt your care, but will ask questions at the end of our time with you for clarification of anything we observed. You will also have time to ask any questions of us. Please note that we cannot talk with you or the pregnant woman while we are observing.

Your participation is voluntary. Are you willing to give oral permission to talk with us and to allow us to observe your practice and talk with you at the end of the observation?"

[If the respondent says 'No', thank him/her for their time and locate another health worker to observe in the same setting. If the respondent answers 'Yes' please proceed to request permission of the pregnant woman and then proceed with the observation.]

Please proceed with the observation and then return to this form to complete the information.

****

Observer note: Please circle the indicated response or fill in blanks as requested.

PROVIDER DETAILS (for use in all settings)

No.	Question/Observation	Please Circle Response Number
001	What is your professional background? *(Observer note: May need to read the categories and ask individual which ones correspond to them. Circle all that apply.)*	Midwife …….….1 General Nurse …….…….…2 Maternal-Infant Nurse Specialist …..….3 Obstetrician …….…..4 Pediatrician …….…...5 Medical doctor (general practitioner).. 6 Obstetric resident physician……...7 Auxiliary midwife …….….….8 Auxiliary nurse…….….….9 Empirical/traditional midwife …….....10 Other (specify) _____11 _____
002	How many years has it been since you received your first professional qualification? If you have a second professional qualification, how many years ago did that occur?	Years:_____ Months:_____ Years:_____ Months:_____
003	How many years of formal schooling have you completed, beginning grade one?	Please fill in actual number below _____ years
004	How many months/years of formal training did you have to provide prenatal care, attend births,	Please circle response #1 or record actual

No.	Question/Observation	Please Circle Response Number
	and provide immediate newborn care? (*Observer Note: may rephrase as "have in midwifery knowledge, skills, & professional behaviors?" The classification is in terms of 'midwifery' training even if the participant is not a midwife.* *You may find that an individual was prepared for providing prenatal or postpartum/newborn care but not to attend births. If so, please write in which area the preparation occurred.)*	number
		No midwifery training……1 _____ years _____months
005	Do you attend births?	Please tick actual response
		Yes _____ No _____
006	If you attend births, how many births have you attended in the past 6 months?	Record actual number _____
007	How many years have you been working as a health worker providing: *(Observer note: circle all clinical areas that match the observation site.)*	Please record actual number of years
		Antenatal _____ years Intrapartum _____ years Postpartum _____ years Newborn _____ years
008	How long have you worked in this facility and setting?	Record in months _____ and years _____

Please continue on the next page.

009 Most likely specific emergency situations will not occur while I am observing your care of a pregnant woman. Please respond yes (Y) or no (N) to the following questions related to specific emergencies. For each one I will ask whether (1) you have learned this, (2) you have the skills to do this, (3) you are authorized to do this in your country, and (4) when was the last time you did this.

Selected life-saving skills for emergency situations	Learned this	Have skills to do this	Authorized to do this	Last time I did this (date)
01—Start IV				
02—Administer parenteral antibiotics for infections				
03—Administer parenteral oxytoxics for vaginal bleeding, postpartum hemorrhage				
04—Administer magnesium sulfate and calcium carbonate on indication for severe pre-eclampsia or eclampsia				
05—Perform forceps- or vacuum-assisted delivery				
06—Perform manual removal of placenta				
07—Remove retained products of conception using manual vacuum extraction (MVA)				
08—Perform bimanual uterine compression for postpartum hemorrhage				
09—Perform newborn resuscitation for depressed baby				

Observers, please say: "Thank you for answering these questions."

ANNEX 14. RESULTADOS DEL EQUIPO EVALUACIÓN EQUIPOS DE GESTIÓN EN HOSPITALES

RESUMEN DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS Y LA APLICACIÓN DE LAS ENTREVISTAS EN 6 HOSPITALES DEL PROYECTO CENTROS DE EXCELENCIA MATERNO INFANTIL.

PREPARADO POR EL EQUIPO No. 2

Dr. Rafael Montero De oleo
Dr. Donatilo de los Santos

Presentacion

En el marco de la evaluación de medio término del proyecto centros de excelencia en materno infantil y la conformación de los equipos de trabajo, en donde se delegaron responsabilidades a los diferentes equipos conformados, los cuales tuvieron como base para la formación, las competencias y experiencias laborales.

Se conformaron 4 equipos y cada uno de ellos se dirigió al campo en donde se ejecutan las acciones del proyecto, con el propósito de recabar las informaciones y datos pertinentes al proceso de ejecución.

El informe o relatoría que a continuación se presenta es el resultado del trabajo realizado por el equipo dos, que durantes los días 5 al 9 de marzo, se desplazaron por los distintos establecimiento, previo contactos con los equipos de gestión y con ellos en el campo se realizaron una entrevistas, utilizando una guía dirigida, a la cual se le agregaban preguntas, según el interés y el nivel de respuesta de los entrevistados.

El trabajo de levantamiento tuvo dos fase, una primera que fue la entrevista como proceso en si, para lo cual se entrevistaron a los informantes claves que eran los miembros del equipo de gestión del hospital y luego de concluida esa fase de pasaba a la verificación mediante observación de las distintas áreas intervenidas por el proyecto.

Todos los equipos entrevistados dieron toda su colaboración y pusieron su empeño para que los evaluadores realizaran su trabajo, de tal suerte que los datos y opiniones vertidas en este informe son de la entera responsabilidad de los evaluadores y no necesiamente las opiniones descrita aquí, deberán coincidir con otras evaluaciones, aunque en sentido general si se espera que si.

La sugerencias y comentarios hecha al proyecto, son apenas parte de las percepciones del equipo que esperamos estén contribuyendo al fortalecimiento del las acciones del sistema.

Nuestro agradecimiento a cada uno de los participantes en las entrevistas, en este proceso.

237. Sistema de Gestión de Suministros

En cuanto a las observaciones realizadas y las preguntas de la guía, en los 6 hospitales se observo que el mejoramiento del sistema de gestión de suministros ha sido implementado en el cien por ciento de los hospitales, en todos se verifico que existen las estanterías para la organización de los almacenes, señalizados, climatizados, materiales e insumos identificados, con relación a

medicamentos también se verifico que existe la distribución para hospitalización con el sistema de dosis única.

Se verifico la instalación del software SIGHO el conocimiento y empoderamiento del uso del software, para la gestión de suministros

En uno de los centros visitados, se identifico como un elemento de resistencia a los equipos de enfermería, que se resisten al sistema de dosis única, todavía prefieren despachos en volúmenes.

En dos de los centros se verifico que no se han instalado los termómetros y se manifestó una contradicción en cuanto al manejo de la oxitoxina, refiriéndose que alguien había comentado que se podía mantener fuera de la nevera.

238. Gestión Clínica

En cuanto a la medición de la gestión clínica, y las preguntas de la guía, se verifico que en todos los centros se han realizado capacitaciones en AMEU, COEM, EBR, BIOSEGURIDA, socialización de NORMAS Y GUIAS CLINICAS, sistemas de información entre otros que impactan positivamente la gestión clínica.

Se verifico que existe una guía de Monitoreo y Evaluación en Emergencias Obstétricas y Neonatales, la cual ha sido aplicada solo por una de las tres DPS, que fueron visitadas, los informantes claves entrevistados hicieron referencia a que usan los indicadores de atención para la toma de decisión, en todos los centros visitados excepto uno, presentaron los indicadores señalados por el proyecto para el monitoreo y evaluación del desempeño de los centros de excelencia.

Observamos que tienen los registros, en algunos centros más organizados que en otros, en el sentido de tenerlo identificados oportunamente.

En todos los centros se verifico que se realizan las auditorias de las muertes maternas y tienen formado y funcionado el comité de morbilidad materna extrema y el uso del sistema de información perinatal está siendo implementado en todos los centros, con debilidades en cuanto al registro de las informaciones sobre el llenado correcto de la historia clínica perinatal, en el componente de hospitalización, en la mayoría de los centros el proceso de digitación se realiza en la oficina de Atencion al usuario y en uno de los centros se realiza en la misma área de hospitalización; Todos los centros tienen formado los comités de bioseguridad.

Otras evidencias fueron observadas por el equipo de olga y pets.

239. Referencia Contrarreferencia y traslado

El aspecto de referencia y contra referencia, medido por la evaluación, se indago sobre como hace el hospital la gestión del proceso de referencia y contra referencia y en todos los centros se observo que existe una gran debilidad, en cuanto al proceso, se han diseñada, funcionan precariamente para referencia, sin embargo la contra referencia ha funcionado muy poco, en una de las entrevistas refirieron, que la contraferencia solo ha funcionado en el 3% de los casos, en esta región se ha desarrollado, un sistema de digitalización de los instrumentos.

En cuanto al proceso, los centros refirieron que cuando tienen necesidad de trasladar algún pacientes le hacen su historial para referirlos, hacen un contacto telefónico con el centro que será receptor del paciente, si tienen cama disponible se completa el proceso, que siempre se

envía usando regularmente una ambulancia propia o prestada y son enviados acompañados por un profesional (enfermera y/o medico)

Los centros hicieron referencia que han recibido capacitación del proyecto en este aspecto, sin embargo todavía ser verifica una gran resistencia de parte del profesional médico, pues el instrumento requiere completarla con información médica, y que los profesionales se resisten a escribir en los expedientes.

240. Gestión por Procesos

En cuanto a la gestión por procesos en todos los centros hicieron referencia a que están desarrollando esta iniciativa en estos momentos, en la capacitación y en la definición de los mismos, coincidimos los evaluadores en uno de los centros con la capitación de gestión por procesos.

241. Gestión de Riesgo y bioseguridad

En cuanto a la gestión de Riesgos y Bioseguridad, la evaluación del proyecto consistió en la verificación de las iniciativas que se habían implementado en el nivel de los hospitales en ese sentido se verifico que todos los centros habían recibido capacitación para el tema de gestión de riesgos y bioseguridad.

Las iniciativas estuvieron focalizada en mantener el control de todos los tipos de desechos que se producen en el centro, realizando una separación del material de riesgo del material biológico en ese sentido se verifico que en todos los centros, excepto uno se realizo un esfuerzo inicial de realizar una limpieza profunda en el centro en la cual participaron algunas instituciones locales como el cuerpo de bomberos y según refieren algunos centros se planificar su realización periódicamente.

La implementación el plan de bioseguridad implico la adquisición de equipamientos, algunos de los cuales el proyecto, los suministro y en otros el hospital debía hacerlo, sobre todo lso zafacones, en tal sentido uno de los centro explico que no habían completado el proceso por falta de estos recursos.

Todos los centros señalaron que fueron capacitados en bioseguridad pero presentan debilidades en la clasificación de los desechos hospitalario y en el destino final se ponen juntas todas da las fundas

Se implementaron las rutas, se observaron los rótulos de áreas restringidas entre otros aspectos, sin embargo en cuanto a la disposición final de los desechos se observan todavía debilidades, pues probablemente el proyecto no contempla la rehabilitación de áreas para depósitos y los centros no han realizado estas inversiones, observamos que en uno de los centros visitados este proceso está en construcción y en otro ya realizaron las adecuaciones de los depósitos intermedios, sin embargo en todos centros todavía observamos la mezcla de fundas rojas y fundas negras.

Lo que se evidencio es que en todos los centros excepto en uno, no estaban identificados los horarios de la ruta.

Este proyecto implicaba una intervención de la gestión de estos desechos para lo cual era necesario hacer algún tipo de acuerdo con los gestores municipales, en este sentido se verifico que en los centros se habían realizado acuerdos y trabajado con el municipio, capacitación,

vacunación, entre otros. En este aspecto en los municipios menores, se verifico que estos hicieron las inversiones en la creación de la fosa especial para el depósito final de los desechos.

Se evidencio que los hospitales se han reunidos y llegado a acuerdo con la municipalidad, pero falta dar seguimiento, comprobar que los acuerdos se están o tan ejecutados.

Todos tienen comité de bioseguridad, pero por las debilidades encontradas, nos hacen sospechar, sin embargo que no están funcionando a plena capacidad.

6.Participación comunitaria.

En cuanto a participación comunitaria, las actividades del proyecto evaluadas es como el hospital estaba realizando estas gestiones, en cuanto a este aspecto se verifico que se ha capacitado con énfasis en la constitución del consejo de administración hospitalaria, según referencia de los informantes claves, se han realizado las capacitaciones, se han constituido los consejos con la participación de instituciones de la sociedad civil, iglesias, etc.

No verificamos ninguna acta del Consejo, lo que nos hace sospechar que se constituyeron, sin embargo no están funcionando a plena capacidad. No detectamos ninguna otra acción que haga referencia a participación comunitaria.

7. Sistema de Monitoreo de Emergencias y Desastres

Una de las intervenciones del proyecto ha sido trabajar con planes de emergencia y desastres para las instituciones hospitalarias, asumiendo que estas deben ser las instituciones que mejor deben estar preparadas para hacer frente a cualquier contingencia derivada de una situación de emergencia o desastre.

Como todas las intervenciones del proyecto, esta se ha realizado con la participación de la instancia del nivel central, regional y/o local, en caso de los planes de emergencia y desastres, se evidencio que ha existido, aparentemente dificultades de coordinación, celos institucionales, pues en los hospitales visitados, este componente se ha comportado de manera variada.

En 4 de los 6 centros visitados existen los planes elaborados, en dos de ellos se han realizado, simulacros, en dos de ellos no se han realizados los planes de emergencia, los que tienen plan de emergencia y desastre tienen diseñada la ruta de evacuación y punto de encuentro(pero no señalizado), algunos centros comentaron que se han presentado dificultades de coordinación, pues desde el área central del ministerios (atención a desastres y emergencias) han dicho que esa es su responsabilidad y que no podía hacer ninguna intervención sin la autorización de ellos.

La iniciativa de emergencias y desastres, ha tenido dificultades de implementación, se ha quedado en la capacitación y elaboración del plan.

8. Sistema de Monitoreo & Evaluación

Con relación al desarrollo del proceso de Monitoreo & evaluación, todos los centros hicieron referencia a la existencia de indicadores, sin embargo no lo han manejado como parte de la cultura institucional de análisis de los datos para la toma de decisiones, aunque de una u otra manera lo realizan.

Están realizando de manera sistemática el levantamiento y registro de los indicadores de desempeño del proyecto sin embargo deberían tener establecido el sistema de monitoreo & evaluación, pero no lo tienen, dicen que requieren capacitación y el desarrollo de un sistema de

monitoreo & evaluación, como parte del proceso de medición permanente del sistema de garantía de calidad

9. Proyecto oficina atención al usuario.

Uno de los puntos luminosos y de los cuales se sienten más orgullosos todos los centros es la llamada Oficina de Atencion al Usuario, en este sentido el proyecto apoyo en el desarrollo de toda la estrategia, aporto infraestructura, capacitación y equimiento para el funcionamiento de las oficina, el personal tiene alta motivación para el trabajo que están realizando. Se evidencio el nivel de organización de los expedientes clínicos, de los sistemas de registros, del software desarrollado (SIRS).

Se observa el impacto del proyecto en cuanto a la imagen institucional, la eliminación de registros duplicadas, que en algunos casos se reportaron hasta 17, expedientes para una sola persona, todo esto ha sido superado, dicen los informantes claves da

En dos hospitales se ha desarrollado la oficina de admisión, en uno de los hospitales están intentando implementar la oficina de admisión, pero en cuanto eso se produce, para mejorar el acceso de la información a los médicos, están dejando los records de las pacientes que están en consulta prenatal en el área de emergencia, al momento de cumplir las 36 semanas, como una forma de conseguir que cuando la paciente se ingrese, tenga su record.

Con esto se evita el desconocimiento de las historias previas y la detección de un posible factor de riesgo.

OTROS

11. Proceso De Selección, Induccion, Autoevaluacion Caf Y Preparacion

El proyecto inicio con una nueva modalidad, en la cual se procedió a un proceso de selección interna, entre los centros del ministerio, para lo cual fueron convocados un numero de centros, este datos está disperso, cada informante clave da un dato de cuantos participaron, lo único que es sistemático, es que del primer proceso se preseleccionaron 27 y de estos 10, que son los que actualmente reciben los beneficios del proyecto Centros de excelencia materno Infantil.

La información inicial que recibieron fue del la oficina de proyecto junto al ministerio, de que se iniciaría un proyecto que tendría una intervenciones, que no conocían, refirieron algunos informantes claves y que los que se interesaban, tenían que concursar, se les suministro una guía de preparación de la memoria para la presentación.

Con esta memoria y el requisito mínimo de que tenían que tener área de maternidad, se seleccionaron los 10 hospitales.

Una vez seleccionados, según la descripción de los informantes claves, los hospitales fueron capacitados para la conformación de los equipos de gestión del cambio y la aplicación de la herramienta CAF, que es el instrumento que utiliza el ministerio de la Administración Publica para otorgar el premio de buenas prácticas promisorias de calidad en la administración pública.

Refieren algunos de los informantes claves que hubo mucha resistencia en los momentos iniciales, uno de ellos refiere que solo tres personas comenzaron y que luego que comenzaron a visualizar resultado se fueron incorporando.

Cuando aplicaron el CAF, identificaron áreas de mejoras para la calidad, la mayoría de las cuales estaban referidas a debilidades gerenciales y de herramientas para gestión de información entre otras, la mayoría refieren que tuvieron puntuaciones muy bajas. Estas evaluaciones se realizaron en el 2009.

En el 2011, todos los centros repitieron las evaluaciones usando el método CAF, alguno de ellos con vistas a la aplicación del premio a las prácticas promisorias de la calidad en la administración pública. Dos de ellos ganaron certificados de participación y uno gano medalla de plata. La mayoría de los centros tuvieron mejor desempeño en la segunda evaluación. Todos mostraron la documentación que registra la evidencia.

Todos los informantes claves, estuvieron de acuerdo con el proceso de selección, dos centros hospitalarios señalaron que de las cosas que cambiarían en el proceso de concurso y selección, seria que se le debería dar una inducción por parte del ministerio para la preparación de la propuesta para el concurso y uno sugirió que para un próximo proceso y replica, se debería capacitar a los centros para que preparen sus memorias.

12. Proceso De Planificación Estratégica.

El segundo proceso de la fase de preparación de los esfuerzos de implementación el proyecto de Centros de Excelencia, estuvo centrado el un esfuerzo de capacitación e instrumentación de los planes estratégicos para los 10 hospitales, fue un esfuerzo que duro unos dos meses, se realizaron varios talleres, acompañados por consultores internacionales y nacionales coordinados por la universidad CES de Colombia.

De este proceso cada centro termino con su plan estratégico 2010/2015 el cual se elaboro en el 2010 con el concurso de todo el personal involucrado y con el plan operativo 2010 y luego todos los centros han trabajo el plan operativo 2011, ninguno a trabajado el plan operativo 2012 y no se evidencio el proceso de evaluación de los planes operativos.

En todos los centros se verifico la evidencia y los documentos de planes estratégicos y operativos, sin embargo se observo todavía una cierta debilidad en el uso de la herramienta sobre todo en lo relativo al monitoreo y evaluación de las intervenciones del plan. Lo que coincidió con la evaluación de la parte de monitoreo & evaluación.

En todos los centros se evidencio por parte de los entrevistados claves que no tienen sistematizado la evaluación de los planes estratégicos y operativos para mejorar las ejecuciones de las acciones propuestas.

13. Capacitación

En lo relativo al proceso de capacitación, es evidente que el proyecto ha realizado muchas actividades de capacitación en herramientas gerenciales y del componente de gestión clínica, se han capacitado en el uso de la herramienta CAF, Planificación Estratégica, Bioseguridad, Manejo de Desechos Sólidos, definición de procesos, gestión del cambio, COEM, manejo de emergencias y desastres, entre otros.

Un aspecto que contempla el proyecto es que los centros se conviertan en centro de capacitación como estrategia de sostenibilidad, y en ese sentido a facilitado y dotado de equipos algunos de los hospitales visitados, en cuanto a infraestructura y equipamiento. y formador de RRHH para la réplica.

Sin embargo no tienen o muestran todavía los centros, fortalezas para el desarrollo de manera sistemática procesos de capacitación, metodologías educativas etc. Para poder decir que efectivamente se han convertido en centros de replica como centro de excelencia.

Solo uno de los centros visitados no tiene espacio para el centro de capacitación.

14. Habilitacion

La habilitación es uno de los ítems que el proyecto a de considerar para el proceso de certificación de los centros de excelencia, en tal sentido los hospitales han recibido capacitación para gestionar los procesos de habilitación, y han recibido algunos insumos y equipos para completar áreas que les permitan pasar las inspecciones que realiza el ministerio para el proceso de habilitación.

De los centros visitados solo uno no ha sido habilitado, debido a que les falta un montacargas de pacientes o elevador y las filtraciones de los techos. Un centro ya estaba habilitado al momento de la llegado del proyecto.

SUGERENCIAS DE LOS INFORMANTES CLAVES PARA LA SOSTENIBILIDAD DEL PROCESO AL FINALIZAR EL PROYECTO.

Al finalizar las entrevistas a los informantes claves, se les cuestiono sobre su percepción de quien debería asumir las competencias y responsabilidades que hasta la fecha ha desarrollado el proyecto para la sostenibilidad y replica de este proceso en otros hospitales, Direcciones Regionales y Direcciones Provinciales.

Las repuestas fueron en 5 de seis centros visualizan a la Dirección de Redes en el nivel central como la instancia natural para recibir la transferencia de competencias y las Direcciones Regionales para el proceso de gestión de las replicas en los hospitales, solo uno de los centros vinculo este proceso al vice ministerio de garantía de la Calidad, talvez porque este centro no se ve como parte de la red a la cual corresponde.

LESIONES APRENDIDAS.

En las palabras de los informantes claves, el proyecto ha aportado en:

- El mejor entendimiento del significado de trabajar por una cultura de la calidad.
- El mejor entendimiento del significado de trabajar en equipo.
- El valor del uso de la información y la generación de evidencias para la toma de decisión y para saber que hacemos, capacidad de análisis.
- El valor de la planificación estratégica, saber dónde estamos y para donde vamos o queremos ir.
- El valor de la supervisión, evaluación y acompañamiento de los procesos.
- El saber que podemos hacerlo, que somos capaces, que estamos empoderados.
- Reconocer que para impactar en el perfil epidemiológico, la focalización en las áreas que mayor aporte hacen a la frecuencia del problema es una buena alternativa.

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES.

10. Completar el proceso del desarrollo del sistema de indicadores de evaluación & monitoreo o realizar un refrescamiento de este proceso para fortalecer los procesos de monitoreo y evaluación en los centros.

11. Diseñar capacitaciones de refrescamiento en algunas de las estrategias para la mejora de la gestión clínica, siempre capacitación en servicio, si posible en modalidad de pasantía, aprender haciendo.

12. Reforzamiento de las actividades de Bioseguridad y de manejo de desechos sólidos, con énfasis en la disposición intermedia y final.

13. Dar seguimientos al cumplimiento de los acuerdos con la municipalidad.

14. Diseñar un proceso de transferencia e instrumentación de los ejes de implementación de dentro de excelencia materno infantil de la Dirección de Gestión de Redes, hacia las Direcciones Regionales y de estas a los hospitales que serán certificados como centros de excelencia. El enfoque de procesos de esta transferencia, por ejemplo vamos a capacitar e instrumentalizar a la dirección de redes y la dirección regional para que evalué el proceso de bioseguridad y manejo de desechos de los hospitales, de manera que el proyecto, solo haga una supervisión del cumplimiento. Y no más responsabilidades. En este aspecto especifico, y así sucesivamente. Lo mismo para planificación estratégica, lo mismo para la herramienta CAF, igual con los ejes de implementación del proyecto etc.

15. Diseñar un proceso de transferencia de capacidades e instrumentación de monitoreo y supervisión a las direcciones provinciales de salud en los ejes de implementación de dentro de proyecto centros de excelencia materno infantil.

16. Diseñar un proceso de capacitación en metodologías y procesos de diseños de cursos y capacitaciones, para que los centros de capacitación adquieran esas competencias y habilidades, para ello se deberán seleccionar en los centros los RRHH con unos perfiles deseables para recibir estas capacitaciones y posterior desarrollo, esto se podría hacer con algún acuerdo con universidades nacionales o internacionales.

17. Que se valore la posibilidad de la creación de un joinventure para que en el pais se cree una agencia acreditara de centros de atención. Con participación publico/privada. Una especie de filial de alguna de las acreditadoras Norteamericanas, Europeas o latinoamericanas reconocidas.

18. Que el proyecto dedique parte de los esfuerzos del tiempo restante en realizar una determinación de brechas gerenciales en las Dirección de gestión de redes y sus diferentes instancias, en la subsecretaria de salud colectiva y las DPS, así como en el vice ministerio de garantía de la calidad, para que estas instancias puedan continuar con las iniciativas del proyecto en los centros de excelencia desarrollados y multiplicar la iniciativa con una visión más amplia y holistica

19. Que el proyecto dedique una parte del tiempo restante a instrumentalizar la Dirección de Redes, las Direcciones Regionales, Salud Colectiva y las DPS, así como el vice ministerio de garantía de la calidad, para la futura transferencia de las competencias; es decir elaborar una especie de manuales operativos para cada proceso de la A a la Z, definiendo responsabilidades, perfil necesario de los RRHH, tecnologías, presupuestos, etc, para las implementaciones de las diferentes acciones.

20. Que el proyecto se dedique a escribir un manual de implementación de los procesos pasa a paso para ser centro de excelencia, de forma que se pueda transferir las competencias a las instancias que las autoridades decidan.

21. Hacer intervenciones para mejorar la participación comunitaria en los hospitales y hacer mas funcional el papel de los Consejos de Administración hospitalarios.

ANNEX 15: RESULTADOS DEL EQUIPO EVALUACIÓN CUALITATIVA

CONTENIDOS

1. PRESENTACIÓN 151

2. OBJETIVOS DEL COMPONENTE CUALITATIVO 151

3. ASPECTOS METODOLÓGICOS 151

3.1. Diseño 151

3.2 Técnicas e instrumentos de recopilación de datos 152

3.3 Procedimientos 153

3.4 Consideraciones éticas 154

3.5 Limitaciones 154

4. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS 155

4.1. Gestión de cambio 155

4.1.1. Oficinas de Atención al Usuario 155

4.1.2. Reclamo de derechos del usuario 155

4.1.3. Sistema de archivo y registro 156

4.1.4. Recursos humanos 157

4.2. Gestión Clínica 157

4.2.1. Normas y protocolos 157

4.2.2. Integración entre diferentes programas y servicios 158

4.2.3. Trato a la usuaria 158

4.2.4. Parto humanizado, apego precoz y lactancia materna 159

4.2.5. Servicios de emergencia y laboratorio 161

4.2.6. Intervenciones de información, educación y comunicación (IEC) 161

4.3. Referencia y contra-referencia 162

4.4. Centro de capacitaciones 162

4.5. Infraestructura y suministros 162

4.6. Gestión de riesgos y bioseguridad 163

4.7. Participación comunitaria 163

4.8. Emergencias y desastres 164

4.9. Oportunidades 164

5. CONCLUSIONES 165

6. RECOMENDACIONES 167

ANEXO. Cuadro 1. Resumen de datos recopilados por Centro de Salud 169

1. PRESENTACIÓN

El presente documento se concibe como un addendum al informe general de la Evaluación de medio término del acceso a servicios materno-infantiles de calidad en áreas seleccionadas de la República Dominicana (USAID). En este sentido, expone de manera detallada los objetivos, los aspectos metodológicos y los principales hallazgos del Componente Cualitativo de la evaluación, así como las conclusiones y las recomendaciones derivadas de dichos hallazgos, a la vez que comparte lo antecedentes expuestos en el informe general de esta iniciativa.

2. OBJETIVOS DEL COMPONENTE CUALITATIVO

Los objetivos y las preguntas de investigación del Componente Cualitativo fueron enmarcados en los objetivos generales de la Evaluación, tal y como se presentan en el informe final de la misma. En este sentido, tratándose de una evaluación de término medio, este Componente se propuso identificar en el contexto de la entrega de los diferentes servicios de salud materno-infantil, las dimensiones del proyecto que están funcionando bien o no, los factores subyacentes al nivel de funcionamiento descrito y, de manera prioritaria, las medidas y modificaciones que puedan incidir de manera positiva en el desempeño del proyecto en sus próximas fases.

De manera específica, el Componente Cualitativo se propuso:

- Describir y analizar la percepción que tienen las usuarias y los/as proveedores de servicios con respecto a la calidad de atención prenatal, atención al parto y seguimiento postnatal en los Centros de Excelencia seleccionados de la República Dominicana.
- Contrastar la percepción que tienen las usuarias y los/as proveedores de servicios de salud materno-infantil con respecto a la calidad de los mismos, con las observaciones directas realizadas en los Centros de Excelencia seleccionados, tomando en cuenta el enfoque de derechos, el enfoque de género y la perspectiva de parto humanizado.
- Indagar la percepción de las usuarias y los/as proveedores de servicios de salud materno-infantil sobre los cambios en la calidad de dichos servicios a lo largo de los últimos años, y su potencial relación con las intervenciones auspiciadas por el USAID en los Centros de Excelencia.
- Contrastar y complementar la información obtenida por otros Componentes de la evaluación con respecto a los aspectos programáticos del proyecto, desde el punto de vista de las usuarias y los/as proveedores directamente involucrados/as en la entrega de servicios de salud materno-infantil.
- Ofrecer recomendaciones puntuales para el diseño y la implementación de intervenciones futuras del Proyecto, ajustadas a las necesidades percibidas de la población que acude a servicios públicos de salud materno-infantil en el país.

3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1. Diseño

El Componente Cualitativo de la Evaluación ha sido diseñado como parte integral del Proceso de Abordaje Rápido (RAP, por sus siglas en Ingles: Rapid Assessment Process), definido como la búsqueda intensiva de datos utilizando la triangulación de fuentes de información, el análisis iterativo, y la recolección adicional de datos para desarrollar rápidamente un entendimiento

preliminar de una situación en particular[1]. En este sentido, se tomaron en cuenta las percepciones de los/as proveedores de los diferentes servicios de salud materno-infantil, y de las usuarias de los mismos en los centros hospitalarios visitados, para caracterizar el contexto de la entrega de los servicios relevantes para el Resultado 4 de USAID, en torno a las preguntas de investigación planteadas para la presente Evaluación:

22. ¿Cuáles aspectos programáticos han sido los más / menos exitosos para asegurar los resultados del proyecto y por qué?
23. ¿Cuáles intervenciones técnicas han sido las más / menos exitosas para asegurar los resultados del proyecto y por qué?
24. ¿Cuáles aspectos programáticos aparentan ser los más / menos sostenibles y por qué?
25. ¿Cuáles intervenciones técnicas aparentan ser las más / menos sostenibles y por qué?
26. ¿Se ha enfocado el proyecto en las actividades más críticas y apropiadas? De no ser así, cuales fueron las oportunidades perdidas?

Con el fin de responder a estas preguntas desde el contexto de la entrega de servicios, se visitaron cinco de los 10 centros de excelencia funcionando a nivel nacional, los cuales han sido seleccionados a partir de los insumos y las prioridades identificadas por el equipo de evaluación (ver Cuadro 1, ANEXO).

Si bien, siguiendo la metodología cualitativa de este Componente, se procuró la mayor heterogeneidad viable de informantes claves, en términos de sexo, edad, perfil educativo y profesional de los/as participantes, los datos reunidos fueron sintetizados e integrados en torno a los bloques temáticos previstos para ser evaluados en cada centro de salud visitado. En este sentido, el informe de este Componente incluye una perspectiva integral de la información relevante para los ejes centrales de la evaluación en cada centro de salud, con el fin de facilitar la comparación y la síntesis de las observaciones conducidas en los diferentes contextos.

3.2 Técnicas e instrumentos de recopilación de datos

Los datos primarios fueron reunidos a través de técnicas cualitativas, incluyendo los grupos de discusión, entrevistas cualitativas y observación directa conducida en los diferentes espacios de los centros de salud visitados. Asimismo, en el contexto de las observaciones directas, fueron realizadas entrevistas puntuales con informantes claves identificados en el proceso, utilizándose también la modalidad de entrevista grupal en función de lo requerido por las circunstancias específicas de cada Hospital.

Se condujeron ocho (8) grupos de discusión en total, siendo cuatro de ellos integrados por las usuarias de servicios de salud materno-infantil y otros cuatro por los/as proveedores de estos servicios de diferentes perfiles profesionales (médicos residentes, médicos especialistas, enfermeras y personal de Emergencia). El Cuadro 1 (ver anexo) presenta de manera resumida las fuentes de datos primarios recopilados en cada uno de los Hospitales visitados.

Con el fin de complementar la información reunida a través de los grupos de discusión, incluyendo las perspectivas de los diferentes actores claves en cada centro visitado, se condujeron entrevistas cualitativas complementarias, en torno a los contenidos equivalentes a

[1] Beebe J (2001). *Rapid Assessment Process: An Introduction*. Walnut Creek, CA: Altamira Press.

los abordados en los grupos de discusión. El Cuadro 1 (ver anexo) resume los perfiles de los informantes claves entrevistados/as en cada centro de salud.

Las observaciones cualitativas directas (no estructuradas) fueron conducidas de manera paralela a la recopilación de datos primarios de otras fuentes. Estas observaciones fueron orientadas por una lista de aspectos a observar, y reportadas en el formato de diario de campo correspondiente a cada espacio observado.

La realización de los grupos de discusión y las entrevistas cualitativas fue orientada por guías ajustadas a cada uno de los actores entrevistados. Estas guías fueron diseñadas en torno a 2 temarios macro, dirigidos, respectivamente a evaluar la percepción de:

- Usuarias de servicios de salud materno-infantil.
- Proveedores de servicios de salud materno-infantil.

Las guías construidas fueron empleadas como formatos flexibles para la recopilación de datos vinculados a los objetivos establecidos, sin obstaculizar de manera alguna el libre desarrollo de las entrevistas y las discusiones en los grupos convocados. A la vez, estas guías partieron de propuestas temáticas abiertas, permitiendo que los participantes saquen a relucir espontáneamente las vivencias más relevantes en su contexto particular, evolucionando gradualmente hacia preguntas más dirigidas, para enfocar detenidamente aspectos juzgados como especialmente pertinentes en cada caso evaluado y aclarar cualquier aspecto que quedó insuficientemente abordado en las fases previas de la discusión.

Todas las entrevistas y grupos de discusión fueron grabados en audio, como apoyo para el procesamiento y el análisis de datos, en adición a las notas y otros registros producidos en el contexto del trabajo de campo. Los datos fueron procesados y analizados utilizando el enfoque de análisis de contenido, construyendo las categorías de análisis a partir de los objetivos de la evaluación y el cuadro de marco de referencia elaborado para estos fines.

El equipo de investigación se reunió al final de cada día de trabajo de campo para compartir las experiencias acumuladas en el centro de salud visitado, comparar las observaciones realizadas y extraer primeras inferencias para fines de análisis de datos. Se acudió a la triangulación de las diferentes técnicas con el fin de profundizar y consolidar la información obtenida a través de cada una de ellas.

3.3 Procedimientos

En cada centro de salud a ser visitado fue designada, con el apoyo de las autoridades hospitalarias, una persona involucrada en la entrega de servicios de salud materno-infantil, quien sirvió de apoyo a la logística y otros aspectos operativos del proceso de recopilación de datos en el mismo. Esta persona acompañó al equipo en el proceso de recopilación de datos, facilitando el acceso a las áreas del hospital previstas para las observaciones cualitativas.

Las actividades de recopilación de datos en los centros de salud visitados incluyeron, sin limitarse a éstas:

- Un recorrido inicial por la planta física del hospital, con conversaciones informales con los/as proveedores y los/as usuarios de servicios de salud presentes en las diferentes áreas de la misma.

- Realización de un grupo de discusión con las usuarias del perfil previamente definido (ver Cuadro 1, Anexo), previa obtención del consentimiento informado.
- Realización de entrevistas cualitativas con los actores claves del perfil pre-definido, procurando en cada caso complementar los puntos de vista y la perspectiva de los actores involucrados en los grupos de discusión.
- Realización de un grupo de discusión con los/as proveedores de servicios de salud del perfil pre-definido (ver Cuadro 1, Anexo).
- Un recorrido final de la planta física del hospital, observaciones y entrevistas complementarias estimadas como necesarias para obtener los datos requeridos para los objetivos de la evaluación.
- Reunión del equipo de recopilación de datos con el fin de compartir y contrastar las observaciones y las experiencias acumuladas en el transcurso del día.

3.4 Consideraciones éticas

El Componente Cualitativo de la presente Evaluación no expuso a sus participantes a riesgos significativos de carácter psicológico, físico o social. Con el fin de prevenir y/o aliviar las posibles reacciones de incomodidad frente a tópicos de carácter personal, todo/a participante fue previamente informado/a de su derecho a rehusarse a responder a cualquier pregunta formulada durante la entrevista / grupo de discusión, o a retirarse de la misma cuando así lo desee, sin que le sea solicitado explicar su decisión al respecto, garantizándole a la vez la confidencialidad de la información compartida. A las personas que necesitaron trasladarse al centro de salud para poder participar en la Evaluación les fueron compensados los gastos en los que incurrieron por concepto de transporte.

Se solicitó de manera escrita, el consentimiento informado de las usuarias de servicios que aceptaron participar en la evaluación. El formulario de consentimiento informado, elaborado para estos fines, fue presentado y explicado a cada participante en el momento de su reclutamiento, asegurando su plena comprensión de sus derechos y los compromisos asumidos con la Evaluación conducida. Antes de otorgar su consentimiento, los/as participantes dispusieron del tiempo suficiente para leer el formulario de manera detenida, o, de no poder hacerlo, éste les fue leído por el/la entrevistador/a y firmado en la presencia de un/a testigo.

3.5 Limitaciones

Si bien el proceso de recopilación de datos para el Componente Cualitativo fue llevado a cabo procurando el mayor rigor posible, es importante tomar en cuenta algunas limitaciones metodológicas de este proceso en el momento de interpretar la información reunida. Se destacan, en este sentido, los siguientes aspectos:

- Las visitas de recopilación de datos fueron llevadas a cabo de manera conjunta con los otros equipos de evaluación, lo cual implicó una amplia expectativa y preparación previa de los Hospitales para la visita de evaluación por parte e USAID. Así, el esfuerzo del personal de salud por dejar una buena impresión en el equipo de evaluación, pudo haber interferido con la autenticidad de los datos reunidos en el componente cualitativo. Para reducir el impacto de esta limitación, se procuró contrastar las informaciones provistas por los/as proveedores de servicios de salud y las observaciones directas, con los reportes de las usuarias de estos servicios en los grupos de discusión.

- Algunos de los grupos de discusión de usuarias fueron convocados de manera anticipada por la Dirección de los Hospitales visitados, implicando este procedimiento una pre-selección de las participantes e integración de personas allegadas y/o familiares del personal de salud en estos grupos. Una vez fue identificado el sesgo que este procedimiento pudiera implicar para el proceso de recopilación de datos, se optó por reunir las usuarias presentes en los Centros de Salud en los días de visita, sin aviso previo a las autoridades hospitalarias.

- La metodología de Abordaje Rápido (RAP, por sus siglas en inglés) asumida en la presente Evaluación, partiendo del tiempo limitado disponible para el levantamiento de datos en el terreno, ha provisto una imagen general de la situación de servicios de salud materno-infantil en los Centros de salud visitados, así como de las fortalezas y los retos principales enfrentados por el Proyecto de Centros de Excelencia en cada uno de ellos. Cabe señalar, sin embargo, que esta metodología no permite un análisis detallado de los diferentes aspectos identificados en este proceso ni la inferencia de relaciones de casualidad entre las intervenciones del Proyecto y la situación de los servicios de salud materno-infantil en estos establecimientos, lo cual ameritaría de la aplicación de técnicas de investigación adicionales y, consecuentemente, de la dedicación de un tiempo más extenso al proceso de la Evaluación.

4. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Gestión de cambio

4.1.1. Oficinas de Atención al Usuario

El impacto de las intervenciones del Proyecto de Centros de Excelencia en la organización y, particularmente, en la reducción de los tiempos de espera para acceder a los diferentes servicios, ha sido reconocido tanto por las autoridades hospitalarias y los proveedores de servicios de salud, como por las usuarias de los mismos. Las Oficinas de Atención al Usuario (OAU) están operando en todos los Hospitales visitados, siendo valoradas por las usuarias como uno de los cambios más positivos introducidos en el centro de salud en los últimos años:

> *"Por ejemplo allá abajo cuando uno entra, eso cambio muchísimo, la sala de espera, está todo mas ordenado… Allá tu llegas, coges tu ticket, ves en la pantalla el turno que te toca… mucho mejor a como era antes" [GD1, Usuarias]*

En algunos Centros, las Oficinas de Atención al Usuario hasta la fecha no han logrado desempeñar todas las funciones previstas, incluyendo la asignación y el control de citas, si bien en todos los casos están en proceso para alcanzar esta meta. Por otro lado, las usuarias entrevistadas todavía no reconocen a estas Oficinas como el lugar indicado para obtener informaciones sobre los servicios provistos en el centro de salud, aclarar dudas y presentar las posibles quejas frente al funcionamiento de estos servicios, implicando esta falta de reconocimiento la necesidad de un proceso más amplio y prolongado de información a la usuaria.

4.1.2. Reclamo de derechos del usuario

Si bien en todos los Centros de salud visitados fueron observados los buzones de sugerencias a través de los cuales los usuarios pueden expresar por escrito su percepción de la calidad de los servicios recibidos, en varios casos estos buzones estaban muy deteriorados, permitiendo al personal no autorizado extraer y leer sus contenidos. Asimismo, en la mayoría de los casos los proveedores de servicios desconocían los mecanismos establecidos para procesar las

sugerencias de los usuarios y las personas responsables de esta función, reportando no haber recibido ningún tipo de retroalimentación con respecto al desempeño de sus tareas, a raíz de las sugerencias depositadas en los buzones.

Es importante observar, asimismo, que dado el bajo nivel educativo de la población que acude a los centros públicos de salud en la República Dominicana, los buzones de sugerencias no representan un mecanismo viable para la expresión de quejas y opiniones de las personas que no saben leer y escribir.

De manera acorde, las usuarias de servicios de salud materno-infantil en los Centros visitados no tienen claros los mecanismos a través de los cuales pueden expresar y canalizar sus reclamos, optando, en la mayoría de los casos, por acudir a la Dirección del Hospital para estos fines. En algunos casos los procedimientos para el manejo de quejas de las usuarias no están claramente establecidos, dependiendo la respuesta a las mismas de la buena voluntad de la Dirección y el personal administrativo del Hospital.

Esta falta de institucionalidad en el manejo de los reclamos interfiere con la respuesta oportuna a los mismos, contribuyendo a la percepción ampliamente observada en el discurso de las usuarias, de los servicios públicos de salud como un "favor" más bien que como un derecho constitucional, y a su preocupación frente a las potenciales represalias del personal de salud frente a sus quejas:

> *"Si tu le dices algo te dejan para último, no te quieren atender… …Tu te quejas con alguien, por lo menos que tu sepas y ese te escucha y después sale por ahí y entonces lo sabe todo el mundo, y te tratan ya tu sabes…" [GD3, Usuarias]*

4.1.3. Sistema de archivo y registro

El personal administrativo y proveedores de servicios de salud de los hospitales visitados reportan como uno de los mayores impactos del Proyecto la organización del sistema de registro y archivo, así como la actualización del sistema informático para el acceso oportuno a los expedientes clínicos en sus centros de salud. A la vez, el personal del archivo muestra un empoderamiento notable frente al desempeño eficiente de sus funciones, siendo el mismo posiblemente atribuible al proceso de capacitación y entrenamiento recibido como parte del Proyecto. Los informantes claves de varios de los establecimientos visitados reportaron haber replicado el entrenamiento recibido en los centros de salud de menor nivel dentro de sus regiones.

Uno de los beneficios más frecuentemente reportados de la actualización del sistema de archivos para la calidad de la atención en salud materno-infantil en estos establecimientos, ha sido la posibilidad de acceso permanente a la historia clínica prenatal de la usuaria desde los servicios de emergencia, a través de los cuales usualmente se realiza el ingreso de la mujer para la atención al parto. En varios centros este acceso se realiza da manera digital, mientras que en otros, en los cuales la digitalización de expedientes todavía está en proceso, están establecidos los procedimientos específicos para mantener los expedientes clínicos de las usuarias en los últimos meses del embarazo en las zonas de fácil acceso para el personal de emergencia.

A pesar de los avances en el sistema de archivo y registro de los hospitales visitados, los reportes del personal de salud entrevistado sugieren una utilización muy limitada de los datos clínicos para la orientación y la retroalimentación de la planificación administrativa del hospital.

4.1.4. Recursos humanos

De manera general, las observaciones realizadas en los establecimientos visitados y las entrevistas conducidas, señalan el factor de recursos humanos y su motivación para lograr cambios positivos en el desempeño de sus funciones y, por ende, en la calidad de atención provista a las usuarias, como un componente crucial del impacto logrado por el Proyecto en estos Centros de salud. En este sentido, partiendo de las afirmaciones de las personas entrevistadas, las capacitaciones y, sobre todo, el acompañamiento provisto al personal de salud en el contexto del Proyecto, lograron impactar no solamente los conocimientos de este personal, sino también sus competencias y la motivación para el cambio.

Asimismo, el estilo de gerencia de recursos humanos a lo interno de los hospitales y, particularmente, la clara asignación de funciones y responsabilidades entre los diferentes actores en el contexto hospitalario, parecerían influir en la magnitud de este impacto y el funcionamiento de las intervenciones introducidas por el Proyecto en cada establecimiento de salud. En este sentido, las experiencias más exitosas lucen ser aquellas que han estado a cargo del personal capacitado, competente y, sobre todo, altamente empoderado y motivado para el desempeño de sus funciones, con una clara delimitación de las jerarquías institucionales, responsabilidades individuales y canales de comunicación inter-institucional. Por el contrario, la gerencia menos eficiente de recursos humanos observada en algunos establecimientos, frecuentemente caracterizada por una delimitación de funciones más imprecisa y menos eficiencia en el acompañamiento y la supervisión del desempeño de los proveedores de servicios de salud, parecieron vincularse a un impacto más limitado y el menor desarrollo de las intervenciones introducidas por el Proyecto.

4.2. Gestión Clínica

4.2.1. Normas y protocolos

En los centros de salud visitados se obtuvo muy poca evidencia del seguimiento de las normas nacionales establecidas para la atención en salud materno-infantil. El personal de salud entrevistado reporta, en su mayoría, conocer de la existencia de estas normas, si bien no siempre tiene la capacidad de referir sus tópicos ni contenidos específicos. De manera acorde, el personal de salud, incluyendo los médicos residentes de diferentes especialidades, no refieren haber recibido entrenamientos específicos en el manejo de las normas, si bien afirman haber oído hablar de las mismas en el contexto de las capacitaciones recibidas en torno a otros temas más generales (manejo de emergencias obstétricas, etc.).

En ningún caso pudieron identificarse procedimientos claramente establecidos para la supervisión del cumplimiento de normas específicas, ni las sanciones previstas para los casos de no-cumplimiento de las mismas. Estos hallazgos coinciden con los estudios previos conducidos en el país sobre el cumplimiento de las normas nacionales en la atención a la salud materno-infantil en el país[2].

---

[2] Pérez-Then E (Ed.) (2008). Calidad de la Atención de la Embarazada y del niño menor de un año en Centros de Primer Nivel de Atención de la Regiones III, IV, V VI de la República Dominicana. CENISMI. Serie de Reuniones Técnicas IV;

Pérez-Then et al. (2010). Evaluación de la calidad de atención a la embarazada y al niño sano en centros de primer nivel de atención de las Regiones de Salud III, IV, V y VI de la República Dominicana: Resultados de la segunda fase. Boletín CENISMI, Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil, vol. 20, no 2.

Por otro lado, el personal de varios hospitales visitados refirió las entregas de guardia de los diferentes servicios como un importante mecanismo para asegurar el cumplimiento de normas y protocolos, analizar el manejo de los casos y responsabilizar a proveedores específicos de darles seguimiento a las usuarias que lo ameritan.

4.2.2. Integración entre diferentes programas y servicios

De manera general, en los centros de salud visitados fue observada poca integración y comunicación inter-departamental, incluyendo el manejo de los registros clínicos. Algunos programas, como el Programa Nacional de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH (PNRTV), el Programa Nacional de Control de Tuberculosis (PNCT), y el Programa de Adolescentes, operan con más autonomía que otros y son vistos como "mundos aparte" por los proveedores y, en ocasiones, las autoridades hospitalarias. En este sentido, los proveedores de uno de los centros visitados hicieron referencia a la necesidad de una mayor integración e interacción inter-departamental del Hospital, con el fin de proveer atención más integral a la usuaria.

Las observaciones cualitativas llevadas a cabo en los establecimientos visitados sugieren que los servicios de atención prenatal no se conciben de manera integral, desaprovechándose oportunidades para ofrecer servicios de salud complementarios que podrían requerir las embarazadas. En un caso específico, una usuaria en claro proceso de duelo por la muerte repentina de su pareja, en ningún momento fue abordada por el personal involucrado en la atención prenatal para ofrecerle un referimiento a servicios de salud mental, y tampoco sabía a dónde dirigirse para procurarlos ella misma.

4.2.3. Trato a la usuaria

En varios Centros, en parte a raíz de las capacitaciones recibidas, tanto las usuarias como los proveedores de servicios de salud materno-infantil reportan una mejoría notable en el trato a la usuaria, enfocada de manera particular en menos "boches" recibidos en el contexto de estos servicios. No obstante, las observaciones cualitativas conducidas y los reportes de las usuarias en algunos de los establecimientos visitados, sugieren la persistencia de algunas formas más sutiles de malos tratos, incluyendo:

- El trato de "no persona", con comentarios emitidos sobre la usuaria en su presencia como si no estuviera ahí.
- Manejo de informaciones potencialmente confidenciales de las usuarias, tales como los antecedentes de uso de drogas ilegales, en presencia de otras usuarias y proveedores en las salas de internamiento. Cabe señalar que las limitaciones de espacio físico, y la necesidad de realizar las consultas prenatales de manera grupal, también dificultan la confidencialidad de la información intercambiada en este contexto.
- Poca sensibilidad frente a las necesidades emocionales de las usuarias, incluyendo las recriminaciones de las expresiones de dolor durante el proceso de parto:

  "Yo le dije a la enfermera [durante la labor de parto] que no podía respirar del dolor, y me dijo 'Aguanta ahora que tu aguantaste cuando lo estabas haciendo'." [GD2, Usuarias]

  "Yo no me quejaba [del dolor] porque mayormente a ellas no les gusta… pero cuando uno se queja, ellas lo que le dicen a uno que aguante." [E1, Usuaria]

Las usuarias que participaron en los grupos de discusión reportaron una mayor frecuencia de malos tratos en la atención al parto:

> *"Con el mas chiquito que yo di a luz, ahí no había médicos, lo que había eran dos enfermeras, y eran dos perras… porque hay que decirlo asi… …por lo menos, está bien el dolor, uno sabe lo que es dolor, pero si usted se siente mal, verdad, usted tiene que decir 'yo me siento esto'… y cuando yo les decía que sentía que no podía estar despierta, y cuando se lo decía, ellas lo que estaban era durmiendo." [GD3, Usuarias]*

> *"Allá arriba en el área de parto tratan a uno como a un perro… los doctores le hablan malísimo a uno … si uno se levanta a buscar un poco de agua, a decir algo, te gritan 'acuéstate, que yo no te mande a ti a parir'". [GD4, Usuarias]*

No obstante, la mayoría de las usuarias entrevistadas perciben el mal trato recibido en los servicios de salud materno-infantil en estos Centros como propio de los servicios de salud que son gratuitos, asumiendo que no les corresponde exigir un mejor trato como parte de sus derechos ciudadanos:

> *"En la clínica [privada] tratan a uno diferente… aquí atento a que es del gobierno, te tratan así" [GD4, Usuarias]*

Los proveedores de servicios de salud en salas de parto y post-parto frecuentemente necesitan manejar las situaciones de crisis emocional entre las usuarias, incluyendo los casos de abortos espontáneos y nacimientos de niños de sexo no esperado, u ofrecer apoyo psicológico a las mujeres en el proceso de parto. Esta necesidad es particularmente notable en el caso del personal de enfermería, quien pasa más tiempo con las usuarias en estos espacios. Al no contar con ningún tipo de entrenamiento formal para estos fines, y tampoco tener claros los mecanismos de referencia intra e interinstitucional para el manejo de este tipo de situaciones, el personal de enfermería tiende a proceder con la mejor intención a partir de su sentido común, el cual no necesariamente responde de manera adecuada a las necesidades de las usuarias:

> *"[A las mujeres cuyo bebé se muere] uno les dice "Tu tienes más hijos? Mira, no te pongas triste, que Dios no quiso que este viviera, pero tú tienes otros hijos, y hay que darle gracias a Dios... … Papa Dios no quería que tu tuvieras ese bebe, hay que resignarse…" [GD2, Enfermeras].*

> *"Yo le dije a una 'Dale un beso a tu bebé, mira, tu bebé es varón', y ella me salió con que 'Ay no, yo estuve embarazada de hembra, la sonografía decía que era hembra', y yo le dije 'Mira, mi niña, tu hijo es varón y el Señor permitió de que fuera varón. Si el Señor hubiese querido que sea hembra, nace hembra. Y tengo para decirte que también tienes que darle el amor de varón, porque cuando vienes a ver tu tienes un homosexual en tu casa, si le das amor de hembra." [GD2, Enfermeras].*

4.2.4. Parto humanizado, apego precoz y lactancia materna

El discurso de los proveedores de servicios de salud y las autoridades hospitalarias en los establecimientos visitados no siempre refleja una plena comprensión de la idea de parto humanizado, limitándose este concepto a "no hablarle mal" a la usuaria, según lo descrito en el acápite anterior.

Ninguno de los Centros utiliza la analgesia durante la labor de parto. Solamente en uno de ellos está disponible la analgesia para los casos que los proveedores consideran lo ameritan

(adolescentes que manejan muy mal el dolor, etc.), asumiendo la disponibilidad de anestesiólogos para administrarla. Las usuarias, por lo general, desconocen la existencia de este tipo de analgesia, resaltando el dolor del parto como algo positivo (mientras más dolor, más rápido avanza el parto).

Por otro lado, el acompañamiento de la usuaria en el momento del parto es visto como deseable tanto por ellas como por los proveedores, aun cuando coinciden en que el acompañamiento por la pareja no es viable en el sector público, debido a las limitaciones de la infraestructura. Uno de los Hospitales visitados reporta haber tenido una excelente experiencia con líderes comunitarias entrenadas para realizar el papel de dulas. Las dulas acompañan a las mujeres a lo largo de su embarazo, las preparan para el momento del parto y, en el momento de parto les apoyan en el manejo del dolor, lo cual, según las autoridades hospitalarias y los informantes claves, ha contribuido de manera importante a la humanización del proceso de parto.

Si bien, según las normas nacionales, el personal de enfermería no está autorizado para realizar partos, esta es una práctica común en los establecimientos visitados, siendo una de las mayores desventajas observadas en la misma su "clandestinidad", que no permite registrar adecuadamente los partos realizados ni proveer el entrenamiento requerido al personal de enfermería para su realización. No obstante, en uno de los establecimientos visitados, que ha contado con el apoyo de otros proyectos para estos fines, el personal de enfermería ha recibido una amplia capacitación para la realización de partos, siendo su involucramiento en este proceso reconocido y respaldado por las autoridades hospitalarias, con muy buenos resultados para el funcionamiento de los servicios de atención al parto.

Se reporta la práctica del manejo activo del tercer periodo del parto (MATPP) en todos los centros visitados, si bien no de manera consistente. Llama la atención el reconocimiento de esta práctica como una de las fortalezas de los servicios recibidos por parte de las usuarias de servicios en uno de los establecimientos, afirmando que las "limpian bien", por lo cual sangran muy poco después del parto:

> *"Me limpiaron tan bien que yo nada más dure con la menstruación dos días… Ni siquiera tuve que usar las toallas de maternidad" [GD1, Usuarias].*

Por otro lado, en varios Centros visitados los proveedores reportan la práctica de colocar el recién nacido en el vientre de la madre hasta que deje de palpitar el cordón, según establecen las normas nacionales. No obstante, estos reportes no siempre se ven corroborados por los reportes de las usuarias en los mismos Centros. Aun así, las madres reportan que sus bebés les son entregados en un tiempo breve post-parto, normalmente en menos de dos horas.

La lactancia materna es priorizada como parte de las actividades educativas en los Centros de salud visitados, tanto en las salas de espera como en las salas post-parto. Asimismo, es reforzada de manera práctica por el personal de enfermería en estas salas. Sin embargo, con excepción de un establecimiento con amplia experiencia de trabajo comunitario, los hospitales visitados no cuentan con la capacidad de ofrecer seguimiento comunitario a la lactancia materna una vez la usuaria abandona el hospital, lo cual interfiere de manera importante con el impacto de las intervenciones llevadas a cabo en el contexto intra-hospitalario.

4.2.5. Servicios de emergencia y laboratorio

Los reportes de las usuarias en los grupos de discusión conducidos en varios de los centros de salud visitados, señalan una percepción marcadamente negativa de los servicios de Emergencia, incluyendo la poca confianza depositada en su capacidad resolutiva. Entre otros aspectos las usuarias expresan su inconformidad con los largos tiempos de espera, pocos proveedores de servicios asignados a esta área, y el mal trato recibido por parte de ellos:

> *"En Emergencia cuando tu llegas te atienden cuando a ellos les da la gana… Cuando yo vine el otro día, nunca aparecía el médico, y cuando fui a ver estaba el medico ahí charlando con dos mujeres, y yo dije en voz alta que a él no le pagan pa estar enamorándose…. Y el dijo 'Cuál fue la fresca que dijo eso?'" [GF3, Usuarias].*

En algunos Centros de salud las autoridades hospitalarias refirieron un trato privilegiado a las mujeres embarazadas en el acceso a los servicios de Emergencia con el fin de intervenir oportunamente en el caso de presentarse una emergencia obstétrica en este contexto, si bien este trato no fue observado en la práctica, ni corroborado por las usuarias de estos servicios. Cabe señalar que

Por otro lado, en varios centros las usuarias manifestaron quejas con respecto a la poca eficiencia del servicio de laboratorio, incluyendo reportes de extravío de los resultados de sus analíticas. En uno de los establecimientos visitados se observó una marcada desorganización de archivos de laboratorio, corroborando este tipo de quejas. A la vez, en algunos de los Centros las pruebas de laboratorio tienen un costo para las mujeres que no cuentan con un seguro de salud, lo cual incide en que muchas usuarias opten por posponer su realización hasta que puedan reunir los fondos necesarios. En algunos casos, esto se prolonga hasta los finales del embarazo.

Algunos hospitales ofrecen la prueba rápida de VIH, con la entrega de resultados el mismo día. En un hospital recién se inició la práctica de la prueba rápida de VDRL, en el contexto del Programa Nacional para la Prevención de la Transmisión Vertical (PNRTV). En otros casos, no obstante, la usuaria tiene que volver una o dos veces más para retirar los resultados de sus analíticas de laboratorio, lo cual incide en un alto porcentaje de mujeres que no reciben el resultado de estas pruebas en el momento oportuno.

4.2.6. Intervenciones de información, educación y comunicación (IEC)

Las actividades de IEC se realizan en todos los hospitales visitados, si bien por lo general tienen un carácter poco estructurado y contingente. Se abordan sobre todo temas de lactancia materna, VIH/ITS y planificación familiar. En la mayoría de los Centros este rol lo realizan las enfermeras quienes, con frecuencia, no cuentan con el entrenamiento necesario para el cumplimiento de estas funciones.

Por otro lado, el espacio físico en el cual se realizan las actividades de IEC (usualmente las salas de espera y las salas de internamiento) no es el óptimo para promover la atención de las usuarias y su capacidad de escucha. Con excepción de un Hospital, con una amplia experiencia de integración comunitaria, no se observó una coordinación estructurada Hospital – Comunidad en la realización de las actividades de IEC.

Asimismo, los médicos y otro personal directamente involucrado en la provisión de servicios no recibe entrenamiento para el manejo de las estrategias de IEC ni las habilidades de comunicación con las usuarias, lo cual dificulta la entrega de informaciones oportunas en el momento de la consulta prenatal y otros servicios de salud materno-infantil. Este tipo de actividades, con

frecuencia, tampoco es percibido como parte de sus responsabilidades en el contexto institucional.

4.3. Referencia y contra-referencia

De manera general, los procedimientos de referencia y contra-referencia en los hospitales visitados están muy vagamente definidos y poco funcionales. En algunos casos los Centros de mayor nivel reciben referencias de los Centros de menor nivel, pero luego no existen mecanismos de contra-referencia ni se retroalimenta el proveedor original con respecto a los resultados de la atención provista al usuario referido. Más aún, en algunos hospitales de tercer nivel fue observada la actitud de "apropiarse" de la usuaria una vez la reciben en la institución, y no "devolverla" a la atención primaria:

> *"Una paciente cuando llega aquí ya es definitivo, ya se le da la atención aquí…. Le damos la orientación de que cualquier situación tiene que venir aquí y no ir a su centro de atención primaria porque fue aquí que se le dio la atención... …Si llegó aquí ya no la orientamos a que vaya a otro sitio, ya ella es de aquí." [GD1, proveedores]*

Aun así, en algunos hospitales fueron observadas experiencias novedosas de referencia y contra-referencia utilizando los teléfonos móviles para la comunicación entre los establecimientos de diferentes niveles de atención, las cuales fueron descritas como muy favorables. Cabe señalar, no obstante, que en gran parte estas experiencias descansan sobre las relaciones primarias entre los proveedores de los diferentes establecimientos, más que sobre los procedimientos claramente establecidos e institucionalizados para estos fines.

Por otro lado, algunos de los establecimientos visitados no cuentan con una ambulancia para el traslado de los usuarios a Centros de salud de más capacidad resolutiva. Aun aquellos que si cuentan con ella, en ocasiones carecen de combustible, por lo cual las usuarias han de cubrir los costos del mismo en el caso de necesitarse.

4.4. Centro de capacitaciones

Todos los Hospitales visitados cuentan con salas de capacitación renovadas y equipadas a través del proyecto de USAID. Su utilización, no obstante, tiende a limitarse a capacitaciones puntuales provistas al personal del establecimiento, o a actividades docentes cotidianas impartidas a los residentes de las diferentes especialidades, identificándose como una oportunidad perdida la posibilidad de aprovechar estos espacios para un proceso de gestión de conocimientos en el contexto hospitalario.

Entre las capacitaciones recibidas por el personal de salud entrevistado como parte del Proyecto de USAID, se destacan el manejo de emergencias obstétricas (COEm) y las capacitaciones impartidas en torno a la la bioseguridad y la ruta sanitaria. En este último caso parece ser particularmente relevante el empoderamiento logrado entre el personal de limpieza y el cambio de actitudes hacia el desempeño de sus funciones en el mismo.

4.5. Infraestructura y suministros

Entre los principales cambios observados y destacados por las usuarias y los proveedores de servicios de salud como uno de los principales productos del Proyecto de USAID en los establecimientos visitados, se reporta una mejora radical en la adecuación y la limpieza de las instalaciones. Varios informantes entrevistados atribuyeron este cambio a una actitud de empoderamiento por parte del personal de limpieza, fomentada a través de las capacitaciones

impartidas. De manera acorde, el personal de limpieza entrevistado expresó sentir satisfacción frente a su inclusión en las capacitaciones, la orientación recibida, y la protección que están recibiendo en términos de bioseguridad.

A la vez, los informantes claves entrevistados en los Centros de salud visitados afirmaron una importante mejora en términos de servicios básicos en sus establecimientos, incluyendo el suministro de agua y la energía eléctrica, entre las principales áreas de impacto del Proyecto. Así, como parte del mismo, varios Centros de salud pudieron ser equipados con tinacos e inversores que ayudan a manejar el problema de energía eléctrica y la escasez de agua en los mismos.

En términos de suministros, las autoridades hospitalarias reportaron una mejora en los últimos años, afirmando, no obstante, que la misma tiene un límite, ya que se necesitan mejoras a nivel central de Promese para responder a pedidos de las farmacias en los hospitales de una manera más eficiente.

4.6. Gestión de riesgos y bioseguridad

La ruta sanitaria y los procedimientos de manejo de desechos fue establecida en varios de los Centros visitados como parte de las actividades del Proyecto de Centros de Excelencia, si bien las observaciones directas realizadas en algunos de ellos indican que estos procedimientos no necesariamente se cumplen a cabalidad. Aun así, en todos los casos el personal de limpieza y el personal involucrado en el manejo de desechos utiliza la vestimenta adecuada y ha recibido las vacunas de antitetánica y Hepatitis B.

La mayoría de los establecimientos visitados ha firmado acuerdos específicos con los Ayuntamientos locales para la recogida de los derechos hospitalarios, o está en proceso de su negociación. En un caso se reportó la ampliación de estos acuerdos entre el Ayuntamiento y las clínicas privadas del municipio, incidiendo de esta manera el Proyecto a mejorar la salubridad de la zona en el sentido más amplio.

4.7. Participación comunitaria

Las autoridades de la mayoría de los centros visitados reportan, como parte de las actividades del Proyecto de USAID, la integración de un miembro de la comunidad en el consejo hospitalario. No obstante, las entrevistas cualitativas y las observaciones directas realizadas sugieren que se trata del cumplimiento de una formalidad, más bien que de una alianza funcional entre el Hospital y los actores comunitarios específicos. Con excepción de un hospital, caracterizado por una amplia experiencia previa en el trabajo comunitario en el contexto de otro proyecto implementado en el mismo, los proveedores de servicios de salud y las autoridades hospitalarias en los Centros visitados muestran poca apertura hacia este tipo de integración, saliendo a relucir una actitud de "Ellos (usuarios) vs. Nosotros (proveedores)" en varios de los establecimientos visitados.

Cabe destacar la excepción que en este sentido representa el Hospital San Vicente de Paul (San Francisco de Macorís), en el cual se reportan experiencias muy exitosas de integración comunitaria, incluyendo el entrenamiento de dulas, comités comunitarios y de voluntariado integrados al trabajo del Hospital, así como la realización de investigaciones comunitarias protagonizadas por los líderes locales entrenados. De manera general, el funcionamiento de servicios de salud materno-infantil en este hospital parece estar más enfocado en la usuaria y el parto humanizado, en contraste con otros centros de salud visitados, involucrándose el personal

voluntario de las comunidades a las actividades cotidianas y la provisión de servicios en este establecimiento.

4.8. Emergencias y desastres

Si bien las rutas de evacuación fueron establecidas en la mayoría de los Centros visitados como parte del plan de respuesta a emergencias y desastres, los simulacros correspondientes no se han realizado en todos los establecimientos, estando el proceso de preparación frente a emergencias y desastres en proceso en la mayoría de ellos. Las autoridades hospitalarias y los proveedores de servicios de salud reconocen el impacto del Proyecto de USAID en el diseño y la implementación de este proceso.

4.9. Oportunidades

En adición a las observaciones y las entrevistas realizadas en torno a los componentes y los objetivos específicos del Proyecto de Centros de Excelencia, las visitas a los establecimientos de salud permitieron identificar iniciativas e intervenciones exitosas llevadas a cabo en el ámbito de la salud materno-infantil con otras fuentes de financiamiento, que pudieran ser tomadas en cuenta y, potencialmente, aplicadas y ampliadas en el contexto de este Proyecto. Se destacan en este sentido:

- **Psicoprofilaxis de parto** (Maternidad San Lorenzo de Los Mina). Dirigido y ofrecido gratuitamente a todas las embarazadas primigestas que acuden a servicios de atención prenatal, incluyendo ejercicios y preparación para el manejo de dolor en el proceso de parto, contribuyendo de manera importante a la humanización del mismo.
- **Madres tutelares** (Maternidad San Lorenzo de Los Mina). Dirigido a embarazadas adolescentes, implica el entrenamiento y la asignación de una líder comunitaria al acompañamiento y seguimiento de las embarazadas y las madres adolescentes desde el contexto comunitario hasta la asistencia al establecimiento de salud para los controles de embarazo, parto, post-parto, vacunación y consultas regulares de niño sano.
- **Madre canguro** (Hospital San Vicente de Paul, Maternidad San Lorenzo de Los Mina). Intervención dirigida a recién nacidos prematuros o de bajo peso, implicando la promoción de contacto piel a piel de 24 horas con la madre u otro familiar, y el seguimiento longitudinal para monitorear y fomentar las metas de desarrollo de los bebés durante el primer año de vida.
- **Programa de dulas** (Hospital San Vicente de Paul) entrenadas por el Voluntariado entre las líderes comunitarias vinculadas al trabajo del hospital, quienes acompañan a las embarazadas desde el contexto comunitario en la atención prenatal, hasta el momento de parto y post-parto, contribuyendo a la humanización de estos servicios y el manejo del dolor durante la labor de parto.
- **Entrenamiento de enfermeras para la realización de partos** (Hospital San Vicente de Paul) ha sido descrito como una práctica altamente positiva para los resultados de la atención a la salud materno-infantil en el Hospital, tanto por las enfermeras mismas como por los médicos especialistas entrevistados en el contexto de la presente Evaluación. La amplia capacitación y el empoderamiento del personal de enfermería para la realización autorizada y supervisada de partos fisiológicos, alcanzada a través de las intervenciones sostenidas por la Universidad de Emory en este Centro de salud, así como las asignaciones

claras y transparentes de sus responsabilidades en el proceso, parecen ser factores claves en este sentido.

- **Integración comunitaria** (Hospital San Vicente de Paul) promovida a través del trabajo del Voluntariado en el Hospital, incluyendo el apoyo de líderes comunitarios en la provisión de servicios intra-hospitalarios, el seguimiento post-parto a través de visitas domiciliarias en el contexto comunitario, el entrenamiento de dulas, y la investigación comunitaria participativa.
- **Integración de la prueba rápida y gratuita de VDRL en el contexto del PNRTV** (Hospital Antonio Musa), con la entrega de los resultados de la prueba de VIH y la prueba de Sífilis en el mismo día de la primera consulta prenatal, si bien reciente, representa una oportunidad importante para la detección temprana y oportuna de ambas condiciones de salud entre las embarazadas, incidiendo, entre otros aspectos, en la prevención y la reducción de la sífilis congénita.

5. CONCLUSIONES

- Se observan niveles desiguales en el desarrollo de las actividades del Proyecto y su impacto en los diferentes Centros de salud visitados, así como entre los diferentes ejes temáticos del mismo. Las condiciones específicas de los diferentes establecimientos, así como el estilo de gerencia en cada uno de ellos, parecen estar vinculados a la magnitud de impacto y el desarrollo de las intervenciones introducidas por el Proyecto de Centros de Excelencia en su contexto. De manera particular, la gerencia de recursos humanos con una clara asignación de funciones, responsabilidades y jerarquías institucionales, así como los conocimientos, competencias y la motivación del personal para lograr cambios positivos en el desempeño de sus funciones, lucen ser determinantes para el impacto logrado por el Proyecto en cada Centro de salud.
- Las actividades desarrolladas en los Centros de Capacitaciones en los establecimientos visitados tienden a limitarse a capacitaciones puntuales provistas al personal del establecimiento, o a actividades docentes cotidianas impartidas a los residentes de las diferentes especialidades, identificándose como una oportunidad perdida la posibilidad de aprovechar estos espacios para un proceso de gestión de conocimientos en el contexto hospitalario.
- De manera general, los reportes de los proveedores y las usuarias, así como las observaciones directas llevadas a cabo en los establecimientos visitados indican un impacto altamente positivo del Proyecto en:
    - Reparaciones y adaptaciones de la infraestructura, incluyendo su limpieza.
    - Gestión del cambio (organización de registros y archivos, Oficinas de Atención al Usuario, materiales y suministros).
    - Capacitaciones impartidas en el contexto del Proyecto, particularmente en el ámbito de bioseguridad (personal de limpieza) y Cuidados Obstétricos de Emergencia (COEm).
    - Empoderamiento y motivación de los recursos humanos para el desempeño de sus funciones específicas en los centros de salud.

- Procedimientos de bioseguridad y manejo de desechos.
- Preparación frente a emergencias y desastres.

– La Gestión Clínica constituye el área que amerita más reforzamiento por parte del Proyecto en estos momentos, dadas las múltiples debilidades identificadas en el ámbito de:

  - Capacitación y supervisión del personal en el cumplimiento de normas y protocolos de atención;
  - Integración entre diferentes programas y servicios, como garantía de una atención integral a la embarazada.
  - Trato a la usuaria en los diferentes servicios, particularmente en la labor de parto y post-parto.
  - Promoción y supervisión de los diferentes componentes del parto humanizado, según lo establecido en las normas nacionales, particularmente en lo relativo a las necesidades emocionales de las usuarias.
  - Fortalecimiento de servicios de emergencia y laboratorio.
  - Intervenciones de información, educación y comunicación a la usuaria.

– Se observaron debilidades en la atención y la respuesta estructurada a las necesidades emocionales y psicológicas de las usuarias de servicios de salud materno-infantil en los establecimientos visitados. Entre otros aspectos, las enfermeras y otros proveedores de servicios de salud en salas de parto y post-parto no cuentan con el entrenamiento requerido para responder oportunamente a las potenciales crisis emocionales de las usuarias, incluyendo el desconocimiento de los mecanismos más indicados para el apoyo psicológico en los casos de abortos espontáneos, muertes neonatales y otros posibles desencadenantes de crisis en este contexto. Tampoco están claramente establecidos los mecanismos de referencia intra e interinstitucional de los cuales pudieran auxiliarse en el manejo de estas situaciones.

– Los procedimientos de referencia y, particularmente, contra-referencia en los hospitales visitados están muy vagamente definidos y poco funcionales, si bien han podido observarse esfuerzos aislados para superar estas limitaciones, frecuentemente con base en las relaciones primarias entre los proveedores de servicios individuales en los diferentes niveles de atención.

– La integración de miembros de la comunidad en los Consejos Hospitalarios se cumple en la mayoría de los Centros visitados como una formalidad, si bien, con excepción de un hospital, caracterizado por una amplia experiencia previa en el trabajo comunitario en el contexto de otro proyecto implementado en el mismo, no se observa una integración funcional de la Comunidad con el Hospital ni la realización de actividades conjuntas estructuradas en beneficio de la salud de la población intervenida.

– Los Centros de salud incluidos en el Proyecto de Centros de Excelencia desarrollan iniciativas e intervenciones exitosas en el ámbito de la salud materno-infantil con el financiamiento parcial o total de otras fuentes, que pudieran ser tomadas en cuenta y,

potencialmente, aplicadas, ampliadas y replicadas en las fases subsecuentes del mismo. Se destacan en este sentido:

- Los programas de Psicoprofilaxis de Parto y de Madres Tutelares desarrollados en la Maternidad San Lorenzo de Los Mina.
- El programa de dulas, la integración e investigación comunitaria, el entrenamiento del personal de enfermería para la realización de partos fisiológicos, y el programa de Madre Canguro en el Hospital San Vicente de Paul (este último iniciado recientemente también en la Maternidad San Lorenzo de Los Mina).
- La integración de la prueba rápida y gratuita de VDRL en el contexto del PNRTV, llevada a cabo en el Hospital Antonio Musa.

6. RECOMENDACIONES

De los hallazgos del Componente Cualitativo de la presente Evaluación se desprenden varias pautas para agilizar el desarrollo de las fases subsecuentes del Proyecto de Centros de Excelencia y optimizar su impacto en los establecimientos de salud intervenidos. En este sentido, se sugiere:

- Fortalecer la gestión de recursos humanos en los centros de salud intervenidos, incidiendo de manera directa en la descripción de puestos, asignación de funciones y responsabilidades, sistema de incentivos y la supervisión del desempeño individual y de equipos de salud.
- Fomentar la transformación progresiva de los Centros de Capacitación en unidades intrahospitalarias de gestión de conocimientos, más allá de entrenamientos puntuales del personal de salud, incluyendo:
  - Actividades regulares de formación continua que promuevan la actitud proactiva en la búsqueda y el análisis crítico de la información actualizada en el ámbito de la salud materno-infantil y la medicina basada en evidencia (realización journal club, foros de discusión, etc.).
  - Iniciativas de producción de conocimientos, tomando ventaja, entre otros aspectos, de las posibilidades de análisis de datos generados por los diferentes servicios del Hospital, realización de investigaciones clínicas y comunitarias, preparación de artículos y otras publicaciones científicas, etc.
  - Posibilidades de reproducción de experiencias exitosas en la atención a la salud materno-infantil de Centro a Centro, en función de las prioridades y las áreas de especialización de cada establecimiento.
- Completar la ejecución y consolidar las intervenciones desarrolladas hasta la fecha en los establecimientos incluidos en el Proyecto de Centros de Excelencia en los ámbitos de gestión de cambio, adaptaciones de la infraestructura, bioseguridad y preparación frente a emergencias y desastres, incentivando su replicación en otros establecimientos de salud de las regiones correspondientes.
- Priorizar las intervenciones dirigidas a mejorar la gestión clínica y la calidad de la atención provista a las usuarias de servicios de salud materno-infantil, con énfasis en la divulgación, implementación y supervisión del cumplimiento de las normas nacionales establecidas para

estos fines y, particularmente, la humanización de estos servicios desde una perspectiva integral.

- Fomentar la comunicación y la interconsulta entre los diferentes programas que operan en el contexto intrahospitalario, con el fin de reducir las oportunidades perdidas y promover una atención integral en el ámbito de la salud materno-infantil que responda de manera oportuna a las necesidades de salud de mujeres embarazadas, madres y sus hijos/as.
- Proveer capacitación estructurada al personal de enfermería y otros proveedores involucrados de manera directa en la atención al embarazo, parto y puerperio, para responder a las necesidades psicológicas de las usuarias de estos servicios e intervenir de manera oportuna en el caso de potenciales crisis emocionales en este contexto.
- Precisar los mecanismos de referencia y contra-referencia entre los establecimientos de salud de diferentes niveles de atención, explorando las posibilidades de ampliar y generalizar las iniciativas implementadas con éxito y la disponibilidad de nuevas tecnologías para fomentar la comunicación directa entre los diferentes actores del sistema a través de la utilización de la telefonía móvil.
- Fortalecer, de manera prioritaria, la integración funcional de la gestión hospitalaria con las organizaciones y líderes comunitarios, reproduciendo las experiencias exitosas observadas en algunos de los establecimientos intervenidos, y tomando ventaja de las múltiples oportunidades que este tipo de integración implica para la calidad de los servicios de salud materno-infantil en este contexto, incluyendo:
  - El fomento del empoderamiento de los actores comunitarios en el conocimiento y el reclamo efectivo de sus derechos a recibir servicios de salud con calidad y calidez.
  - Integración de líderes comunitarios como voluntarios en la entrega de diferentes servicios provistos en el ámbito hospitalario, promoviendo su identificación con las fortalezas, las necesidades y los retos presentados en este proceso, así como el uso de recursos comunitarios para la superación oportuna de los mismos.
  - Involucramiento de líderes comunitarias en el acompañamiento de las mujeres en el proceso de embarazo, parto y puerperio, contribuyendo de esta manera a la humanización de servicios de salud materno-infantil en el ámbito hospitalario, y estableciendo canales permanentes para el seguimiento post-parto en el contexto comunitario.
  - Establecimiento de canales directos de comunicación entre los hospitales y la comunidad, facilitando el diseño y la implementación de intervenciones y actividades puntuales de IEC de manera que responda oportunamente a las necesidades sentidas en las comunidades especificas.
  - Realización de investigaciones comunitarias participativas, como un mecanismo para la transferencia de capacidades y competencias de gestión de conocimientos a miembros de la comunidad, empoderando a las comunidades como actores claves en el análisis crítico y la respuesta a sus propias necesidades de salud.
- Analizar la factibilidad de alianzas estratégicas con otras iniciativas y programas exitosos llevados a cabo en los Hospitales intervenidos con el fin de mejorar la calidad de servicios

de salud materno-infantil en los mismos, fomentando la transferencia de conocimientos y buenas prácticas entre los diferentes establecimientos en función de sus intereses y experiencias específicas.

7. Cuadro 1. Resumen de datos recopilados por Centro de Salud

D	Localidad / Hospital	Técnicas de recopilación de datos			Observaciones / comentarios
		Grupos de discusión	Entrevistas cualitativas puntuales	Observación cualitativa (áreas de atención)	
Lu 5	Santo Domingo Este Maternidad San Lorenzo de Los Mina	• Usuarias (n=6): Mujeres que han dado a luz en los últimos 3 años, 19-26 años. Una de ellas en el programa de adolescentes. Tres embarazos de alto riesgo. • Proveedores (n=4): Residentes de II, III y IV año de Gineco-Obstetricia, en áreas de Cirugía Ginecológica, Post-quirúrgico, Post-parto.	• Usuaria adolescente que estuvo en cuidados intensivos durante 2 semanas por eclampsia severa en el parto. Bebé sano de 4 meses. • Asistente de la Dirección del Hospital (acompañando las observaciones realizadas). • Equipo administrativo del Hospital (a manera de entrevista grupal).	• Programa Psicoprofilaxis de Parto (área equipada por USAID) • Laboratorio • Ruta sanitaria • Áreas nuevas del hospital (anexo) • Salas de espera de consulta externa, incluyendo consulta de adolescentes.	Participantes en el grupo de usuarias fueron seleccionadas y convocadas por la Dirección del Hospital. Aun así, no parece haber intervenido una selección dirigida de casos en el proceso, incluyéndose una madre con historia de muerte neonatal / eclampsia en el mismo hospital.
Ma 6	Cotuí Hospital Inmaculada Concepción	• Usuarias (n=14): Mujeres que han dado a luz en el último año, 16-33 años. NOTA: Convocadas por la Dirección del Hospital. • Proveedores (n=9): Enfermeras de Maternidad, áreas de pre y post parto, con 4 a 28 años de trabajo en el mismo Hospital.	• Equipo administrativo del Hospital (a manera de entrevista grupal). • Jefa de enfermería (acompañando las observaciones realizadas). • Usuaria de 19 años, interna en la sala de alto	• Salas de internamiento (alto riesgo, post-parto). • Manejo de una usuaria en sospecha de post-aborto espontaneo (resultó no estar embarazada) • Áreas de consulta externa.	Participantes en el grupo de usuarias fueron seleccionadas y convocadas de manera dirigida por la Dirección del Hospital. En varios casos se trataba de sus familiares y otros/as allegados.

D	Localidad / Hospital	Técnicas de recopilación de datos			Observaciones / comentarios
		Grupos de discusión	Entrevistas cualitativas puntuales	Observación cualitativa (áreas de atención)	
			riesgo por amenaza de aborto. • Pareja de una mujer de 33 años, quien tuvo una cesárea (gemelos) en el hospital hace 5 meses.		
Mi 7	San Francisco de Macorís Hospital San Vicente de Paul	Proveedores (n=7): Médicos involucrados en consulta externa. NOTA: Cada tres meses se turnan por diferentes áreas.	• Encargada del Programa Canguro. • Presidenta del Voluntariado del Hospital. • Equipo de gineco-obstetricia: jefe de servicio, enfermeras, dulas, investigación comunitaria (a manera de entrevista grupal). • Madre canguro en la sala de prematuros, 19 años / su familiar en la sala de usuarias.	• Programa Canguro (consulta de seguimiento / sala de prematuros). • Salas de internamiento (pre y post parto). • Consulta externa. • Espacio del voluntariado del Hospital.	No se pudo convocar el grupo de madres canguro graduadas, debido a la programación de la huelga general en el municipio en el día de la visita. Se optó por observar los servicios de este programa y conducir entrevistas informales con las usuarias presentes en las consultas de seguimiento.
Ju 8	San Juan de la Maguana Hospital Alejandro Cabral	• Usuarias (n=6): Mujeres embarazadas en consulta prenatal, 20-27 años, con por lo menos un parto previo en el mismo Hospital. • Proveedores (n=4): Personal de emergencia de	• Jefa de enfermería (acompañando las observaciones realizadas). • Usuaria que tuvo un parto fisiológico en el Hospital hace 8	• Unidad de Atención a la Usuaria • Ruta sanitaria • Consulta externa • Emergencia • Salas de internamiento	Se realizó una entrevista cualitativa con una usuaria que tuvo un parto fisiológico en el Hospital hace 8 meses, para contrastar la información obtenida en el grupo de

D	Localidad / Hospital	Técnicas de recopilación de datos			Observaciones / comentarios
		Grupos de discusión	Entrevistas cualitativas puntuales	Observación cualitativa (áreas de atención)	
		diferentes perfiles (Residente de Medicina Familiar, Enfermera, personal de limpieza, orientadora).	meses.		discusión con usuarias.
Vi 9	San Pedro de Macorís Hospital Antonio Musa	• Usuarias (n=9): Mujeres embarazadas en consulta prenatal, 21-34 años, algunas con partos previos en el mismo Hospital.	• Encargada de la Oficina de Atención al Usuario (acompañando las observaciones realizadas). • Encargado del Departamento de Educación (actividades de IEC en salas de espera de consulta externa / salas de internamiento) • Personal de laboratorio	• Unidad de Atención al Usuario • Archivo • Consulta externa • Área de educación • Salas de internamiento • Emergencia • Laboratorio • Imágenes	Estaba previsto un grupo de discusión con el personal involucrado en las actividades de IEC en el Hospital. Sin embargo, al contar este departamento con solo 2 proveedores, se optó por realizar una entrevista cualitativa con el encargado del departamento.

ANNEX 16. MID-TERM EVALUATION OF USAID'S INTERMEDIATE RESULT 4

OBSERVATION RESULTS AND RECOMENDATIONS

Dr. Olga Arroyo, Coordinadora Nacional Programa Perinatal. Ministerio de Salud de la Republica Dominicana

Gestión clínica

Elementos a avaluar:

- Atención consulta prenatal
- Atención embarazo y parto
- Estrategia Mama Canguro
- Maternidad Centrada en la familia
- Prevención Sepsis neonatal
- Ayudando a los Bebes a respirar

Metodología:

Se realizó observación directa a la atención ofrecida por prestadores de salud a las embarazadas y a la parturientas, se revisaron los expedientes que contenían las historia clínica de estas pacientes, se hicieron preguntas a los prestadores vinculado a la atención y a las destrezas y habilidades que presentan, y al final se hizo un juicio clínico por parte del observador en relación a la atención brindada como a la competencia demostrada por el prestador. Se hizo observación del área física de las unidades de neonatología y sala de partos relacionadas con la higiene e insumos necesarios para mantenerla. La eleccion de los consultorios para la evaluación de la consulta prenatal de primera vez o subsecuente se hizo al azar. La recolección de la información la obtuvimos a través de varios formularios y apuntes.

Hallazgos:

Las areas visitadas para la observación, no son las mismas en todos los hospitales. En la Maternidad de Los Mina observamos sala de preparto, parto, puerperio y unidad de Neonatología; en el Hospital Alejandro Cabral de San Juan sala de preparto, puerperio, consulta, Unidad de neonatología; en el Inmaculada Concepción de Cotui sala de partos, preparto, puerperio, consulta y unidad de neonatología; San Pedro sala de parto, preparto, cirugía, consulta prenatal y unidad de neonatología.

27. Atención parturienta en Sala de partos y prepartos, tres centros de salud : Se observo que:

- Las salas de parto de los hospitales evaluados son áreas rotuladas y restringidas, se observaron limpias, con pisos, paredes y techos lavables, y disponen de lavamanos con agua y jabón.
- Trato personalizado con respeto a la parturienta, por ese momento.

- Indaga sobre número de partos anteriores y hace pregunta para calcular edad gestacional.
- Realizó evaluación abdominal, signos vitales.
- En todos los centros de salud el prestador vestía con vestimenta limpia adecuada al área.
- Todos los prestadores se colocaron guantes estériles antes de la evaluación a la parturienta.
- En todos los centros habían equipos limpios para la atención de la parturienta y el recién nacido.
- En ningún centro de salud el proveedor de salud se lavó las manos antes ni después de las evaluaciones a la parturienta.

En dos centros de salud se observaron los siguientes elementos:

- No había historia clínica perinatal en el expediente de la paciente ni carnet perinatal.
- El Partograma se llenó de manera incompleta.
- hubo ausencia del resultado de las pruebas de laboratorio en el expediente.
- EL prestador a cargo de la atención al parto desconocía los antecedentes maternos.
- El prestador interrogado manifestó que tenía habilidades y destrezas para reanimar a un recién nacido. (cabe destacar que estos prestadores son médicos obstetras).

En un centro de salud se observaron las siguientes acciones:

- No revisaron la placenta después su extracción, ni se realizó pinzamiento tardío del cordón.
- El proveedor de salud se mantenía alejado de la parturienta durante la labor de parto.
- Ofrecieron los cuidados básicos inmediatos durante el nacimiento a los recién nacidos: secado de la piel, la lactancia materna durante el primer minuto, colocación piel a piel a su madre, profilaxis ocular .
- Se observaron peritas rehusadas.
- Hubo necesidad de campos estériles.

28. Área de consulta prenatal, <u>tres centros de salud:</u>

- El prestador de salud saludó y trató con respeto a la embarazada durante toda la visita.
- Indaga sobre número de partos anteriores y hace pregunta para calcular edad gestacional.
- Realizó evaluación abdominal, signos vitales y peso.
- Indicó las analíticas correspondientes a la embarazada
- Prescribió tratamiento con hierro y ácido fólico.
- Llenó una historia clínica a la paciente

- No se lavó las manos antes ni después de la atención ofrecida a las embarazadas.
- No indagó sobre antecedentes de infección de vías urinarias ni examina mucosas y piel buscando signos de anemia.

En dos centros de salud:

- El prestador de salud registra en el expediente los datos de la parturienta
- Se mantuvo la privacidad y confidencialidad de la paciente
- No se llenó la Historia clínica perinatal base.
- Llenó carnet perinatal
- Contaban con lavamanos y agua corriente, en ausencia de jabón y toallas desechables y un consultorio sin lavamanos, agua, jabón ni toallas desechables.

En un centro de salud

- El prestador no dejó constancia en el expediente de la atención ofrecida a la embarazada.
- No disponía de esfigmomanómetro.

29. Atención al recién nacido, área de recepción en un centro de salud:

En un hospital observamos la atención a dos recién nacidos que se le brindaron los cuidados básicos inmediatos de manera adecuada:

- Secado de la piel
- Lactancia materna durante el primer minuto
- Cubre el cuerpo del recién nacido con paño seco
- Colocación piel a piel a su madre
- Profilaxis ocular .
- Técnica limpia

Observación Unidad de neonatología cuatro hospitales:.

- Un hospital ofreciendo atención al recién nacido bajo peso y al prematuro a través de la Estrategia Mama Canguro con todas las intervenciones requeridas.
- Un hospital ofreciendo atención al recién nacido bajo peso y al prematuro a través de la Estrategia Mama Canguro con algunas intervenciones.
- Un hospital ofreciendo atención a la madre y al recién nacido bajo peso y al prematuro a través de la Estrategia Maternidad Centrada en la Familia con escasas intervenciones.
- Las unidades de neonatología y sala de partos de los centros evaluados todas son áreas restringidas, limpias e iluminadas y cuentan con lavamanos con agua y jabón dentro de la Unidad excepto en un hospital que no disponía de agua ni jabón para el lavado de las manos.

- Cuentan con mensajes educativos alusivos al lavado de manos y a la lactancia materna.
- Tres hospitales observados con atención humanizada al recién nacido

Conclusiones:

En una línea de base realizada por el Proyecto Centro de Excelencia en el año 2010 , para la implementación del sistema de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias en los hospitales seleccionados se concluyó que la mayoría de los hospitales requerían de reparación y/o restauración de las estructuras físicas de las áreas evaluadas, mejoría en el manejo y disposición de los desechos sólidos, necesidad permanente de insumos para el lavado de las manos e insumos para la protección de los pacientes y del personal de salud, colocación de rótulos de restricción y materiales educativos alusivos al lavado de manos en las salas de preparto, parto y neonatología y capacitación al personal de salud.

Por lo que concluimos que existen evidencias concretas de mejoría para la atención materna y del recién nacido, como son:

- Se brindó atención con calidad al recién nacido
- El prestador de salud observado en la atención a la embarazada y parturienta tiene las habilidades y destrezas para la atención al parto y el embarazo, aunque debe mejorarla.
- El prestador de salud no aplica en su totalidad las normas y guías de atención al embarazo parto y puerperio.
- Las intervenciones de la Estrategia Mama Canguro y Maternidad Centrada en la familia están incompletas.
- Las condiciones de higiene de la sala de partos y neonatología ha mejorado
- Los hospitales observados cuentan con sala de partos y neonatología aptos para brindar una atención con calidad.
- La mejoría en la estructura física de la sala de partos y unidad de neonatología de los hospitales observados contribuyen con la disminución de los factores de riesgo para la aparición de infecciones en la madre y el recién nacido, aunque las intervenciones para prevenirlas deben mejorar.
- La mayoría de los hospitales cuentan con los insumos necesarios para evitar los riesgos de infecciones nosocomiales.

Recomendaciones

- Realizar supervisión sistemática a través de las guías de Supervisión Clínica, Para conocer la aplicación de las normas y guías de atención al embarazo parto y puerperio, y atención al recién nacido.
- Establecer coordinación entre el archivo y emergencia o sala de partos, para la recuperación rápida de los expedientes maternos.
- Promocionar y vigilar el cumplimiento del lavado de manos, y proporcionar los insumos necesarios en las áreas de atención a la madre y al recién nacido.

- Establecer los mecanismos necesarios para que los expedientes de las parturientas cuenten con las analíticas y estudios correspondientes durante la labor de parto, y los responsables de la atención conozcan los resultados.
- Recomendar al prestador de salud, hacer énfasis en las pruebas del VIH y Sifilis en el momento del parto.
- Promocionar el pinzamiento tardío o cuando deje de latir el cordón umbilical
- Crear las condiciones para el acompañamiento de la parturienta con un familiar durante la labor de parto.
- Recomendar completar e llenado del Partograma durante la labor de parto.
- Promocionar el apego precoz al primer minuto.
- Mejorar la promoción de la prevención del VIH /SIDA y sífilis congénita a nivel comunitario, con énfasis en la provincia San Pedro.
- Reiterar la necesidad del llenado de la historia clínica perinatal base y el Carnet perinatal y recomendar a la madre llevarlo al momento del parto.
- Mejorar la confidencialidad durante la consulta
- Solicitar a la parturienta durante la atención, el carnet perinatal base o en su defecto, cualquier instrumento que contenga los datos maternos.
- Monitorear la adherencia al lavado de manos y la limpieza de los centros.
- Disponer de los insumos necesarios para prevenir las enfermedades nosocomiales

ANNEX 17. CLINICAL CARE OBSERVATIONS

Dr. Olga Arroyo and Dr. Peg Marshall observed clinical care in the labor, delivery, post-partum, and neonatal nursery areas, antenatal clinic, family planning clinic, and neonatal clinic.

GENERAL OBSERVATIONS AT LOS MINAS:

The visit started with reception by management and then moved to the labor and delivery area. We were able to observe two deliveries and watch the management of six laboring women. The physical area is extremely tight, allowing minimal privacy. There were 14 personnel in the area with the six women in addition to the two observers. There are approximately four physicians/residents per nurse. The role of the nurses was basically to give the pitocin, wash off the perineum pre- and post-birth, and clean the delivery room. The residents help women go to the delivery room, do the charting including the partogram, and write post-partum orders.

Interpersonal care:

In Los Minas women are not consistently called by their names, though this is something that has been worked on. Women are referred to as Dona (roughly madam).

Personnel stand at the woman's feet and talk to or over her from this position. No nurse or doctor took a patient's hand, comforted her, or gave advice on how she could relax or breathe for pain relief. This was true for both labor and delivery rooms.

There was an effort to provide privacy with curtains around roughly half the patients. One patient without a gown was given a see-through over-gown. One patient had a vaginal exam without any effort to pull the curtains and the woman was not communicated with before he put his hand in her vagina.

Care at Cotui was observed in the new antenatal clinic and post-partum post-natal care. There was no sink in the exam room and the obstetrician completed multiple physical exams and charting never once washing her hands or using hand sanitizer.

Care at Musa care was observed in the neonatal clinic, family planning clinic, and labor ward. There was a severely pre-eclamptic adolescent in active labor in a darkened ward by herself crying. In spite of 16 personnel standing within twenty feet of her, no one entered her room to give her emotional and physical support. There were 12 obstetricians and medical students clustered around a desk chatting. Three nurses were washing and wrapping instruments. When it was pointed out her anxious family were all standing in the hall outside, the head nurse stated there is not enough room for families in labor and delivery and that that is also why there are no stools in the labor room for anyone to sit at the patient's side and give labor support. In fact there was plenty of room for stools at every bedside. On the same unit not more than 10 feet from the huge cluster of personnel two post-operative patients were out of bed, one helping the second get her IV bottle down so she could go to the bathroom.

In the neonatal clinic there was a sink but the neonatologist never washed his hands. He laid each baby on the same blanket, undressed them, touched them including examination for descended testicles and rewrapped the babies. When no baby was in the room, he sat on the same blanket. These babies were all 7–25 days of age.

Observations: Respectful Care/ Humanization of Care

There is a widely variable understanding of what humanization of care is. You see it implemented in the most elementary way at Cotui, where the nurses think that referring to women as "my love" constitutes good care yet harbor vehemently anti-gay attitudes and don't work to support breastfeeding in the post-partum unit. to Las Minas, where using the woman's name or referring to her as Dona is seen as respectful to care, to San Pedro de Macoris, where care of women is much more textured. There problem-solving is part of good care, e.g., finding more comfortable types of chairs for breastfeeding women, including fathers in a more integral fashion, loosening visiting hours, etc. Humanization of care represents a rights and equity perspective and requires for implementation an empowered staff who see problem-solving as an integral and exciting part of their job. Barriers to overcoming this are

- A markedly skewed physician/nurse ratio.
- Lack of clear policies that empower nurses to perform normal deliveries, episiotomies, and other skills under their own authority and signing for their own work (e.g., birth certificates).
- Lack of functioning models of humanization of care from which to stimulate change in their own environments.
- Lack of ongoing continuing education for nurses.
- Racism against Haitians, which bubbles up in various contexts.
- Lack of cultural awareness/demand for more choice/control of health care options including preparation for childbirth classes, nonseparation of families in the hospital, knowledge of risks of nonemergency procedures, such as c/sections and long-term morbidities and disadvantages for both mother and child, advantages of breastfeeding for all infants, and so on. This is a complex list of societal factors, training factors, facility factors, and human good will which will require a long-term, multi-pronged approach.
- Almost to a person staff communicate with women standing at the foot of their bed. Units need to have stools at the bedsides so staff can provide friendlier, more intimate communication. Supportive labor care will not take place if staff cannot comfortably sit and support laboring women.

Recommendations:

- Identify key change agents from nursing, medicine, and administration to constitute a core team to work on this.
- Send the core team on a study tour to see family-centered care in action of various models. Potential sites might include the midwifery maternity hospital at San Martin de Porres in Lima Peru, the perinatal poverty hospital volunteer model in Buenos Aires, Argentina (a team from Musa has been sent there), the Centering Pregnancy model of antenatal care in the US, some of the humanization of care shakers and movers in Brazil, etc.
- Provide periodic and ongoing continuing education to nurses on this topic using the key champions to (1) set up a working model in one of the DR institutions where others can

come to visit and learn, and (2) conduct ongoing education sessions for nurses via Illuminate or other methodologies whereby they can learn and share in an interactive format.

- Establish a formal set of preparation for childbirth and parenthood classes that have certified instructors and up-to-date evidence-based practices and information. Support this program with community education materials. Investigate the ability of Jennifer Foster from Emory University Midwifery Program and Irene de la Torre from the University of Puerto Rico Midwifery Program to help in this process.

Observations: Information System Strengthening

In spite of great investments in improving hospital records archives, they have not translated into consistent improvement of care for patients. There are a number of areas of concern:

30. The recently adopted SIP PAHO form is not used well. The font is so small many staff cannot read the chart and note they write the notes in the margins since they can't see where it goes. Others complain that it is too long, requires too much information, and duplicates information written in other parts of the chart. Rarely did we find syphilis or HIV testing recorded on the record. The SIP form is not used as a patient management tool as data are not synthesized and no management plan is articulated so that the team knows the plans for an individual patient.

31. In a number of hospitals patient records are not routinely sent to labor and delivery when a patient is admitted; thus the delivery staffs are "flying blind" regarding the patient's history and antenatal care. When asked why so few labor patients had their records, someone was sent for them and they were available.

32. In one institution (Cotui) antenatal records were filled out and given to the patient. A second unfilled-out copy was kept at the hospital "to be filled out later." It is unlikely that filling in those copies after seeing 15-18 patients is of any value and might be quite dangerous.

33. Often women delivering at referral hospitals do not have/come with their prenatal records. This clearly impacts quality of care as laboratory and other data are unknown.

Recommendations:

34. Institutions should consider reprinting the SIP forms on two pages instead of one in a larger font with enhanced space for management notes.

35. The issues of filling in forms when the patient is still present, records routinely being sent upon admission, and referral of records when patients deliver at other institutions need to be sorted out.

36. Institutions need to work out systems so that laboratory results are located and placed in the patient's chart prior to her next visit. Records missing lab data need to be tagged so that the patient is sent at the next visit to complete her lab work. This function could be handled by admin staff, clinic nurses, records managers, etc.

37. Develop consensus as what the minimum common information is to be filled out so each individual practitioner does not develop their own standard.

38. Analyze the information and give feedback to the staff filling out the forms. Seeing their own practice gaps should help improve quality of care.

Observations: Currency in Practice Issues

Currency in practice varies widely from site to site and professional to professional. It was clear at Las Minas that AMSTL is widely practiced and correctly, from the two deliveries observed. The nurses at Cotui, from an oral description of what they do, do not know AMSTL. The nurses at San Pedro de Marcoris noted they have been trained and use it consistently but detailed description was not sought. Neither nursing nor medical staff at any site seem to be aware of the literature regarding excess morbidity and mortality of both mothers and neonates resulting from overuse of c/sections, labor inductions, neonatal blood gases, etc. The physicians seem to recognize that their rates are high (32 to 49 per cent); however, they did not have an articulated approach to reduction of these rates. Most of the nurses interviewed did not have a real sense of what is a reasonable rate and most did not link post-partum early formula feeding to excess surgical interventions and condition of the mother post-partum.

Clearly medical students are not sitting with laboring women and learning what labor is all about. It is very easy to rush to surgery when the normal is not well understood. There is an overreliance on technology as clinical judgment and skills take on less importance. In antenatal clinic the obstetrician observed did not use last menstrual period or size of uterus to determine the estimated date of confinement (EDC). She stated the EDC would be determined from the sonogram. She sends patients for sonograms every trimester, which is not in sync with MOH established protocols.

It is very concerning from the skilled provider interviews that common skills are not mastered/practiced. One obstetrician noted she cannot resuscitate a baby but doesn't need to as the neonatologists are there. Nor could she manage a patient on magnesium sulfate. Knowledge of management of assisted deliveries is also clearly a dying skill and is likely a substantial contributor to excess c/sections.

Nurses do not exhibit skills in providing supportive labor care from the observations seen. It is not clear what expectations are for them from supervisors. Most nurses have not been updated in AMTSL or HBB.

Recommendations:

39. An assessment of individual provider skills is essential with tailored continuing education offerings on a regular basis.

40. Supervisors need to review patient management and discuss sloppy care that does not use MOH policy guidelines and identify providers in need of educational and mentoring support.

Observations: Basic Hygiene

There is great concern regarding implementing basic standards of hygiene. In Las Minas with a significant delivery load of births, there is not a sink in the delivery or labor units. Hand sanitizer is used pre-vaginal exams (and erratically post-exam). In Cotui there is erratic water supply, erratic soap supply, no sink in labor and delivery. In San Pedro there are water, soap, and sinks. In Las Minas, Musa, and San Pedro there is an area for fathers/families to wash up and dress for the nursery and easy access to soap and water for nursery personnel.

In Cotui there is not a sink in the examination room nor was hand sanitizer available. The obstetrician filled charts, examined the patient physically including a vaginal exam, sat down and continued charting, touching her face, furniture, pen, etc., and repeated the scene over and over with each patient

Issues related to the two deliveries observed in Las Minas: The residents did a good job with AMTSL but neither resident examined the placenta for completeness or normalcy. This is important in prevention of delayed PPH and identification of newborn congenital problems. The resident who performed an episiotomy did not have a clean/sterile field so had to balance the suture in her hands and without adequate lighting repair the episiotomy. The norm is to perform medio-lateral episiotomies despite their disadvantages for the mother.

In the two cases observed, the infant was placed on the mother's chest immediately upon delivery but whisked away immediately upon cutting of the cord and showing the mother the sex of the infant. Given the poor delivery conditions and lack of physical space and security on the broken delivery beds, this is likely not such a bad thing. It will be important to improve these behaviors as they move into new spacious rooms with labor/delivery/post-partum beds that are state of the art.

Recommendations:

If Semmilweis were not already dead, he would die to see the lack of scrupulous attention to hygiene in these institutions. It is difficult to change the culture of hand washing when soap and water are not available as a routine. We are training a whole generations of practitioners to "make do" instead of loudly demanding these basics for safe care.

41. First, administration must see that soap and water are continuously available in all clinical areas. There is no excuse good enough to justify no sink in the labor and delivery rooms in a hospital doing 12,000 deliveries . . . or any other hospital. It is not acceptable to see multiple neonates or antenatal patients without washing hands between each patient.
42. Nosocomial infection rates should be graphed and posted in the clinical areas monthly.
43. There needs to be work on empowering epidemiologists and infection control nurses to demand provider compliance with hygiene standards with direct access to the hospital director to ensure enforcement.
44. Names of providers and their compliance with hand washing pre-vaginal exam and pre-delivery should be listed on the wall monthly.

Observations: Installing Kangaroo Mother Care

Kangaroo care was initiated over 18 months ago at San Pedro de Macoris and one month ago at Los Minas after a team (neonatologist, nurse, and psychologist) was sent to the Kangaroo Foundation in Colombia for training. This program has undergone an amazing evolution over this time. Initially data were not recorded and hospital support was tepid. Now data are carefully maintained and the service has become the darling of the hospital, enjoying lots of publicity, earning a prize from the first lady, and creating an empowered, committed, problem-solving staff. Due to a strike, mothers did not come in the day we visited (though I have observed this service previously) for follow-up monitoring and care.

In Los Minas the project does not yet have dedicated space. In spite of space and equipment needs, the staff has very energetically begun, enrolling 33 babies the first month. They were delighted to report that no baby had needed to be re-hospitalized, in contrast to a usual rate of 20 percent. Enthusiasm is running very high and clearly there are several committed change agents working to make it happen.

Staff in San Pedro is very concerned that the next step be providing continuing education to staff from all the referral institutions. They note deaths of neonates from lack of proper referral (e.g., a baby that was not kangarooed for transport and arrived with terminal hypothermia).

Recommendations:

45. It is so clear that nursing staff at San Pedro in both neonatal and maternity services are much more empowered, self-confident, and professional in their practice than other hospitals observed**.** Inputs from the midwives from Emory University and KMC training have been extremely positive. Providing multiple opportunities for nurses from the other centers of excellence is key to achieving a tipping point for high quality individualized care.

46. Support for starting KMC in multiple hospitals could be hastened by getting equipment and supplies for several at the same time rather than waiting for each to figure out the supply chain (patient *fajas*, special examination desk, data software, retinascope, etc, etc).

47. Support for continuing education on baby transport is needed. Institutions should likewise not be allowed to refuse a transported infant. Multiple instances of deaths were described as no one had called ahead regarding transfer of a moribund infant.

ANNEX 18. RESULTS OF KEY INFORMANT INTERVIEWS AT SRS, SDP AND HOSPITAL LEVELS

EVALUACIÓN DE TERMINO MEDIO DEL PROYECTO CENTROS DE EXCELENCIA MATERNO INFANTIL

Republica Dominicana. Abril-Marzo, 2012

Entrevista a Informantes Claves: HOSPITALES REGIONALES Y PROVINCIALES

RESULTADOS

Nombre del establecimiento: Los Mina, San Vincente de Paul, Alejandro Cabral

Entrevistador: Derek Sedlacek

Fecha: 3/11/2012

Conocimientos generales acerca del proyecto:

Hallazgos: All of the staff with whom I interacted from each of the hospitals I visited knew about the project and had a positive persepective on what had been implemented. At the same time, the lower the level of the staff member, the less aware they were of the full scope of the interventions that were taking place.

Conclusiones: While the discrepancy in information between levels is normal, there is critical information that is not reaching crtitical players (example: The full scope of the OAU has not been described to patients or providers).

Selección de los Centros de Excelencia (CDEx)

Planificación

Hallazgos: The interventions in strategic planning, change management, and the postgraduate diploma in health and social security management were all identified as important contributors to the success of the project in the hospitals. Each of the hospitals has been able to develop its own operational plan and was supported in the creation of quality improvement plans and strategic plans.

Conclusiones: This is perhaps the most sustainable process of the intervention, and is a critical step for any replication.

Monitoreo, Evaluación y Sistemas de Información

Hallazgos: While the information system has been improved with the implementation of SIGHO, monitoring and evaluation remains weak.

Conclusiones: SIGHO has been a fundamental tool, but working with the DPS to systemitize M&E is critical for improvements in the quality of care.

Gestión de Recursos

Hallazgos: The hospitals have limited sources of income generation, but different hospitals are implementing diverse strategies to tap into the private insurance market. All of the hospitals are

struggling with claim rejections, which are limiting additional resouces. Furthermore, due to delayed payments and other reasons, several of the hospitals have acquired significant debt.

Conclusiones: The hospitals need to diversify their sources of income generation and improve their claims processing.

Recomendaciones: Perhaps a separate component on income generation is needed.

Atención Humanizada

Hallazgos: Heterogeneous results among the different hospitals, but overall the humanization of care remains very superficial.

Conclusiones: While this is perhaps a substantial improvement compared to the starting point, there is still much to do in this area.

Recomendaciones:

Atención del Parto: Estadísticas del servicio

Intervenciones Prioritarias

Hallazgos: Extensive implementation of Emergency Obstetric Care and AMTSL.

Limited implementation of priority neonatal interventions. Never heard about Helping Babies Breathe although there should be trained persons in each of the hospitals.

Conclusiones: Emergency Obstetric Care and AMSTL are close to a level of sustainability, but training for these interventions needs to be integrated into pre-service training or very early in in-service training. Helping Babies Breathe and Kangaroo Mother Care have the potential to be more sustainable, but have been implemented on a very superficial level to date.

MORTALIDAD MATERNA

Mortalidad Infantil

Control de infecciones

Hallazgos: The infrastructure and systems are in place to sustain these interventions. The behavior component is still weak.

Conclusiones: The structural interventions implemented to date have been important for the sustainability of this component, but the behavioral component needs continued follow-up.

Recomendaciones: This component is ready for replication and will help reinforce the behavioral component in all hospitals.

ARTICULACIÓN ENTRE LOS DIFERENTES NIVELES

Habilitación

Oficina de Atención al Usuario

Hallazgos: One of the most referenced improvements by all of the stakeholders. The full breadth of the intervention is either yet to be realized or not known by all that need to be aware (examples: Complaint Department, Appointments, interaction with the community).

Conclusiones: Without all the stakeholders being informed, this component will not reach its full potential.

Recomendaciones: Beyond full implementation, this component needs to be promoted to both providers and patients.

Sistema de Gestión de Suministro

Hallazgos: Heterogenous implementation in the hospitals. The SIGHO application was available in all of the sites that I visited.

Conclusiones: There has been tremendous progress in this component.

Recomendaciones: This component is ready for replication and will help reinforce continued improvements in all hospitals.

Plan de Manejo de Emergencias y Desastres

Hallazgos: All of the hospitals recognized this component as an important component of the project. At some point there was an issue with the central level, and implementation of this component essentially stopped.

Conclusiones: There was a lack of coordination by the project with the central department in charge of emergencies and disasters that has threatened the performance of this component.

Participación comunitaria

Hallazgos: There is very little community participation being supported by the project.

Conclusiones: Without strengthening this component, humanization of care will continue to be a challenge.

Lecciones Aprendidas

Entrevista a Informantes Claves: DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD

RESULTADOS

Nombre del establecimiento: DPS Sanchez Ramirez, San Juan, El Seibo

Entrevistador: Derek Sedlacek

Fecha: March 11, 2012

Conocimientos generales acerca del proyecto:

Hallazgos: All three of the DPSs have been intimately involved with the project since its induction phase.

Conclusiones: All three of the DPS are committed to the project and advocate for implementation of its interventions in other provinces.

Capacitación en gestión

Hallazgos: The interventions in strategic planning, change management, and the postgraduate diploma in health and social security management were all identified as important contributors to the success of the project in the DPS. Each of the regions has been able to develop its own operational plans and was supported in the creation of quality improvement plans and strategic

plans. Furthermore, each of the DPS felt empowered enough to apply for the National Award for Public Administration.

Conclusiones: This is perhaps the most sustainable process of the intervention, and is a critical step for any replication.

Monitoreo, Evaluación, Sistemas de Información, Vigilancia y Epidemiologia

Hallazgos: Monitoring and evaluation and information systems continue to be major weaknesses throughout the country. One of the main challenges identified is the pathway for information either directly to the province or through the regional health directorate. On the other hand there has been many advances in the area of epidemiology and surveillance. For example, El Seibo has been the number one province in terms of completeness and timeliness of information reported to DIGEPI. Expanding trainings beyond the medical interns to the staff that stay on for more time as well as giving refresher trainings when new interns arrive at the Unidades de Atención Primaria (UNAPS) have helped with improving reporting.

Conclusiones: The pathway of monitoring and evaluation data from hospitals/UNAPS to the DPS needs to be systematized. The emphasis on mandatory reporting has been effective and is improving the performance of the DPS in the area of epidemiology and surveillance.

Gestión de Recursos

Hallazgos: The DPSs have limited financial resources and few human resources. The DPS in El Seibo has put forth a proposal to strengthen the capacity of its own resources while simultaneously expanding interventions to other DPSs. The DPSs did not recognize the financial resources management component as an area where they have been supported by the project.

Conclusiones: The limited financial resources and human resources make it extremely challenging for a DPS to perform its functions effectively, making it even more important to optimize the management of resources.

Redes programáticas de Salud Colectiva

Hallazgos: The DPS and SRS are going through a transition with the PAI program and there is a surprisingly small number of people responsible for implementing a diverse set of programs.

Conclusiones: The DPSs have limited capacity to perform this function. The persons assigned to particular programs are responsible for both promotion and stewardship of programs that require very different skill sets.

Recomendaciones: The project should look at the organization of the DPSs to ensure that there is an appropriate match of skills with position responsibilities.

Plan de Manejo de Emergencias y Desastres

Hallazgos: All of the DPSs recognized this as an important component of the project. At some point there was an issue with the central level and implementation of this component essentially stopped. On the other hand, the DPS in El Seibo, which has a strong relationship with the central level, have been able to continue working on this issue.

Conclusiones: There was a lack of coordination by the project with the central department in charge of emergencies and disasters that has threatened the performance of this component.

Proceso de Habilitación

Hallazgos: The process remains extremely centralized, although some DPSs (e.g., San Juan) seemed to have more autonomy than others (e.g., El Seibo), especially when it comes to recognizing the private sector and UNAPs.

Conclusiones: Greater autonomy has resulted in more centers being recognized as rehabilitated.

Replication

Hallazgos: Due to the limited number and capacity of human resources, there might not be enough people to implement replications as originally designed. That said, El seibo has submitted a replication plan in order to begin this crucial next step.

Conclusiones: All of the DPSs expressed the desire to replicate interventions in other DPSs, but El Seibo was the only one that has thought through how this process would happen.

Recomendaciones: Rather than one DPS being responsible for replicating activities in another DPS, I would look to mixing and matching members from all three of the DPSs in order to optimize the effectiveness of replication and mitigate the burden placed on any individual DPS.

Lecciones Aprendidas

Entrevista a Informantes Claves: DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

RESULTADOS

Nombre del establecimiento: Regions V, VI, VIII

Entrevistador: Derek Sedlacek

Fecha: March 9, 2012

Conocimientos generales acerca del proyecto:

Hallazgos: Regions VI and VIII have been intimately involved with the project since its induction phase. Region V underwent a change in leadership during the course of the project and has not been as intimately involved in implementation of the project.

Conclusiones: Regions VI and VIII are committed to seeing the interventions replicated in the hospitals throughout their region. Region V does not have the same commitment to the sustainability of these interventions.

Selección de los Centros de Excelencia (CDEx)

Hallazgos: Region VI and Region VIII agree fully with the selection criteria used by the project. The Region VI Director was planning to replicate the San Juan experience in Los Matas de Farfan, but when the replication team showed up to have the first meeting with the team from Los Matas, no one was there. In response, the Regional Director told the hospital director that there would be no effort made by the replication team until the receiving hospital showed the commitment necessary to complete the process. The Region V director was not present when the selection took place and has the perception that the hospitals were simply chosen.

Conclusiones: Region VI and VIII understand that the competition that led to the selection of the hospitals has been critical. Commitment will be an important factor for choosing sites to replicate.

Capacitación en gestión

Hallazgos: The interventions in strategic planning, change management, and the postgraduate diploma in health and social security management were all identified as important contributors to the success of the project in the region and at the hospitals. Each of the regions has been able to develop its own operational plans and was supported in the creation of quality improvement plans and strategic plans.

Conclusiones: This is perhaps the most sustainable process of the intervention, and is a critical step for any replication.

Monitoreo, Evaluación y Sistemas de Información

Hallazgos: Monitoring and evaluation and information systems continue to be major weaknesses throughout the country. While the regions and hospitals have the tools to complete the job, it is not being done completely or on time.

Conclusiones: The project has not achieved a sustainable change in attitude about strategic information.

Gestión de Recursos

Hallazgos: This process has yet to be decentralized; therefore the achievements have been on a small scale. Region VIII has documented its success in managing the human resources paid by the sale of services and specifically requested our advocacy with the central level. Region VIII is implementing innovative income generation strategies such as selling lab services to private insurers. Region V identified more resources and more sources (donations) than the other regions, but was the most concerned about the sustainability of their current activities.

Conclusiones: Without true decentralization it is impossible to know the capacity of these entities to manage the full extent of their resources.

Gestión de cartera de servicios

Articulación entre los diferentes niveles

Hallazgos: While primary referral continues to improve, the counter-referral still remains a challenge.

Conclusiones: The pilot being implemented in the Region V is still not working.

Participación comunitaria

Hallazgos: There is very little community participation being supported by the project.

Conclusiones: Without strengthening this component, the humanization of care will continue to be a challenge.

Replication

Hallazgos: Region VIII identified financial resources as the main barrier to replication, while Region VI identified human resources as the primary barrier. Both are committed to replicating the interventions if/when resources are available.

Conclusiones: Without true decentralization, it is going to be a challenge for the regional directors to fully commit to replication. Currently, the desire exists along with limited financial resources and capable human resources, which will result in replication of activities in only a limited number of other hospitals.

ANNEX 19. PRINCIPLES OF FAMILY-CENTERED MATERNITY CARE[1]

FCMC Principle 1: Childbirth is seen as wellness, not illness. Care is directed to maintaining labor, birth, postpartum, and newborn care as a normal life event involving dynamics, emotional, social, and physical change.
FCMC Principle 2: Prenatal care is personalized according to the individual psychosocial, educational, physical, spiritual, and cultural needs of each woman and her family.
FCMC Principle3: A comprehensive program of perinatal education prepares families for active participation throughout the evolving process of preconception, pregnancy, childbirth, and parenting.
FCMC Principle 4: The hospital teams assist the family in making informed choices for their care during pregnancy, labor, birth, postpartum, and newborn care, and strives to provide them with the experience they desire.
FCMC Principle 5: The father and/or other supportive person(s) of the mother´s choice are actively involved in the education process, labor, birth, postpartum, and newborn care.
FCMC Principle 6: Whenever the mother wishes, family and friends are encouraged to be present during the entire hospital stay, including labor and birth.
FCMC Principle 7: Each woman's labor and birth care are provided in the same location unless a cesarean birth is necessary. When possible, postpartum and newborn care are also given in the same location and by the same caregivers.
FCMC Principle 8: Mothers are the preferred care providers for their infants. When mothers are caring for their babies, the nursing role changes from performing direct patient care to facilitating the provision of care by the mother or family.
FCMC Principle 9: When mother–baby care is implemented, the same person cares for the mother and baby couplet as a single family unit, even when they are briefly separated.
FCMC Principle 10: Parents have access to their high-risk newborns at all times and are included in the care of their infants to the extent possible given the newborn's condition.

[1] Information from: Goldy Mazia, MD, MPH. Technical Advisor for Newborn Health
Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP). 1776 Massachusetts Ave., NW. Suite 300. Washington, DC 20036

ANNEX 20. SUSTAINABILITY ELEMENTS OF FAMILY-CENTERED MATERNITY[1]

Period	Interventions	Elements of Sustainability and Implementable	Comments
Prenatal control	Accompany Health education Adequate outpatient office Day hospital Preparatory course on maternity Respectful and cordial interaction	Improved prenatal control Respectful and cordial interaction Accompany Health education	Other suggested elements for the future (more resources): Prenatal checkups with emphasis on the prevention of maternal and neonatal risks (prematurity, pre-eclampsia, infection, nutritional deficiency) To establish the prenatal checkup for the first time, integration of complementary services and joint consultation
Labor and delivery	Accompany Skin-to-skin contact Exclusive and early breastfeeding No separation of mother and infant	Everything but accompany, because even though it has a great impact, it implies changes on complex paradigms. It will also be useful to measure the skin-to-skin intervention over the next months	More than the physical space for the patient's recovery (2 hours after delivery), health staff attitudes are important: correct assessment of the mother and the newborn for early detection of signs of risk
Rooming-in	10 steps for successful breastfeeding: 1. Written breastfeeding policy that is communicated to the entire staff 2. Train health staff in the necessary skills to apply the policy 3. Inform pregnant women of the benefits of breastfeeding 4. Help mothers to breastfeed in the first hour after delivery 5. Teach mothers to initiate and maintain breastfeeding	It can be done with the support of the Breastfeeding Unit of the MOH and the La Leche League. MCHIP has worked with hospitals on the promotion of breastfeeding during the first hour (to be measured during the next few months), and Kangaroo Mother and HSVP are integrated with the breastfeeding unit	There is need to change the attitudes of health staff and hospital directors to create favorable policies (including not allowing bottle-feeding commercial vendors). Create physical spaces at the hospital for women from remote areas

[1] Information from: Goldy Mazia, MD, MPH. Technical Advisor for Newborn Health Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP). 1776 Massachusetts Ave., NW. Suite 300. Washington, DC 20036

Period	Interventions	Elements of Sustainability and Implementable	Comments
	6. Do not offer any food or liquids to the newborns other than breast milk 7. Rooming-in for the first 24 hours 8. Promote breastfeeding on demand 9. Do not offer pacifiers nor bottle 10. Facilitate the establishment of support groups and refer mothers to these groups during outpatient consultation		
Neonatal ward	Unrestricted access for both parents Skin-to-skin contact Schedule visits from grandparents and siblings Support for parents in crisis Communication and management of parents with infants in risk of death Follow-up of high risk infants	Possible elements in the short term: unrestricted access for both parents and skin-to-skin contact during visits (if possible). It is paramount to improve the quality of the newborn at risk, with emphasis on the examination of the retina and neurological signs of the premature infant. The Kangaroo Mother intervention has clear guidelines.	The other elements are ideal but may be too complex to implement It is necessary to establish a follow-up visit for the high-risk newborn, which needs to be open and integrated on specific days

ANNEX 21. DETAILED METHODOLOGY

THE EVALUATION TEAM

A multidisciplinary team was formed from MOH, USAID/DR, USAID/Washington, and four independent and external consultants, totaling 8 team members. Dr. Olga Arroyo and Dr. Donatilo Santos represented the Department of Maternal and Child Health of the MOH; Mr. Derek Sedlacek, Ms. Veronica Valdivieso, and Dr. Peg Marshall represented USAID/W and USAID/DR; and Dr. Eddy Perez-Then, Ms. Marija Miric, Dr. Rafael Montero, and Dr. Marcelo Castrillo were independent consultants. All team members had experience in the country, with USAID's Maternal and Infant health interventions, and in evaluation methodologies. The Centers of Excellence processes developed and implemented by Abt Associates are unique, so for most team members this was their first exposure to it. However, the two MOH MTE members had worked on some specific training activities and reviewing some of the case management protocols for the projects, though they were not familiar with the entire process until now.

The MTE team was then divided into four evaluation groups in charge of: (1) interviews of staff from Provincial Health Directorates and Regional Health Services; (2) interviews of staff from Hospital Management Teams; (3) group discussions with users of maternal-infant health services and health service providers; and (4) rapid observation of the maternal and neonatal care setting, services delivered, and interviews with health care providers of these wards.

PURPOSE AND THEORETICAL BACKGROUND OF THE EVALUATION

The MTE was designed and implemented at a time when the MCH Centers of Excellence project transitioned from the implementation to the consolidation phase, and USAID/DR resources to MCH were declining. The MTE objectives were to determine what components and project aspects are working well or not well and the reason for their outcome, and the sustainability prospects of project interventions. It was also intended that the MTE results would help guide the MCH Centers of Excellence project to make modifications and corrections, if necessary. The MTE would provide information and recommendations to inform USAID, its Implementing Partners, the GODR, and other development partners on what is being accomplished regarding health systems strengthening and improving maternal, newborn, and infant health. Finally, the MTE would provide further information to better understand the initial results of the project and where needed, re-focus and strengthen it (see Annex 1: Mid term Evaluation Scope of Work).

The five key questions the MTE aims to respond to are:

48. *What programmatic and health systems strengthening aspects have been the most/least successful in ensuring the achievement of the project results and why?*
49. *What technical interventions have been the most/least successful in ensuring the achievement of the project results and why?*
50. *What programmatic and health systems strengthening aspects appear to be the most/least sustainable and why?*
51. *What technical interventions appear to be the most/least sustainable and why?*
52. *Has the project targeted the most critical and appropriate activities? what other opportunities exist?*

In order to identify the most appropriate evaluation strategy and related factors for the specific category of analysis, each one of the three results of the Maternal-Child Centers of Excellence project was stratified into a category, and the categories into different indicators (see Annexes 4 and 5).

Also, the evaluation of each objective of the MCHIP Program was performed, including prevention and treatment of newborn sepsis; Family-Centered Maternity and Kangaroo Mother Care strategies; strengthening of the newborn health national work plan in line with the LAC Neonatal Alliance Regional Strategy and Action Plan; and implementation of the "Helping Babies Breathe" (HBB) curriculum for newborn resuscitation.

The evaluation of the two complementary projects for quality improvement of the maternal-child services, the MCH Centers of Excellence and the MCH Integrated Program (MCHIP), was conducted following Rapid Assessment Process principles. This process included an extensive database search, using triangulation of information sources (observation, interviews, and literature review); iterative analysis (critical discussions with each team member about the observed findings regarding the parallel manner of the data recompilation process); and additional data collection as necessary to develop a rapid and preliminary understanding of project implementation status.

The rapid assessment methodologies applied were:

- **Document Review and Examination of Key Indicators Data.** The MTE reviewed documents regarding the project design, implementation processes, and manuals, among others. In addition, once on site, the MTE evaluation team requested provincial directorates and health facilities project indicator data to verify how the health staff members use data for strategic planning and defining MCH priorities.
- **Stakeholder Interviews at Different Levels**
  - **National/Policy Level**. These were qualitative interviews to obtain information as to how key senior staff perceive the Centers of Excellence; how much information they receive regarding project implementation; whether it responds to the national priorities, and if so, obtain recommendations to ensure its continuation.
  - **Regional Health Directorates**. Qualitative interviews focused on the hospitals' selection process; assistance on strategic planning; monitoring, evaluation, and use of data; systems strengthening and management of change *(gestión de cambio*); maternal-child health committees; and the certification process.
  - **Provincial Health Directorates**. Qualitative interviews focused on the use of case management protocols; health information systems; and human resources training.
  - **Selected Hospitals**. Interviews focused on the two main components of the project; management strengthening and maternal-infant strengthening interventions.
- **Direct Observation**. All teams made direct observations of hospital settings, such as the Customer Service Office; delivery and neonatal rooms; and Kangaroo Mother units.
- **Group Discussions** were held with users of the services and hospital staff.

DATA COLLECTION INSTRUMENTS

The team developed the following set of tools for data collection (Annex 6-13):

53. Key Informant Interview Guide: DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
54. Key Informant Interview Guide: DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD
55. Key Informant Interview Guide: HOSPITALES REGIONALES Y PROVINCIALES
56. Informed Consent for ENTREVISTAS A USUARIAS DE SERVICIOS MI Y PERSONAL DE SALUD
57. Group Discussion guide: PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD
58. Group Discussion guide: USUARIAS DE SERVICIOS DE SALUD
59. Guide for qualitative observation
60. Guidelines for Observer Teams

SAMPLING

The MTE team visited six out of the 10 project hospitals. The criteria to select those six were that they have the highest patient flow, were accessible given the MTE time frame, and had been recommended by the implementing partners. The MTE team also interviewed staff from all three target regions and DPS. The MTE team carried out two group discussions per hospital catchment area, one in the morning and one in early afternoon.

The following table shows the hospitals and directorates visited by the MTE team:

March 5	March 6	March 7	March 8	March 9
• H. San Lorenzo de Los Mina	• SRS Región VIII • H. Morillo King • DPS Cotuí • H. Inmaculada Concepción	• H. San Vicente de Paul en San Francisco de Macorís	• SRS Región VI • DPS San Juan • H. Alejandro Cabral de San Juan	• SRS Región V San Pedro de Macorís • H. Antonio Musa • DPS de El Seybo

In addition, during the first and third weeks, the MTE team visited the implementing partners and MOH project counterparts, namely, the MCH Department, the Vice-Ministry of Quality Care, the National Directorate of Epidemiology, the Vice-Ministry of REDES, and the Department of Habilitation of the DR MOH.

DATA ANALYSIS AND OUTCOMES INTERPRETATION

To classify the evaluation outcomes of the two project sets of interventions, a qualitative score—based on two variables, performance and sustainability—was developed. Scales and definitions of the qualitative score are as follows:

Performance		Sustainability	
Low:	Performance was consistently below expectations in most essential areas of responsibility.	Not sustainable:	The intervention has low potential for sustainability, no ownership by individuals and teams, and no financial support to maintain the level of effort is recommended.
Needs improvement:	Performance did not consistently meet expectations in one or more essential areas of responsibility	Partially sustainable:	Some level of sustainability has been achieved, but still needs external assistance to maintain the level of effort.
High:	Performance consistently met expectations in all essential areas of responsibility, at times possibly exceeding expectations, and the quality of work overall was very good.	Fully sustainable:	Individuals and teams have taken ownership of development processes, including financing, and can maintain the results and outcomes beyond the duration of the project, and conditional on the DR MOH level of compromise.

Annexes 14 through 18 include the individual findings presented by the MTE team members, in their original language.

ASSESSMENT LIMITATIONS

There is one limitation in the approach the MTE team used to assess the USAID Intermediate Result 4 outcomes, and consequently the funding mechanisms. The evaluation of the project processes and effects was qualitative in nature. The MTE team gathered information from various sources and levels, and made subjective judgments in rating specific project interventions as relevant, sustainable, and replicable. However, the approach was systematic; a set of issues and facts were explored through predetermined discussion guides and observation lists (Annexes 6 through 13). When the responses of various informants and levels were combined, they usually supported one another, and, in cases where there were different or contradictory points of view, the MTE team kept on exploring in depth to determine if they were true differences or overall perceptions. After data collection, the MTE team met for three consecutive days to process the information obtained and to present the final conclusions and recommendations. The team brought additional perspectives, outside the implementing partners and stakeholders' views about the strengths and limitations of the interventions.

For more information, please visit
http://www.ghtechproject.com/resources

GH Tech Bridge Project
1725 Eye Street NW, Suite 300
Washington, DC 20006
Phone: (202) 349-3900
Fax: (202) 349-3915
www.ghtechproject.com