



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



## Programa Integrado de Salud Materna e Infantil (MCHIP)



### Paraguay: Informe Final 1ro. de Octubre, 2011–30 de Setiembre, 2012

**Fecha de Entrega: Diciembre 2012**

Entregado a:  
Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID,  
Bajo el Acuerdo Cooperativa No. GHS-A-00-08-00002-000

Preparado por:  
Jhpiego en colaboración con  
ICF/MACRO  
PATH  
Save the Children



# Tabla de Contenidos

---

|  |     |
|--|-----|
| TABLA DE CONTENIDOS .....  | iii |
| ABREVIACIONES Y SIGLAS .....   | iv  |
| MENCIONES Y AGRADECIMIENTOS .....  | v   |
| RESUMEN EJECUTIVO .....  | vi  |
| ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL .....  | 1   |
| RESUMEN DE LOS OBJETIVOS Y ACTIVIDADES .....   | 4   |
| PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN Y LOS RESULTADOS .....   | 8   |
| Protocolos de SMN.....   | 8   |
| Gerenciamiento y reconocimiento basado en estándares .....   | 9   |
| Capacitaciones en SMN: Actualización técnica y estandarización de conocimientos y habilidades clínicas en servicios esenciales y básicos de emergencia obstétrica y atención neonatal..... | 14  |
| Reanimación Neonatal Avanzada .....  | 16  |
| Evaluación de conocimientos .....  | 18  |
| Fortalecimiento de los consejos locales de salud (CLS) .....   | 19  |
| Mensajes DE salud y Materiales culturalmente apropiados.....   | 23  |
| Centros de Demostración del Método MAMÁ Canguro (MMC).....   | 27  |
| FINANCIAMIENTO DE ACTIVIDADES REGIONALES (LAC).....  | 30  |
| Prevención de sepsis neonatal.....   | 30  |
| Asistencia técnica de Sur a Sur: Aprendiendo y compartiendo las mejores prácticas en apoyo a la educación sobre partería en Paraguay.....  | 33  |
| GESTIÓN PROGRAMÁTICA.....  | 35  |
| Personal de MCHIP Paraguay .....   | 35  |
| Coordinación del equipo de MCHIP .....   | 35  |
| Colaboración con los socios clave .....  | 35  |
| APRENDIZAJES PROGRAMÁTICOS .....   | 36  |
| ANEXO 1: MARCO DE M&E.....   | 39  |
| ANEXO 2: HISTORIAS DE ÉXITO.....   | 45  |
| ANEXO 3: DATOS RELATIVOS AL METODO MAMA CANGURO .....  | 49  |
| ANEXO 4: PERSONAL Y CONSULTORES DE MCHIP .....   | 51  |
| ANEXO 5: MATERIALES EDUCATIVOS ADICIONALES .....   | 52  |
| ANEXO 6: PLAN DE ACCION DE GBER DEL HOSPITAL SAN PABLO.....  | 54  |

# Abreviaciones y Siglas

---

|           |  |
|-----------|--|
| AIEPI     | Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia  |
| ACCESS    | Programa de USAID de Acceso a servicios clínicos y comunitarios de salud de la mujer                         |
| ACCESS-FP | Programa de USAID de Acceso a servicios clínicos y comunitarios de salud de la mujer, Planificación familiar |
| AMEU      | Aspiración Manual Endouterina  |
| BASICS    | Programa de USAID de Apoyo básico para la institucionalización de la sobrevivencia infantil                  |
| CIM       | Confederación Internacional de Matronas  |
| DIRSINA   | Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia  |
| CLS       | Consejo Local de Salud   |
| DIUPP     | Dispositivos Intrauterinos Postparto   |
| GBER      | Gerenciamiento Basado en Estándares y Reconocimiento (SBMR en inglés)  |
| HDHER     | Hospital Distrital de Hernandarias   |
| HDMG      | Hospital Distrital de Minga Guazu  |
| HDMRA     | Hospital Distrital de Mariano Roque Alonso   |
| HDPF      | Hospital Distrital de Pdte. Franco   |
| HRCDE     | Hospital Regional de Ciudad del Este   |
| IEC       | Información, Educación y Comunicación  |
| IAB       | Instituto Andrés Barbero   |
| INAN      | Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición   |
| IMPAC     | Manejo Integrado del Embarazo y Parto  |
| LAC       | Región Latinoamérica y el Caribe   |
| LUI       | Legrado intra uterino  |
| MATEP     | El manejo activo del tercer periodo del parto  |
| MCHIP     | Programa Integrado de Salud Materna e Infantil   |
| MMC       | Método Mamá Canguro  |
| MSPBS     | Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social   |
| OMS       | Organización Mundial de la Salud   |
| OPS       | Organización Panamericana de la Salud  |
| POPPHI    | Iniciativa para la prevención de la hemorragia post parto  |
| SMN       | Salud Materna y neonatal   |
| SIP       | Sistema Informático perinatal  |
| UCIN      | Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal   |
| USAID     | Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional   |
| UNA       | Universidad Nacional de Asunción   |
| UNICEF    | Fondo de Naciones Unidas para la Infancia  |
| USF       | Unidad de Salud Familiar   |
| USMP      | Universidad San Martin de Porres   |

## Menciones y Agradecimientos

---

Este programa y el informe fueron posibles gracias al generoso apoyo del pueblo estadounidense a través de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), bajo los términos del Acuerdo de Cooperación GHS-A-00-08-00002-000. Los contenidos son responsabilidad del Programa Integrado de Salud Materna e Infantil (MCHIP) y no reflejan necesariamente las opiniones de USAID o del Gobierno de los Estados Unidos.

MCHIP es el principal Programa de Salud Materna, Neonatal e Infantil del Departamento para la Salud Mundial de USAID. MCHIP apoya programas en distintas áreas tales como Salud Materna, Neonatal e Infantil, Inmunización, Planificación Familiar, Malaria y VIH/SIDA; y fomenta sólidamente las oportunidades para la integración entre ellas. Las áreas técnicas de corte-transversal incluyen agua, sanidad, higiene, salud urbana y fortalecimiento de los sistemas de salud.

Para hacer posible que un proyecto como MCHIP/Paraguay resulte exitoso, es imprescindible contar con el esfuerzo mancomunado de muchas personas. Lamentamos no poder agradecer en forma individual a todos por su invaluable apoyo, pero nos gustaría mencionar a algunos de los más destacados e importantes colaboradores que intervinieron de manera fundamental para el éxito de esta gran empresa.

En primer lugar, el equipo MCHIP/Paraguay gustaría de agradecer al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay, así como también al personal de gerencia hospitalaria y asistencia médica de los Hospitales San Pablo, Mariano Roque Alonso, Lambaré, Regional de Ciudad del Este, y Distritales de Hernandarias y Minga Guazú. La permanente colaboración recibida por parte de ellos, así como su compromiso con el logro de los objetivos es el tipo de apoyo fundamental necesario para la mejora de la calidad técnica y la humanización de la asistencia médica, con clara implicancia positiva para todos los paraguayos - mujeres, hombres y niños. En particular, el proyecto MCHIP/Paraguay agradece la buena disposición y el apoyo recibido por la ex - Ministra de Salud Pública y Bienestar Social, Dra. Esperanza Martínez y su sucesor, el Prof. Dr. Antonio Arbo, actual Ministro de esta cartera de estado, así como también del personal de la Dirección General de Programas de Salud y de la Dirección de Niñez y Adolescencia, asimismo como a los responsables de la misión local de USAID, aliados fundamentales a la hora de desarrollar nuestra tarea.

Los resultados presentados aquí no habrían sido posibles de alcanzar sin el liderazgo, la participación, la coordinación y la colaboración de este gran número de personas que se asociaron para el desarrollo del proyecto MCHIP/Paraguay. La sabiduría colectiva e individual de cada uno de estos socios y las lecciones aprendidas de intervenciones previas contribuyeron significativamente al éxito del proyecto MCHIP/Paraguay.

# Resumen Ejecutivo

---

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <b>Inicio del Programa:</b>      | 1 de octubre, 2009   |
| <b>Fin del Programa:</b>         | 30 de setiembre, 2012  |
| <b>Áreas Técnicas:</b>           | Salud Materna y Neonatal   |
| <b>Objetivos:</b>                | <b>Objetivo 1:</b> Respaldo las iniciativas emprendidas por el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Paraguay en la elaboración de protocolos de salud materna y neonatal sobre la base de políticas y normas actualizadas.<br><br><b>Objetivo 2:</b> Incrementar la disponibilidad de servicios de atención obstétrica y neonatal básica y de emergencia de alta calidad y alto impacto.<br><br><b>Objetivo 3:</b> Mejorar los conocimientos y prácticas de los miembros de las comunidades y de las familias con relación al embarazo, parto y atención del recién nacido. |
| <b>Sitios de Implementación:</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Departamento Central y Capital</li><li>▪ Departamento de Alto Paraná</li></ul>   |

Las actividades de la Misión de USAID Paraguay fueron complementadas por dos actividades financiadas por el LAC Bureau las cuales incluyeron:

- **Programa de prevención de sepsis neonatal** (1 de enero 2011 hasta 20 de setiembre 2013)
  - Implementado en: Hospitales Regionales de San Estanislao; Coronel Oviedo y Caacupé
- **El fortalecimiento de currículo de capacitación pre-servicio** de las licenciadas en obstétrica (Midwives) a través de la cooperación sur a sur entre Paraguay y Perú (1 de abril 2011 hasta 30 setiembre 2013)
  - Instituciones gubernamentales participantes de Paraguay : Instituto Andrés Barbero (IAB) de la Universidad Nacional de Asunción (UNA); Universidades Privadas: Universidad del Norte; Universidad del Chaco; Universidad del Guairá; Universidad Técnica de Capacitación y Desarrollo (UTCD)

Este informe es un resumen de ambas actividades, las realizadas con fondos de la misión USAID Paraguay así como las solventadas con fondos del LAC Bureau, desde 1 de octubre 2009 hasta 30 de setiembre 2012.

## Resumen de Éxitos MCHIP Paraguay:

1. MCHIP Paraguay se estableció un sistema efectivo para el mejoramiento de calidad de servicios de salud materna y neonatal (SMN). El sistema se alineaba directamente con las normas internacionales y las Normas Nacionales de Salud Materna y Neonatal de Paraguay basadas en evidencia.

### Mejoramiento de Calidad:

El sistema de Gerenciamiento Basado en Estándares y Reconocimiento, o GBER (SBMR en inglés), fue implementado en ocho hospitales. De los ocho, seis completaron el estudio de línea de base sobre el cumplimiento de los estándares de calidad y adicionalmente se completaron por lo menos un sesión de monitoreo de su progreso. En estos seis hospitales se incrementó el cumplimiento de los estándares.

2. MCHIP Paraguay mejoró la capacitación de los profesionales de salud a través de los talleres de Salud Materna y Neonatal (SMN) incluyendo cursos en servicios de atención del parto y emergencias obstétricas y neonatales, reanimación neonatal avanzada y Método de Mama Canguro (MMC).<sup>1,2</sup>

#### Mejora de Profesionales Capacitadas a través de talleres de SMN:

- Servicios de Atención del Parto y Emergencias Obstétricas y Neonatales: Se formaron 18 Master trainers y recibieron capacitación otros 35 profesionales de salud
- Reanimación Avanzada Neonatal y Servicios de Atención al Recién Nacido:
- 82 profesionales formados
- MMC: 32 profesionales formados
- Prevención de Sepsis Neonatal (solventados con fondos de LAC Bureau): 3 equipos de mejora de calidad formados en 3 hospitales
- Centros de Formación de Habilidades Clínicas establecidos en HSP y HRCDE.

3. MCHIP Paraguay incrementó el uso de **el manejo activo del tercer periodo del parto (MATEP)** en partos vaginales y atención al recién nacido<sup>3</sup> a través de una combinación de capacitación clínica y la implementación de GBER para la mejoría de la calidad. El proyecto trabajó en colaboración con el personal clínico para documentar el uso del **manejo activo del tercer periodo del parto (MATEP)** para todas las mujeres que dieron a luz. Esto resultó en un aumento en el número y porcentaje de mujeres beneficiadas con el uso del MATEP y el número y porcentaje de recién nacidos quienes recibieron atención inmediata al nacimiento.

#### Se Aumentó el uso de prácticas claves de SMN:

Durante la última año del proyecto 98.1% (3,013) de mujeres recibieron el manejo activo del tercer período del parto durante su parto en comparación a 65.3% (115) de mujeres durante el primer año. Durante el segundo año de implementación del proyecto 82.2% (3,203) de recién nacidos recibieron servicios de emergencia en comparación al 40.8% (118) de recién nacidos durante el primer año. Además se constató una tendencia hacia la reducción en el número de muertes maternas reportadas en los hospitales priorizados (17 en 2009; 2 en 2012), pero conclusiones definitivas requieren investigación adicional.

---

<sup>1</sup> Los 13 modelos de de atención del parto y emergencias obstétricas y neonatales incluyeron: Conceptos claves en Salud Materna y Neonatal, Atención Parto Normal I; Atención Parto Normal II; Atención al Recién Nacido Normal y Reanimación Neonatal Básica; Prevención de infecciones ; Manejo de hemorragia pos parto y shock hipovolémico; Pre eclampsia y eclampsia; Trabajo de parto anormal; Manejo y cuidado del aborto incompleto; Infecciones maternas del embarazo, parto y puerperio; Planificación familiar post parto; Habilidades de capacitación Clínica I; Habilidades de capacitación Clínica II.

<sup>2</sup> El curso de resucitación neonatal y atención al recién nacido incluyó los temas de: prevención de infecciones; lavado de manos; manejo de vías respiratorias.; atención post-parto de recién nacido; complicaciones respiratorias; y uso de oxígeno.

<sup>3</sup> Atención al Recién Nacido incluye: ligadura tardía del cordón umbilical termorregulación (secado inmediato del recién nacido, colocación del mismo en contacto piel a piel con la madre,, cubrir al recién nacido con una sábana o colocarlo bajo una fuente de luz; lactancia dentro de la primera hora del nacimiento; corte del cordón umbilical con instrumental estéril; uso de solución de alcohol al 70% en el ombligo después de cortar el cordón (es la norma en Paraguay); (No pondría que no esta disponible en Paraguay, si se consigue y se utiliza también para asepsia-antisepsia, pero al no ser norma institucional del ministerio de salud, este no lo distribuye para este efecto en los centros de atención.)

4. MCHIP Paraguay salvó las vidas de recién nacidos de bajo peso a través del establecimiento de centros de Metodología Mama Canguro (MMC) en dos hospitales. De esta manera los miembros de familia fueron instruidos en los cuidados adecuados de su bebe prematuro con el método de Mama Canguro. Los centros de MMC fueron establecidos en el 2011 y recibieron sus primeros pacientes en setiembre del mismo año.

**Recién nacidos de bajo peso fueron salvados:**

56 recién nacidos participaron en los centros de MMC; todos aumentaron de peso y sobrevivieron. Centros de MMC fueron establecidos en el Hospital San Pablo y el Hospital Ciudad del Este. Después de formación por parte de MCHIP, el Hospital Regional de Coronel Oviedo implementó su propio centro de MMC y recibieron 12 recién nacidos en su programa.

5. MCHIP Paraguay mejoró las habilidades de las mujeres embarazadas y sus familias en la preparación adecuada para el día del parto a través de la creación y distribución de materiales educativos sobre temas de SMN. Para ayudar a las mujeres paraguayas a entender las señales de peligro de complicaciones obstétricas y neonatales que pueden presentarse durante el embarazo y requieren atención médica inmediata el programa MCHIP creó mensajes de salud estandarizados para su difusión a nivel nacional; MCHIP Paraguay revisó y revitalizó el folleto “Mi Plan de Parto,” desarrollando también la libreta de embarazo, folletos, radio spots y pósteres con mensajes saludables en idioma Guaraní y español.

El MSPB incluyó fondos para la impresión la libreta del embarazo en su presupuesto y plan de trabajo para el año 2013. En setiembre 2012 Plan Paraguay confirmó su interés en la impresión de la libreta así como de otros materiales impresos que acompañaron los mensajes de radio; en razón de esto , el logo de su organización fue incluido en las materiales. Estos materiales fueron utilizados con la aprobación del MSPB en las regiones de San Pedro, Caaguazú, Guairá y Paraguarí.

**Mujeres Embarazadas y sus Familias se Prepararon para el Parto:**

Waldina Delgadillo, enfermera de HRCDE, fue la persona designada para completar todos los formularios de las mujeres embarazadas admitidas el hospital para su atención prenatal. Waldina comentó que desde el inicio de la implementación del folleto “Mi Plan de Parto” las mujeres embarazadas llegaban al hospital bien preparadas para su parto. Ella resaltó los cambios: Las mujeres llegan tranquilas porque ya han planificada su traslado de/al hospital; dejaron sus otros hijos con vecinos o amigos, y han preparado sus efectos personales con anticipación.

6. MCHIP Paraguay mejoró las habilidades de colaboración y coordinación entre las comunidades e instituciones de salud para desarrollar planes de acción sobre temas de SMN. Los planes de acción fueron diseñados a través de la fortalecimiento del entendimiento sobre temas de SMN de los Centros de Salud Comunitarios y su coordinación con los centros de salud, unidades de salud familiar y las comunidades a quienes prestan servicio.

**Planes de Acción fueron desarrollados para abordar temas de SMN:**

Waldina Delgadillo, enfermera de HRCDE, fue la persona designada para completar Talleres de abogacía fueron desarrollados en las municipalidades de Hernandarias, Minga Guazú, y Mariano Roque Alonso. El objetivo de estos talleres fue a crear un espacio para el debate y reflexión sobre el mejoramiento de SMN a través de la estrecha cooperación entre los CHCS, FHUS, líderes comunitarios y representantes del hospital.

## Exitos de LAC BUREAU MCHIP Paraguay:

1. MCHIP Paraguay mejoró las prácticas de higiene para la atención de recién nacidos tres instituciones de salud. Apoyaron al personal a identificar las mejores prácticas en higiene e implementando los sistemas administrativos que apoyan estas prácticas, resultando en acciones que corrigen sus debilidades<sup>4</sup>.

### Prácticas higiénicas para la mejoría de la atención al recién nacido:

Lo siguiente es del director de prevención de infección en el hospital Coronel Oviedo: *“El programa de Prevención de Sepsis Neonatal contribuyó a realizar un seguimiento más estrecho de los Neonatos que ingresaban al servicio de Neonatología del Hospital Regional de Coronel Oviedo, permitió realizar un análisis más exhaustivo de los factores que contribuyen a la aparición de Sepsis Neonatal, así como a mejorar las prácticas que previenen la Sepsis Neonatal, en las tres áreas: sala de partos, sala de neonatología y sala de maternidad. Se mejoró y se instaló la cultura del lavado de manos en la sala de Neonatología por todos los que trabajan en la misma, así como en sala de partos y maternidad. También fueron implementadas y/o reforzadas la práctica de la estrategia mamá canguro; la Iniciativa del Hospital Amigo de la Niñez y la Madre y la atención aséptica del parto.”*

2. MCHIP Paraguay gestionó el establecimiento de un Comité local de la Alianza Neonatal la cual está vinculada a la Alianza Neonatal Regional de LAC.

### Comité de Alianza Neonatal al nivel Local:

MCHIP organizó un foro para las alianzas neonatales en Paraguay en noviembre de 2011. Durante el mismo el MSPB apoyó la creación del alianza neonatal, el plan nacional de salud neonatal fue revisado, y los planes de acción fueron desarrollados para acelerar la reducción del índice de mortalidad neonatal en el país.

3. MCHIP Paraguay mejoró el currículo de la Licenciatura de obstetricia en Paraguay. A través de asistencia técnica por parte de obstetricas del Perú, el proyecto desarrolló un currículo de educación pre-servicio para la carrera de licenciatura en obstetricia basado en el curriculum de capacitación basada en habilidades recomendado por la Confederación Internacional de Obstetricas. Además se dio inicio al proceso de implementación de dicho currículo estandarizado cuyas actividades continuaran durante el año 2013.

### Currículo de Educación pre-servicio en Obstetricia:

Un nuevo currículo basado en habilidades fue desarrollado por el Instituto Andrés Barbero (IAB) con la asistencia técnica brindada por las profesoras de obstetricia de la Universidad San Martín de Porres (USMP) Lima, Perú. Fue desarrollado un plan de acción con la participación de cuatro universidades privadas de Paraguay (Universidad del Norte; Universidad del Chaco; Universidad Privada del Guairá; y Universidad Técnica de Comercialización y Desarrollo) para trabajar conjuntamente con el IAB y el USMP en la revisión y estandarización de un nuevo currículo de educación pre-servicio de partería para su implementación a nivel país.

Este informe provee una descripción detallada de las actividades implementadas, resultados obtenidos, lecciones de aprendizaje, y recomendaciones por el futuro.

---

<sup>4</sup> San Estanislao, Hospital Regional de Coronel Oviedo, y Hospital Regional de Caacupé fueron priorizado por el MSPB debido a su necesidad a mejorar la prevención de sepsis, su alta flujo de pacientes, y su disposición a implementar acciones que previenen sepsis.



# Antecedentes y Situación Actual

---

Paraguay se encuentra en una encrucijada histórica. El país inició la etapa de *alternancia* de su proceso democrático, pospuesto durante casi 20 años desde el fin de la dictadura de Stroessner en 1989, cuando en agosto de 2008, Fernando Lugo, un ex obispo, asumió la presidencia con una plataforma cuyo objetivo principal era combatir la pobreza, crear empleos y dar respuesta a los principales problemas sociales entre ellos la existencia de un sistema de salud poco eficiente.

A pesar de los avances logrados en la última década en materia de salud materna infantil y planificación familiar, Paraguay continúa enfrentando graves desafíos que tienen un impacto adverso en las condiciones de salud de las mujeres y niños.

En este contexto, el enfoque estratégico de USAID/Paraguay para su programa de salud en el país, consistió en respaldar el compromiso político y prioridad de desarrollo manifestado por el gobierno de Paraguay, de mejorar el sistema de salud pública nacional, eliminar la corrupción y facilitar el acceso a servicios de salud clave. Las metas a largo plazo de mejorar las condiciones de salud de las mujeres y niños que viven en las comunidades rurales contemplaron la reducción de los índices de mortalidad materna e infantil, una mayor prevalencia de uso de anticonceptivos modernos en las zonas rurales para las mujeres de los quintiles inferiores y la detección, respuesta y control de brotes de enfermedades infecciosas.

MCHIP Paraguay se apoyó directamente a la Misión de USAID Paraguay para dar apoyo al gobierno de Paraguay en sus esfuerzos para la mejora de SMN a través de la mejora de habilidades técnicas de los profesionales de salud. La asistencia técnica brindada por USAID Paraguay se terminó en el 2012.

La encuesta nacional realizada en Paraguay del año 2008 demostró áreas para la mejora<sup>5</sup>.

- **Razón de Mortalidad materna:** 127/100.000 nacidos vivos debido a
  - Aborto: 22%
  - Hemorragia: 24%
  - Pre-eclampsia/eclampsia: 17%
  - Mortalidad materna por nivel de demora:
    - Demora de Fase 1 (demora en buscar atención): 29%
    - Demora de Fase 2 (demora en lograr atención): 2%
    - Demora de Fase 3 (demora en recibir la atención): 69%
- **Tasa de mortalidad Infantil:** 21.7/1.000 nacidos vivos
- **Tasa de mortalidad Neonatal:** 12.3/1.000 nacidos vivos causado por:
  - Factores relacionados al parto: 44%
  - Sepsis: 13%
  - Prematuridad: 8%

---

<sup>5</sup> Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP), *Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva 2008–ENDSSR 2008*. USAID; CDC; UNICEF; and IPPF. CEPEP, 2008. Ver la página web: <http://www.cepep.org.py/endssr2004/endssr2008/default.htm>

- Lactancia en Hora después del parto: 47.1%
- Lactancia Exclusiva: 24.4%

Otras estadísticas importantes demuestran que solamente 11% de los hospitales ofrece servicios integrales de atención obstétrica y neonatal de emergencia, con una mayor concentración en las zonas urbanas, y que 65% de los hospitales ofrece estos servicios de manera incompleta o simplemente no los ofrece<sup>6</sup>. Menos de 50% de los hospitales públicos cuenta con los equipos, suministros y personal capacitado necesarios para ofrecer servicios básicos de atención neonatal.

La formación de Licenciadas en Obstetricia (Midwives) en Paraguay no dispone de una regulación legal, y no existe un currículo base estandarizado de las diferentes escuelas de Obstetricia del país. Esto incide en que la calidad de formación de estas profesionales no responde necesariamente con la calidad requerida a la demanda de atención en salud materna y neonatal, en base a las recomendaciones internacionales.

Debido al hecho que no han realizada una encuesta al nivel nacional desde el 2008, no es posible observar tendencias o cambios en los indicadores de salud al nivel nacional.<sup>7</sup> Algunos indicadores de salud incluidos en la base de datos online del MSPB del año 2012 que revelan la situación de la salud materna e infantil son los siguientes:

- **Razón de Mortalidad materna:** 125,3 por 100.000 nacidos vivos
- **Tasa de mortalidad infantil:** 15,4 por 1000 nacidos vivos
- **Tasa de mortalidad neonatal:** 11 por 1000 nacidos vivos
- **Porcentaje de recién nacido con bajo peso al nacer,** menor que 2,500 Kg: 6,3 %

#### **En virtud de lo anterior tenemos que:**

- **USAID/Paraguay** respaldó los esfuerzos del Gobierno por mejorar los servicios de salud materna y neonatal mediante el fortalecimiento de las capacidades técnicas de los profesionales de la salud para prestar servicios de alta calidad, esto a través de la capacitación e institucionalización de normas basadas en la evidencia científica que se relacionan con el mejoramiento de la salud materna y neonatal y con los índices de supervivencia. Cabe mencionar que la misión de USAID de Paraguay cerró el área de Salud a comienzos año 2012.
- **MCHIP** (Programa Integrado de Salud Materna e Infantil) es una iniciativa de implementación mundial elaborada con el objeto de reducir la mortalidad maternal, infantil y neonatal a través de la implementación de estrategias para el cumplimiento de las metas 4 y 5 del milenio. Desde setiembre del 2008, Jhpiego, organización internacional de salud sin fines de lucro, afiliada a la Universidad Johns Hopkins en articulación con otras organizaciones **líderes**<sup>8</sup> que en diferentes áreas han demostrado éxito en la reducción de la tasa de mortalidad materna, neonatal e infantil y desnutrición, es la responsable de la implementación de MCHIP, en articulación y trabajo directo con la misión de USAID de los países donde se implementa el programa.
- **El MSPBS** (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social): En articulación con el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, representado por la Dirección de Programas y específicamente por la Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia, en el año

<sup>6</sup> Monitoreo sobre disponibilidad y utilización de servicios con CONE en los establecimientos de salud en Paraguay, Nov 2005.

<sup>7</sup> En 2008 un Encuesta Nacional de Salud Reproductiva fue implementado por el CDC.

<sup>8</sup> JSI—John Snow, Inc., Save the Children, ICF Macro, PATH, JHU/IIP, Broad Branch, PSI

2009 MCHIP inició las gestiones previas a su implementación en Paraguay, e inició y desarrolló sus actividades durante los años 2010 al 2012.

El proceso inicial consistió en la definición de las áreas de trabajo, la selección del personal técnico y administrativo, la elaboración de un plan de trabajo y la instalación de un lugar de trabajo. Finalizado el proceso de selección del personal de MCHIP, con los nuevos encargados de las Áreas definidas: Salud Materna, Salud Neonatal e Intervenciones comunitarias y con el plan de trabajo debidamente revisado y aprobado oficialmente, se iniciaron las actividades específicas del programa en agosto del 2010, y se extendieron hasta setiembre del año 2012.

En junio del 2012 asumió el gobierno del Paraguay un nuevo presidente de la república, Luis Federico Franco Gómez. Como resultado del cambio político se eligieron nuevas autoridades en distintas instituciones del gobierno del país, incluyendo las direcciones del MSPBS. El equipo MCHIP concluyó sus actividades con la misma dirección, la Dirección de Salud Integral de Salud y Adolescencia y dado a que el cambio ocurrió en el último trimestre del programa, las actividades concluyeron sin mayores retrasos y dificultades.

# Resumen de los Objetivos y Actividades

El Programa Integrado de Salud Materna e Infantil MCHIP-Paraguay fue ejecutado durante el periodo de 3 años, desde octubre 2009 hasta setiembre del presente año. El programa fue realizado bajo del acuerdo de cooperación No. GHS-A-00-08-00002-000. **La meta de MCHIP-Paraguay fue mejorar el acceso a los servicios de atención materna y neonatal de alta calidad e incrementar el uso de buenas prácticas en pro de la salud materna y neonatal en las comunidades y familias de las zonas y establecimientos de salud previstos de las regiones Central y Alto Paraná de Paraguay (Ver Figura 1 y Tabla 1 abajo).**

A tal efecto, durante el curso del proyecto MCHIP, 2009–2012, se implementaron las tareas delineadas en los planes de trabajo de las áreas de salud materna, neonatal y del componente comunitario.

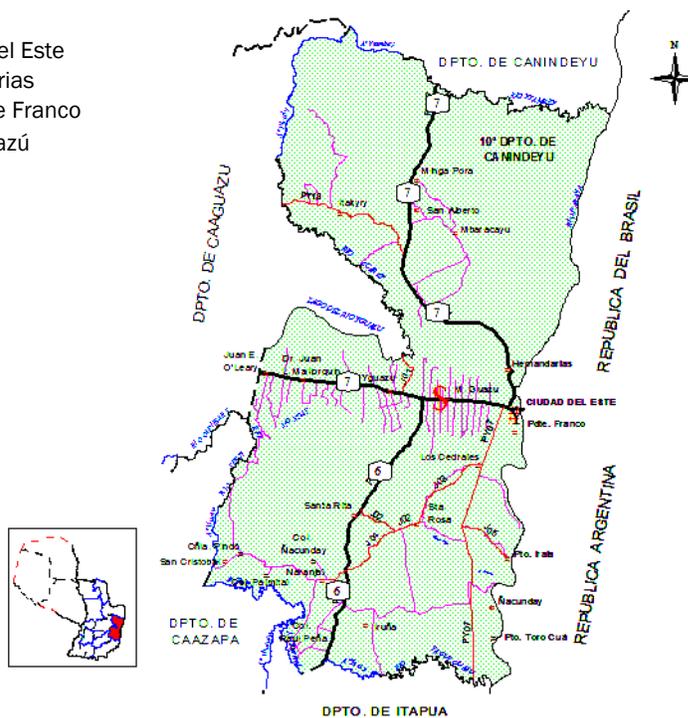
El MSPBS seleccionó los servicios de salud con el apoyo del equipo técnico de MCHIP, donde posteriormente se realizó la intervención a lo largo de los periodos definidos como año 1 de implementación, desde Septiembre del 2010 a Setiembre del 2011 y año 2 de implementación, desde Octubre del 2011 a Setiembre del 2012. Las áreas de intervención relacionadas a los objetivos del programa fueron: salud materna, salud neonatal y comunidad.

Además de las actividades relacionadas a las áreas mencionadas, que fueron implementadas con fondos locales, MCHIP también implementó otras 2 intervenciones con fondos regionales (LAC) que fueron: el programa de prevención de **Sepsis Neonatal** y la **Asistencia técnica de Sur a Sur**: Aprendiendo y compartiendo las mejores prácticas en apoyo a la educación sobre partería en Paraguay.

Figura 1: Áreas de Intervención

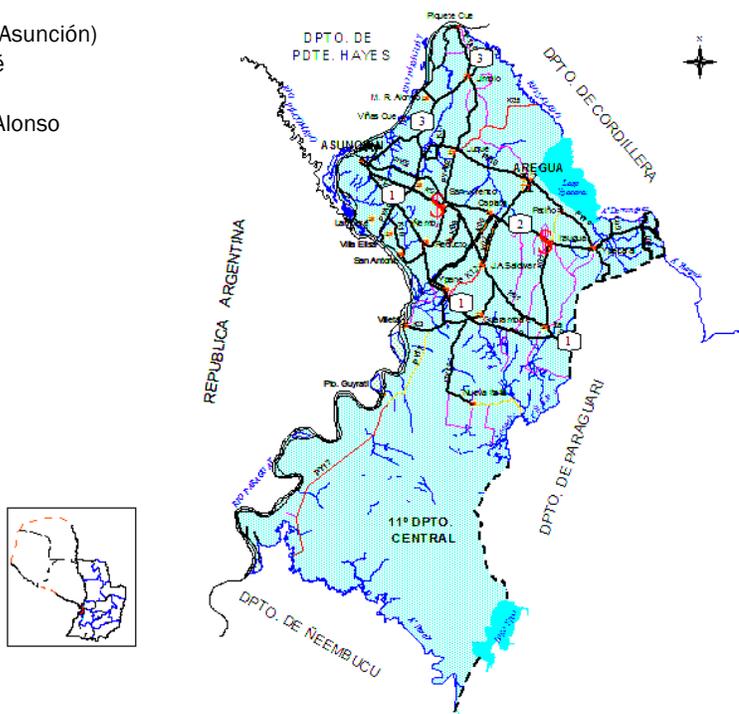
## Departamento de Alto Paraná

- Hospital Regional de Ciudad del Este
- Hospital Distrital de Hernandarias
- Hospital Distrital de Presidente Franco
- Hospital Distrital de Minga Guazú



### Departamento Central

- Hospital Materno Infantil San Pablo (Asunción)
- Hospital Materno Infantil de Lambaré
- Hospital Distrital de Ñeemby
- Hospital Distrital de Mariano Roque Alonso



**Cuadro 1: Instituciones educativas e instituciones de Salud que trabajaron conjuntamente con MCHI**

| AÑO DE PROGRAMA   | AREAS DE IMPLEMENTACION  |
|---|--|
| MCHIP Año 1   | <p><b>Departamento Región Central y Distrito Capital:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hospital San Pablo</li> </ul> <p><b>Departamento de Alto Paraná</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hospital Regional de Ciudad del Este (HRCDE), Décima Región Sanitaria</li> </ul>   |
| MCHIP Año 2   | <p><b>Departamento Región Central y Distrito Capital:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hospital San Pablo(HSP) – Asunción (Distrito Capital)<sup>9</sup></li> <li>▪ Hospital Materno-Infantil de Lambaré</li> <li>▪ Hospital Distrital Ñemby</li> <li>▪ Hospital Distrital Mariano Roque Alonso</li> </ul> <p><b>Departamento de Alto Parana:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hospital Regional de Ciudad del Este (HRCDE)</li> <li>▪ Hospital Distrital Hernandarias</li> <li>▪ Hospital Distrital Presidente Franco</li> <li>▪ Hospital Distrital de Minga Guazú</li> </ul> |
| Prevención de Sepsis Neonatal   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hospital Distrital de San Estanislao (Departamento de San Pedro – Distrito Santaní)</li> <li>▪ Hospital Regional de Coronel Oviedo (Departamento Caaguazu)</li> <li>▪ Hospital Regional de Caacupé (Departamento Cordillera-Distrito Caacupé)</li> </ul>  |
| Cooperación Sur a Sur: Aprendizaje de los mejores prácticas para apoyar el currículo de obstetricia en Paraguay | <p><b>Escuelas de Licencia de Obstetricia:</b></p> <p>Instituto Andrés Barbero (IAB); Universidad del Norte; Universidad del Chaco; Universidad Privada del Guaira; y Universidad Técnica de Comercialización y Desarrollo</p>   |

<sup>9</sup> Hospital San Pablo está ubicado en Asunción en el Distrito Capital, al lado de la Región Central, el hospital sirve como centro de referencia.

Lo siguiente detalla los objetivos y actividades principales del trabajo implementado por MCHIP Paraguay:

**Objetivo 1:** Apoyo a los esfuerzos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) de Paraguay para mejorar la respuesta del sistema de salud a las necesidades de las mujeres embarazadas y sus recién nacidos, incluyendo la formulación de protocolos para la SMN sobre la base de las políticas y normas actualizadas.

**Actividades:**

1. Se trabajó en la elaboración, actualización y validación de los protocolos de cuidados de del recién nacido contenidos en el Manual de Atención Neonatal publicado en el 2011.
2. Se trabajó en la elaboración, actualización y validación del Manual de Normas Nacionales de Atención del Parto normal y de Emergencias obstétricas. Se finalizó el borrador del manual en el año 1 del proyecto y se lo entregó al MSPBS , quien continuó con las revisiones del mismo hasta la finalización del proyecto, cuando manifestaron estaba listo para su impresión.<sup>10</sup>.
3. Se incorporaron las normas y protocolos elaborados y actualizados del borrador del Manual de Normas, en las capacitaciones y herramientas de supervisión implementadas en los establecimientos de salud el programa.

**Objetivo 2:** Aumentar la disponibilidad de servicios maternos y del recién nacido que ofrezcan cuidados de calidad, de alto impacto en atención esencial básica de emergencia en los servicios del MSPBS mediante la mejora del conocimientos y las habilidades de los trabajadores de la salud.

**Actividades:**

1. Capacitaciones en SMNS:
  - Se realizaron 2 series de talleres de actualización técnica y estandarización de destrezas clínicas para la prestación de servicios de atención obstétrica y neonatal básica y de emergencias, en los cuales se capacitaron a los proveedores de salud de los 8 establecimientos de salud seleccionados.
2. Capacitaciones en RN: Se realizaron 5 talleres de capacitación en Reanimación Neonatal avanzada en cada región para fortalecer competencias clínicas especializadas, dirigido a participantes seleccionados de entre el personal especializado de los establecimientos de salud incluidos en la intervención.
3. Establecieron dos sitios de formación clínica uno por el Hospital San Pedro y el otro por el Hospital Regional Ciudad del Este.
4. Se implementó la iniciativa de mejora de calidad **Gerencia Basada en Estándares y Reconocimiento, GBER**, en los 8 establecimientos del programa, con contenidos sobre la provisión de servicios de atención obstétrica y neonatal básica y de emergencia de alta calidad.
5. A través de un plan de Monitoreo y evaluación del programa, se implementaron herramientas de monitoreo continuo y supervisión de las prácticas de atención del parto y del recién nacido, en 4 de los establecimientos de salud involucrados en el proyecto.

---

<sup>10</sup> Fondos de MCHIP ya no estaban disponibles para la impresión en ese momento, por lo que el MSPB gestionaría la obtención de fondos para la impresión.

**Objetivo 3:** Mejorar los conocimientos y prácticas de las comunidades y las familias en relación con el embarazo, atención del parto y del recién nacido.

**Actividades:**

1. Se realizó una **evaluación de conocimientos de las usuarias** de los establecimientos de salud sobre salud maternal y neonatal. y los resultados brindaron insumos de apoyo a las actividades del Objetivo 2 y se utilizaron como guía de los contenidos para el desarrollo de materiales educativos.
2. Se **fortaleció el rol de los consejos locales** a través de la realización de 3 Foros para hablar de salud materna e infantil, (2 en Alto Paraná y 1 en la región central) con el objetivo de definir estrategias para el mejoramiento de la salud materna e infantil a través del trabajo articulado entre las Unidades de Salud Familiar, la comunidad y el CLS.
3. Se **produjeron los siguientes materiales culturalmente** apropiados para promover mensajes clave de buenas prácticas en salud materna y neonatal: El Folleto de plan de parto, la libreta de la embarazada, el Plan de comunicación radial de uso comunitario, en guaraní y español, los Folletos y afiches de prácticas claves y el díptico de mamá canguro.
4. Se instalaron **2 centros de demostración** de la técnica mamá canguro, uno en cada departamento del programa. Se capacitaron profesionales y se imprimió el Manuales de capacitación para el facilitador y participante, del método mamá canguro.

# Proceso de Implementación y los Resultados

Esta sección está organizada primero con los tres objetivos solventados por la Misión y luego las actividades regionales apoyadas por el LAC BUREAU.

## OBJETIVO 1:

**Apoyo a los esfuerzos del ministerio de salud pública y bienestar social (MSPBS) de Paraguay para mejorar la respuesta del sistema de salud a las necesidades de las mujeres embarazadas y sus recién nacidos, incluyendo la formulación de protocolos para la SMN sobre la base de las políticas y normas actualizadas.**

## PROTOCOLOS DE SMN

Durante los meses de Octubre 2010 a Febrero 2011, se realizaron 4 talleres de evaluación y actualización de normas y análisis del marco legal relacionado al área de atención materna e infantil y se dio inicio al proceso de colaboración entre el equipo MCHIP y sus contrapartes del MSPBS para la recolección y revisión de políticas y normas sobre SMN.

*El primer taller de actualización de normas de emergencias obstétricas y estandarización para el cuidado del recién nacido se realizó en noviembre 2011, con la participación de 15 personas seleccionadas por las autoridades. Se cumplieron los siguientes objetivos:*

- Identificación de resoluciones Ministeriales vigentes que definen el marco regulador de las actividades de los prestadores de salud.
- Revisión del marco regulatorio para la prestación de servicios de atención materna y neonatal de acuerdo a las destrezas de los proveedores
- Identificación de los obstáculos para la prestación efectiva de servicios de atención materna y neonatal.
- Apoyo al MSPBS en la actualización de normas, protocolos y regulaciones de acuerdo a las prácticas basadas en la evidencia, con el objeto de cumplir con las necesidades locales

**Se conformaron 2 grupos** de trabajo que realizaron en forma independiente 2 talleres técnicos para la elaboración de borradores de manuales de sus áreas, el primero para la estandarización del cuidado de emergencia del recién nacido y el segundo para el cuidado obstétrico estandarizado de emergencia.

*El taller de validación del Manual de Emergencias neonatales se realizó* en diciembre del 2011, con la presencia de participantes de los Hospitales San Pablo, Trinidad, Villarrica, Centro Materno Infantil, Instituto de Previsión social, Sociedad de pediatría, Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional.

El Manual de Atención Neonatal fue impreso en cantidad limitada, por el MSPBS con fondos de OPS y publicado seguidamente para su difusión en los servicios.

*El taller validación del manual para los servicios de emergencias obstétricas se pasó al año siguiente, 2011, con el propósito de mejorar la organización, introducir actualizaciones y poder contar con la mayor participación posible de las personas claves identificadas con el MSPBS, y fue concretado en febrero del 2011 con la presencia de todos los actores responsables del área de Salud Materna de Sociedades Científicas locales, responsables de hospitales Materno-infantiles y generales del Ministerio de Salud, Facultades de Medicina y entidades cooperantes del área.*

El resultado de este taller fue **el borrador del manual de contenido científico**, de normas y protocolos validados, que desde entonces quedó en poder del MSPBS para su edición final. Se esperaba que la publicación se concretara en los meses siguientes y que el proceso de difusión de las políticas y normas actualizadas se llevara a cabo durante las capacitaciones del personal de salud en el marco de las actividades a desarrollarse del Objetivo 2.

Sin embargo, aun cuando se realizaron constantes recordatorios en relación a la importancia de culminar del proceso de edición del manual, el mismo no estuvo listo para su impresión durante los meses siguientes del proyecto. Luego del cambio de gobierno y autoridades del MSPBS, de junio 2012, se volvió a insistir con las nuevas autoridades y aunque las mismas manifestaron su interés en finalizar el proceso de edición final, ya para entonces los fondos para la impresión no estaban disponibles.

Durante los meses iniciales del proceso MCHIP apoyó también la actualización de normas y protocolos, la evaluación de regulaciones y normativas del MSPBS a través de la revisión conjunta del marco regulatorio existente para la prestación de servicios de atención materna y neonatal de acuerdo a las destrezas de los proveedores.

En tal sentido se identificaron las resoluciones Ministeriales vigentes que definían el marco regulador de las actividades de los prestadores de salud, tanto para los Médicos y como para las Licenciadas en Obstetricia, de acuerdo a la legislación vigente y se identificó la resolución vigente que habilitaba el uso del Manual IMPAC como norma del MSPBS., tras lo cual se decidió la iniciar las capacitaciones de los proveedores en el marco del Objetivo 2, aun sin contar con el Manual de Emergencias Obstétricas publicado, propio del MSPBS actualizado, dado a que los contenidos de la Medicina Basada en Evidencia vigentes aún se encontrarían vigentes en el IMPAC

#### **OBJETIVO 2:**

***Aumentar la disponibilidad de servicios maternos y del recién nacido que ofrezcan cuidados de calidad, de alto impacto en atención esencial básica de emergencia en los servicios del MSPBS mediante la mejora del conocimientos y las habilidades de los trabajadores de la salud.***

## **GERENCIAMIENTO Y RECONOCIMIENTO BASADO EN ESTANDARES**

**En relación a la iniciativa de mejora de calidad de los servicios seleccionados a través del GBER—Gerenciamiento y Reconocimiento Basado en Estándares, tenemos lo siguiente.** En el marco del Objetivo 2 se implementó una estrategia de mejora de calidad y desempeño, denominada Gerencia Basada en Estándares y Reconocimiento. El GBER es el resultado de años de experiencia internacional de Jhpiego en el desarrollo de los recursos humanos, el fortalecimiento de las guías de práctica clínica y políticas de salud, así como el fortalecimiento de los sistemas de salud, de capacitación clínica y de apoyo a los profesionales capacitados para proporcionar servicios de alta calidad clínica basados en la evidencia científica.

El GBER resulta ser una herramienta práctica gerencial para mejorar el desempeño y la calidad de los servicios de salud, involucrando a los sistemas de supervisión en un procedimiento integral, orientado a la búsqueda de soluciones para las brechas identificadas y medibles para el proceso de mejora de la calidad. Consiste en la implementación sistemática de prácticas de estándares basados en las normas nacionales de atención clínica y del funcionamiento de los servicios de salud, la medición continua interna y externa de éstos para orientar el proceso hacia la mejora de la atención y el uso de mecanismos de reconocimiento de los logros de los agentes de salud y los servicios de salud. El GBER es un proceso que facilita el empoderamiento de los equipos locales de salud para la identificación tanto de sus deficiencias para brindar una atención de calidad, como de los mecanismos para resolver estas deficiencias.

En **abril del 2011** se dio inicio al proceso de mejoramiento del desempeño y la calidad de los servicios seleccionados a través del **primer taller** de capacitación de GBER liderado por una Consultora externa de MCHIP/Jhpiego. A este taller asistieron representantes del Ministerio de Salud, y de los 8 hospitales de Asunción y Ciudad del Este seleccionados por el MSPBS para la implementación del proceso de GBER. Los dos hospitales regionales (HSP y HRCDE) comenzaron el año 1 y los 6 hospitales distritales (Hernandarias, Presidente Franco, Minga Guazú, Ñemby, Mariano Roque Alonso y Lambaré) iniciaron el proceso el año 2.

En el primer encuentro fueron definidas las áreas a ser mejoradas y los estándares respectivos:

---

**Área 1:** Atención de la mujer durante las emergencias obstétricas

**Área 2:** Atención de la mujer durante el parto, parto y posparto y atención del recién nacido

**Área 3:** Servicios de apoyo

**Área 4:** Prevención de infecciones

**Área 5:** IEC y Promoción de la Demanda

**Área 6:** Recursos Humanos, Físicos y Materiales

**Área 7:** Logística y Sistemas Gerenciales

---

Así como se acordaron las directrices para formar los equipos de calidad en cada uno de los hospitales seleccionados.

Entre **Abril y Junio de 2011** los equipos de calidad del HSP y del HRCDE, con el apoyo de la consultora y el equipo de MCHIP, realizaron la primera medición de los estándares definidos, conformando así la línea basal del proceso de mejoría, seguida de la formulación de planes de acción para reducir las brechas detectadas en las diferentes áreas. Por ejemplo, lo siguiente situación fue reportado de un plan de acción desarrollado por HSP:

- Después de una evaluación en el Hospital San Pablo, el equipo se anotó unas debilidades en las áreas de servicio del parto, atención a la madre post-parto, y atención inmediato del recién nacido. Una de los más llamativas fue el uso incorrecto de las agujas. El personal estaban tapando agujas usadas. Esta práctica no segura puede causar una herida por la aguja e infección de riesgo. El equipo se determinó que el personal no sabían que fue una práctica no seguro. La solución fue a educarse al personal sobre la buena práctica de uso de agujas. Un doctor y un enfermera fueron designados como los lideres para implementar acción

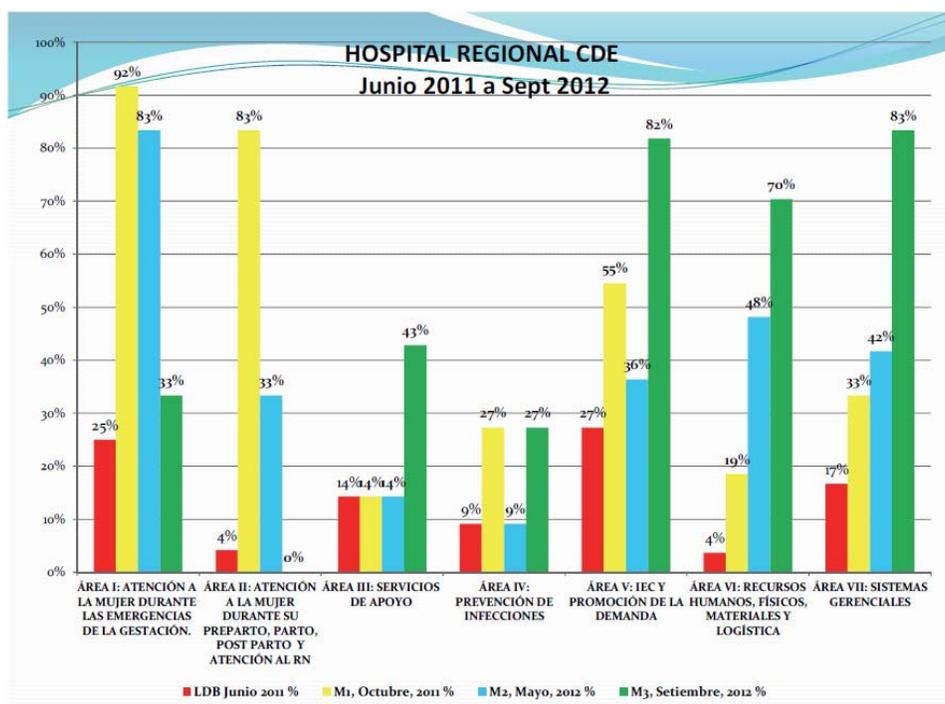
El equipo determinó que la causa de esta práctica insegura fue que el personal no lo sabían era arriesgada. La solución consistió en la educación del personal acerca de las prácticas de agujas seguras. Un médico y una enfermera fueron designados como los dirigentes de la implementación de las medidas correctivas, y la práctica arriesgada se detuvo. El plan de acción de HSP se incluye como un ejemplo en el anexo 6.

En **octubre del 2011**, se realizó el **segundo taller**, tanto en Ciudad del Este como en Asunción, con el objetivo de guiar y planificar la primera medición de los estándares para la línea de base con los equipos de calidad de los 6 hospitales incorporados en el segundo año, y apoyar a los equipos de calidad de los 2 hospitales del primer año del Programa en la segunda medición de los estándares. Posteriormente se trabajó con los comités de calidad de los 6 nuevos Hospitales incorporados, en el desarrollo de las líneas basales y de los planes de acción en base específicamente a las brechas detectadas.

**Los resultados de la segunda medición en los 2 Hospitales que comenzaron en el primer año (Hospital San Pablo y Hospital Regional de Ciudad del Este) mostraron**

una mejora general de cumplimiento de los estándares, probando la efectividad del proceso iniciado y el empoderamiento del proceso, por parte de los equipos conformados. Figura 2 demuestra los resultados de HRCDE.

Figura 2: Resultados Hospital Regional Ciudad del Este (junio 2011-setiembre 2012)



Las principales brechas detectadas durante las mediciones realizadas presentan bastante semejanza en los 8 hospitales involucrados, siendo las principales: Infraestructura insuficiente, Falta de un laboratorio adecuado en el establecimiento y funcionamiento en horarios limitados, Falta de disponibilidad de sangre las 24 hrs, Recursos humanos insuficientes, Falta de normas de atención y descripción de funciones del personal, Llenado incompleto de las historias clínicas, Prácticas clínicas de atención materna y neonatal recomendadas no estandarizadas o implementadas, en las que se incluyen el lavado de manos y el trato a la mujer usuaria.

La principal mejora observada en las mediciones siguientes de los servicios, se relacionó con el **incremento en el uso de prácticas recomendadas en la atención de las madres y recién nacidos, tales como la restricción de episiotomías de rutina, el manejo activo del tercer periodo del parto y en menor grado el llenado del partograma**. Se observa también una mejora en el llenado de las fichas clínicas y en el uso de medidas de prevención de infecciones. Dentro de las complicaciones se observa una mejora en el manejo del shock y en la reanimación neonatal básica. Estos logros son atribuibles a los talleres de reforzamiento/capacitación clínica al personal de salud.

A lo largo de la implementación de este proceso los planes de acción fueron periódicamente analizados y ajustados de acuerdo a los resultados obtenidos en cada medición, con el objetivo de ir registrando los avances e ir definiendo las nuevas mejoras que puedan ser concretadas en los siguientes meses. Aunque los integrantes de los equipos de calidad de los servicios se comprometieron en el proceso de mejora del desempeño y la calidad, fue necesario mantener el apoyo continuo de MCHIP para seguir fortaleciendo el trabajo de equipo y la motivación de los equipos locales para implementar las mejoras y mantener los estándares alcanzados.

Durante el último trimestre del programa, se realizó una última medición en los hospitales del programa, con el acompañamiento de la representante del MSPBS (Dra Natalia Meza). Al final del programa, se observó lo siguiente en los hospitales que iniciaron el proceso de mejoría de la calidad:

- Quedaron con sus equipos de calidad conformados y fortalecidos para proseguir dicho proceso en sus establecimientos y apoyar la expansión a otros hospitales.
- Incorporaron el proceso de mejora continua del desempeño y la calidad de atención en sus actividades rutinarias y realizaron la medición regular de sus estándares.
- Lograron una tendencia al aumento en el cumplimiento de los estándares, principalmente en las áreas clínicas y de prevención de infecciones.
- 3 equipos de calidad de los 8 hospitales involucrados tuvieron demoras y no completaron todo el proceso, uno debido a la re-construcción del establecimiento, cambios de personal y resistencias a los cambios en las prácticas de salud materna.
- El cambio de personal de algunos equipos de salud no afectó el proceso de mejora de la calidad que ya había comenzado.
- Los resultados por hospital de todas las mediciones efectuadas por MCHIP fueron entregados a las nuevas autoridades del MSPBS, así como los planes de acción correspondientes.

De acuerdo a testimonios recibidos de parte de los directivos de los servicios, manifestaron que el proceso de mejora de calidad fue importante debido a los siguientes logros:

- La unificación de criterios de atención y provisión de servicios hospitalarios, en base en los estándares definidos en las diferentes áreas.
- El empoderamiento del personal de salud de diferentes áreas, del proceso de mejora de calidad y la implementación de las mejores prácticas en la atención obstétrica y neonatal fundamentalmente.
- La sensibilización del personal médico en relación a la importancia de los registros que permitió el seguimiento diario y transversal de las prácticas de atención del parto y del RN.
- El fortalecimiento del trabajo en equipo con la participación de las jefaturas de salud pública, neonatología y obstetricia que permitió el inicio del trabajo articulado entre los diferentes sectores involucrados de la gerencia y las guardias.
- Despertaron interés de otros hospitales no involucrados en GBER en conocer el proceso.

El siguiente cuadro, **Cuadro 2**, representa la situación de los avances realizados en el marco del GBER en los 8 Hospitales del programa durante los 2 años de implementación de la iniciativa. Cabe mencionar que 5 de los 8 hospitales cumplieron todo el ciclo de la implementación del GBER apoyado por MCHIP hasta Septiembre del 2012, mientras que 3, por diferentes motivos (edificio en construcción, equipo local no comprometido, cambios de dirección del hospital) hicieron parcialmente el proceso.

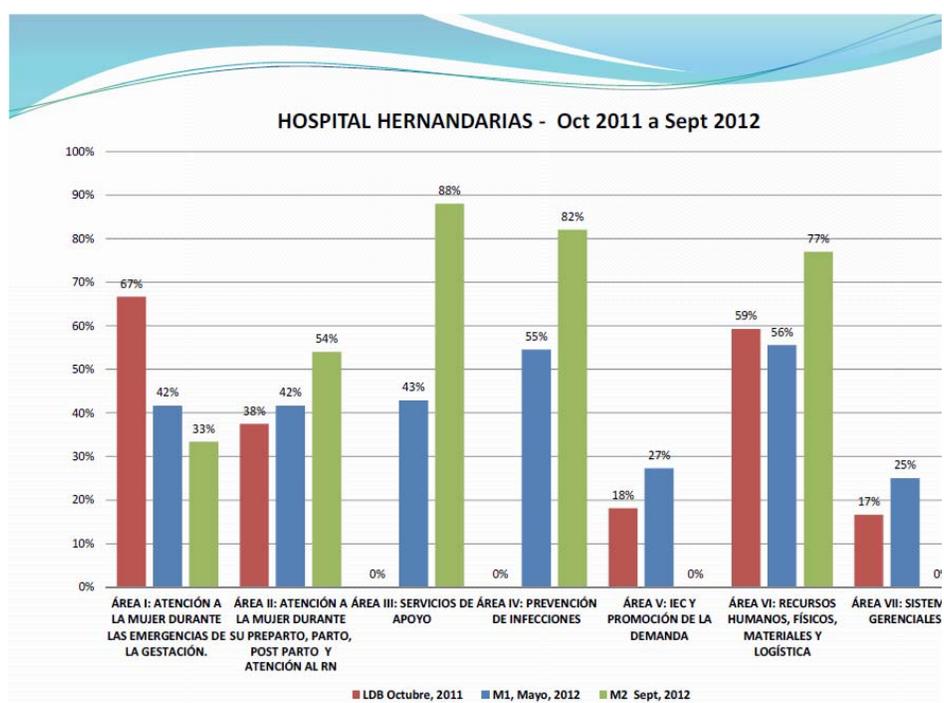
**Tabla 2: Resultados del iniciativa del GBRE en 6 Hospitales Regionales**

|  | LINEA DE BASE     | LINEA DE BASE     | 1A EVAL.          | A EVAL            | 3A EVAL            |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| <b>Departamento Central Y Asunción</b> | <b>Junio 2011</b> | <b>Oct., 2011</b> | <b>Oct., 2011</b> | <b>Mayo 2012</b>  | <b>Sept., 2012</b> |
| Hospital San Pablo                     | 28%               |                   | 52%               | 46%               | 65%                |
| Hospital de Lambaré*                   |                   | 46%               |                   | 55%               | Pendiente 4 áreas  |
| Hospital de Ñeemby                     |                   | 21%               |                   | No realizada      | No realizada       |
| Hospital de Mariano Roque Alonso       |                   | 46%               |                   | 53%               | 51%                |
| <b>Departamento de Alto Paraná</b>     | <b>Junio 2011</b> | <b>Oct., 2011</b> | <b>Oct., 2011</b> | <b>Mayo, 2012</b> | <b>Sept, 2012</b>  |
| Hospital de Ciudad del Este            | 11%               |                   | 48%               | 40%               | 55%                |
| Hospital de Hernandarias               |                   | 37%               |                   | 45%               | 65%*               |
| Hospital de Minga Guazú*               |                   | 24%               |                   | 35%               | 45%                |

\*Equipos de Calidad Nuevos (en evaluación de Sept 2012)

Figura 3 muestra los resultados de las evaluaciones de uno de los hospitales (Hospital Hernandarias) lo cual se implementó GBER por el año 2.

**Figura 3. GBER: Resultados del Año 2 del, Hospital de Hernandarias**



## Desafíos y Recomendaciones

La mejora de la calidad y el desempeño es un proceso que requiere de seguimiento, acompañamiento y eventualmente apoyo técnico y gerencial, especialmente al comienzo, a fin de lograr que sea adoptado por los equipos de salud como una herramienta para mejorar sus servicios de salud. MCHIP dejó iniciado este proceso en los hospitales seleccionados, con equipos para la mejora de la calidad establecidos y motivados con el proceso y los resultados en su gran mayoría. Sin embargo, aún es necesario consolidar este proceso en los hospitales involucrados.

Dado el cambio de autoridades de gobierno en el último periodo de MCHIP, es necesario informar a las nuevas autoridades del MSPBS responsables de esta área, sobre el proceso de GBER, el instrumento de estándares, además de compartir con ellos los resultados a la fecha de cada hospital, a fin de que puedan hacer el seguimiento y dar el apoyo necesario a los equipos locales para que mantengan e implementen en su rutina el proceso de mejoría e idealmente extenderlo a otros establecimientos de salud del país.

Dado los requerimientos de seguimiento y apoyo regular para asegurar la implementación de GBER, es altamente recomendable que para futuros proyectos de Jhipiego que incluyan esta estrategia, se considere disponer de un responsable exclusivo para este objetivo en el equipo local.

## CAPACITACIONES EN SMN: ACTUALIZACIÓN TÉCNICA Y ESTANDARIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CLÍNICAS EN SERVICIOS ESENCIALES Y BÁSICOS DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA Y ATENCIÓN NEONATAL

El plan de capacitación a ser implementado en los establecimientos de salud del proyecto, durante el primer año, contempló la realización de módulos de Atención del Parto Normal, Emergencias Obstétricas y Habilidades de Capacitación Clínica a ser desarrollados en cada uno de los 2 hospitales seleccionados como centros de capacitación: el Hospital San Pablo para la Región Central y el Hospital Regional de Ciudad del Este para la Región de Alto Paraná.

Los módulos de capacitación de los Talleres de Prácticas de Estandarización de Conocimientos y Habilidades Clínicas en atención de Salud Materna y Neonatal, fueron desarrollados por el equipo técnico local con la asesoría del equipo de MCHIP de la sede. Se definieron 13 tópicos del área obstétrica y

neonatal. Dentro del programa de capacitaciones se incluyeron los tópicos de AMEU, incluyendo la dotación de equipos para todas las regiones sanitarias y la inserción del DIU post parto.

Para dar inicio a las capacitaciones se garantizó la disponibilidad de modelos, materiales y suministros para las sesiones de capacitación. Se brindaron los modelos anatómicos para práctica de atención de parto, los equipos de AMEU e otros insumos necesarios para las prácticas durante los talleres.

El proceso de entrenamiento que debía iniciarse en marzo pasó a mayo, debido al estado de emergencia sanitaria declarado por el brote de dengue que sobre demandó la atención en los servicios de salud. Sin embargo, el MSPBS hizo una excepción en el mes de marzo de manera

### Los 13 módulos desarrollados fueron:

1. Conceptos claves en Salud Materna y Neonatal
2. Atención Parto Normal I
3. Atención Parto Normal II
4. Atención al Recién Nacido Normal y Reanimación Neonatal Básica
5. Prevención de infecciones
6. Manejo de hemorragia pos parto y shock hipovolémico
7. Pre eclampsia y eclampsia
8. Trabajo de parto anormal
9. Manejo y cuidado del aborto incompleto
10. Infecciones maternas del embarazo, parto y puerperio
11. Planificación familiar post parto
12. Habilidades de capacitación Clínica I
13. Habilidades de capacitación Clínica II

que MCHIP pudiera iniciar con la implementación de los talleres sobre reanimación neonatal avanzada en el HSP.

**En el mes de mayo de 2011** se iniciaron los primeros grupos de Talleres, en el HSP y en el HRCDE, los cuales culminaron en el mes de agosto, del 2011.

El perfil de participantes de las capacitaciones fue el adecuado en el caso del HSP y se contó con la presencia regular de **20 participantes**. Sin embargo, en el HRCDE solo se contó con la presencia regular de **13 de los 20 participantes** esperados y los participantes no tuvieron el perfil solicitado (en vez de médicos contratados y en cargos gerenciales fueron designados médicos residentes en formación y Licenciadas/os en Obstetricia).

**En noviembre del año 2011** se dio inicio al segundo grupo de los Talleres de Prácticas de Estandarización de Conocimientos y Habilidades Clínicas en atención de Salud Materna y Neonatal y culminaron en Marzo del 2012, con la participación del personal médico de los 6 establecimientos de salud del segundo año del programa.

Todos los participantes del HSP completaron y aprobaron los 13 módulos y accedieron al estatus de capacitadores, mientras que en el HRCDE no se pudieron implementar todos los módulos. Aun así, del grupo de Hospitales incluidos en el año 2 en Alto Paraná, todos los participantes se convirtieron en capacitadores clínicos, con excepción de aquellos que no desarrollaban tareas de atención de parto en sus respectivos hospitales, sino tareas de apoyo a la labor de obstetras en su calidad de Licenciadas en enfermería.

La lista de participantes del Departamento Central incluyó a 20 profesionales de la salud de los Hospitales distritales de Lambaré, Ñemby y Mariano Roque Alonso (cabe mencionar que solo 14 de los 20 completaron el entrenamiento), y 21 participantes del departamento de Alto Paraná, de los Hospitales distritales de Hernandarias, Minga Guazú y Pte. Franco. Se incluyeron algunos invitados de otros servicios debido a la imposibilidad de los hospitales escogidos de llenar los cupos habilitados.

Durante el último año se realizaron visitas de supervisión al HRCDE y a HDHER para repasar la puesta en práctica de las habilidades clínicas actualizadas de SMN en estos servicios.

En relación a los **centros de docencia** donde se implementaron las capacitaciones, cabe mencionar lo siguiente:

- El programa asumió el compromiso de dejar instalados 2 centros de docencia, uno en cada región del programa. En tal sentido se fortaleció el área de docencia existente del HSP y se contribuyó a instalar un nuevo centro de docencia en el HRCDE. Para ambos casos se realizaron tareas como el reacondicionamiento general del espacio, pintura del local, equipamiento con el mobiliario correspondiente, acondicionamiento climático, dotación de equipos audiovisuales y provisión de insumos didácticos esenciales.
- El proceso se realizó sin inconvenientes y al inicio del programa, en el HSP. Sin embargo, en Alto Paraná, las mejoras fueron postergadas hasta el semestre pasado ya que el HRCDE no disponía de un área física que pudiera ser acomodada y utilizada para tal efecto.
- Dado a que las capacitaciones en ambas regiones se iniciaron en el primer año, en Alto Paraná, el almacenamiento de los modelos e insumos fue provisoriamente realizado en las instalaciones de la Universidad Privada de Este donde se realizaron las capacitaciones del primer año.

## REANIMACIÓN NEONATAL AVANZADA

Con el objetivo de mejorar las competencias clínicas y conocimientos en la atención al recién nacido se implementaron talleres de Reanimación Neonatal y Atención del recién nacido internado, dirigidos a trabajadores de salud, enfermeras y médicos de los Hospitales del primer y segundo año.

En el primer año los talleres de reanimación neonatal avanzada se implementaron en los hospitales del primer año del programa: el HSP y el HRCDE, y se capacitaron a profesionales de la salud que trabajan en el ámbito de la atención neonatal médicos, licenciadas y auxiliares de enfermería.

En el año 2 de programa se implementaron talleres de reanimación neonatal en los departamentos de Alto Paraná y central, con la participación de los trabajadores de la salud de los hospitales incorporados en el segundo año.

En total se realizaron 5 talleres de reanimación neonatal avanzada. Las capacitaciones se basaron en la última edición del Manual de Reanimación Neonatal de la AHA y la AAP, utilizando los métodos recomendados para el desarrollo de las ocho lecciones, además de la práctica clínica con modelos anatómicos, test y evaluación con mega códigos. A solicitud del MSP se incorporaron temas relacionados a la atención neonatal del recién nacido internado tales como: prevención de infecciones, lavado de manos, manejos de vías, transporte del recién nacido, manejo de recién nacidos con problemas respiratorios y uso de oxígeno. En total, en los 2 años del programa, se capacitaron 70 recursos humanos seleccionados por el MSPBS y las autoridades de los servicios de salud. Se entregaron insumos para futuras capacitaciones, consistentes en modelos neonatales, al HSP y al HRCDE.

### Desafíos y Recomendaciones

Encarar procesos de capacitación siempre se constituyó en todo un desafío en nuestro país. En el área de atención de la SMN es complicado comprometer a los médicos especialistas que laboran en salas de parto en los hospitales sobre todo por la realidad del multi-empleo de los profesionales de la salud que dificulta la disponibilidad de tiempo. En grado menor esta realidad se refleja en el personal paramédico, siempre más dispuesto a participar de los procesos de capacitación, pero en general por debajo de la cadena de mando al momento de tomar decisiones, por lo que si no participan del proceso en forma conjunta, mucho del esfuerzo de pierde al momento de transferir los conocimientos actualizados y generando al mismo tiempo impotencia y falta de motivación en el personal que no puede llevar a cabo la mejor atención debido a que no tienen el poder de decisión en las salas de parto, en su gran mayoría siempre a cargo de los médicos especialistas.

Por lo anterior se desarrolló una propuesta modular a ser implementada a través de capacitaciones semanales con una carga horaria de 6 horas. Si bien esto facilitó la participación en la Departamento Central no ocurrió lo mismo con los participantes del departamento de Alto Paraná, donde muy pocos médicos especialistas, tomadores de decisiones de los hospitales participaron del proceso de capacitación. A pesar de las promesas de las autoridades en este sentido, no se pudo conseguir comprometer la participación de médicos especialistas de los servicios, pero sí se contó con la participación del personal paramédico, que acudiendo con interés se capacitó y al final a pesar de las dificultades, probablemente influyó en el cambio radical en la mortalidad materna en la región.

Para futuras intervenciones en los servicios, para aumentar el impacto sería importante asegurar la participación y el compromiso de los responsables dentro del MSP, tanto de la Dirección General de Programas de Salud, así como también de la Dirección responsable de la atención en los establecimientos de salud a nivel central, la Dirección General de Servicios de Salud.

Para asegurar la sostenibilidad del proceso de mejoría de calidad iniciado es de capital importancia asegurar la continuidad del proceso que demostró su relevancia en corto tiempo, apoyando a los centros de capacitaciones instalados, a los proveedores actualizados y a los profesionales formados como capacitadores en sus futuras actividades de réplica.

### Muertes Maternas en los Hospitales Participantes del Proyecto MCHIP

En relación al impacto en la práctica en la atención en SMN, es importante destacar que si bien sólo parte del personal de los hospitales recibió capacitación, a pesar de ello se percibió en forma notoria el impacto de la puesta en práctica y difusión en los servicios de las nuevas prácticas, ya que en general se constató un aumento progresivo en las prácticas maternas y neonatales de alto impacto para promover la mejoría de la calidad. Este cambio se hizo evidente en los resultados de las mediciones del GBER del área 2 de Atención en SMN, cuyo nivel de cumplimiento de estándares fueron progresivamente en aumento. En relación a la MM, tenemos lo siguiente: En la región central, en los hospitales MCHIP, en el año 2010, sólo se habían registrado el 12,5% de las MM de la región, Sin embargo, ésta descendió un 50% en el 2011 y un 100% en el 2012, no registrándose casos de MM al momento del cierre del proyecto.

El cambio también fue visible en la Región del Alto Paraná, donde, a pesar de las dificultades que se presentaron durante la implementación del proyecto MCHIP, se habían registraron en el 2010 en los hospitales MCHIP el 44% de la MM de la Región, cifra que descendió al 33% en 2011 y al 22% en el 2012. Si se considera la MM en los hospitales MCHIP solamente, en la generalidad, el porcentaje descendió un 50% en el 2011 y un 75% en el 2012 comparadas con el 2010.

Es sabido que la MM es un indicador muy difícil de modificar en el corto plazo porque las causas de la MM son multifactoriales y requieren de intervenciones en diversas áreas. Sin embargo es probable y muy alentador para la realización de intervenciones futuras, asumir que las intervenciones de MCHIP contribuyeron en algún grado en la caída del número de MM en ambas regiones donde trabajó el proyecto MCHIP tal como se muestra en el siguiente cuadro.

**Cuadro 3. Datos de MMR/Cortesía del Departamento de Estadísticas del MSPBS, Noviembre, 2012**

| DEPARTAMENTOS                  | HOSPITALES         | MORTALIDAD MATERNA |                |                |                |
|--------------------------------|--------------------|--------------------|----------------|----------------|----------------|
|                                |                    | No. de MM/2009     | No. de MM/2010 | No. de MM/2011 | No. de MM/2012 |
| Departamento Central & Capital | HMI San Pablo      | 1                  | 1              | 0              | 0              |
|                                | HMI M. R. Alonso   | 1                  | 0              | 0              | 0              |
|                                | HD Lambaré         | 0                  | 1              | 1              | 0              |
|                                | HD Ñemby           | 0                  | 0              | 0              | 0              |
| Departamento de Alto Paraná    | HR Ciudad del Este | 10                 | 6              | 3              | 2              |
|                                | HD Hernandarias    | 0                  | 1              | 0              | 0              |
|                                | HD Minga Guazú     | 1                  | 1              | 1              | 0              |
|                                | HD Pte. Franco     | 4                  | 0              | 0              | 0              |
| <b>Total</b>                   |                    | <b>17</b>          | <b>10</b>      | <b>5</b>       | <b>2</b>       |

### OBJETIVO 3:

**Mejorar los conocimientos y prácticas de las comunidades y las familias en relación con el embarazo, atención del parto y del recién nacido**

## EVALUACION DE CONOCIMIENTOS

Durante el primer semestre de implementación de MCHIP, desde agosto a diciembre del 2010, se realizó una **evaluación de conocimientos de las usuarias** de los establecimientos de salud del primer año, sobre salud maternal y neonatal. Los resultados se presentaron en Abril del 2011, en un informe denominado *Investigación cualitativa de los conocimientos de las usuarias de salud materna y neonatal del Hospital San Pablo y del Hospital Regional de Ciudad del Este*. Los resultados de esta investigación brindaron insumos de apoyo a las actividades implementadas en el marco del Objetivo 2 y se utilizaron como guía de los contenidos para el desarrollo posterior de materiales educativos.

Además del informe en versión completa entregado a los servicios involucrados y al MSP, los resultados se socializaron también a través de otros medios:

- **Hoja resumen** de la investigación conteniendo los datos esenciales de la investigación.
- **Presentación en Power Point** que fue utilizada por equipo técnico de MCHIP durante las capacitaciones clínicas del proyecto.

Los resultados del informe, presentados en reuniones en ambos servicios, y remitidos a otras agencias internacionales como UNICEF, INAN y OPS, revelaron que eran escasos los conocimientos de las usuarias sobre salud materna y neonatal y deficientes las prácticas de cuidado pre y posnatal de las usuarias, y de cuidado, atención y alimentación del recién nacido.

En base a lo anterior y teniendo en cuenta la incidencia del 23 % de las denominadas primera y segunda demoras en la Mortalidad Materna (MM), (demora en la identificación de la complicación en el hogar y en el traslado), y considerando la alta prevalencia de la MM y la Mortalidad Neonatal (MN) durante la semana inmediata después del parto, se concluyó que era de carácter urgente aumentar los conocimientos de las mujeres sobre salud materna y neonatal, principalmente los conocimientos relacionados al cuidado de la salud durante el embarazo, posparto y al cuidado del RN durante la primera semana, haciendo énfasis en las señales de peligro y la lactancia materna exclusiva. Además, considerando que el alta hospitalaria se otorga entre las 24 a 48 horas, tras lo cual la madre permanece en su hogar durante el puerperio, en la semana de mayor prevalencia de la MM y MN, se consideró fundamental también, la mejora de capacidades y conocimientos en la comunidad.

Los materiales educativos desarrollados, consecuentemente a lo expresado en el párrafo anterior, fueron elaborados posteriormente, tanto para el uso en el servicio de salud, como para su disseminación en la comunidad.

Durante el programa se identificó otra organización que realiza actividades comunitarias en el país, denominada Plan Paraguay<sup>11</sup>, con la que se podría coordinar. Plan Paraguay trabaja en el Paraguay desde 1994 apoyando a los niños y comunidades para el acceso en la educación, salud, seguridad alimentaria, protección y desarrollo sustentables, y actualmente implementa programas en los departamentos de San Pedro, Caaguazú, Guaira y Paraguarí.

---

<sup>11</sup> Plan Paraguay ha trabajado en Paraguay desde el 1994 apoyando a los niños y comunidades para tener acceso a educación, salud, alimentación, y la oportunidad a ser protegida y permitida a crecer. Sus áreas de intervención a incluir: los regiones de San Pedro, Caaguazú, Guaira y Paraguarí.

## FORTALECIMIENTO DE LOS CONSEJOS LOCALES DE SALUD (CLS)

En acuerdo con el MPBS, se inició el proceso de fortalecimiento de los consejos locales con el objetivo de fortalecer el rol de los CLS sobre el papel que desempeñan en el mejoramiento de los resultados obtenidos a nivel de salud materna y neonatal. En dicho concepto se implementaron 3 encuentros convocados desde los CLS, denominados Foros para hablar de salud materna e infantil, (*Aty ñemonguetara sy ha mitakuera hesai porave hagua*), en idioma nativo guaraní.

**El primer** foro se implementó en la Municipalidad de Hernandarias, desde setiembre a diciembre del 2011, **el segundo** desde febrero a junio del 2012 en Minga Guazú y **el tercero** durante agosto y setiembre del 2012, en Mariano Roque Alonso.

La meta deseada a partir de los foros era Mejorar la salud materna y neonatal a través de la movilización de los diferentes actores sociales de la comunidad promoviendo el desarrollo de capacidades de la comunidad para identificar, priorizar problemas y encontrar soluciones a sus necesidades y demandas de salud.

El **objetivo** de los foros fue convocar desde el CLS, a las Unidades de Salud familiar directamente relacionadas a los hospitales de referencia donde MCHIP estaba trabajando, en compañía de sus referentes comunitarios y representantes del hospital de referencia, para establecer un espacio de debate y reflexión donde se definan estrategias para el mejoramiento de la salud materna e infantil a través del trabajo articulado entre todos los participantes. La metodología de análisis utilizada durante los foros fue la del AIEPI comunitario, (Estrategia desarrollada por la OPS, Organización panamericana de la Salud, y utilizada por el MSP, denominada Atención Integral a las enfermedades prevalentes de primera infancia).

**El perfil deseado del grupo de participantes de cada foro fue el siguiente:** representantes de las USF, referentes comunitarios de cada USF (de la escuela, parroquia, comisión vecinal, etc.), representantes del CLS; representante de la CODENI Comisión por los derechos del niño), representantes de OSC de interés en el área de mujer y niñez.

**La cantidad y frecuencia de encuentros deseados fue el siguiente:** 4 a 8 encuentros con frecuencia semanal y quincenal de manera a permitir que los participantes realizaran las tareas en sus comunidades.

**Los pasos planteados para la concreción del foro, desde su implementación en el marco del proyecto de apoyo, fueron:**

1. Organizar una visita con representantes de la Región Sanitaria correspondiente, al Consejo Local de Salud
2. Socializar con el Consejo Local de Salud la actividad propuesta.
3. Visitar con representantes de la Región Sanitaria el servicio de salud y las USF directamente relacionadas al Hospital de referencia.
4. Planificar la actividad con el CLS y el Hospital
5. Calendarizar los encuentros, teniendo en cuenta que debe contarse con las autoridades locales y de la Región Sanitaria, principalmente en las fechas de Inauguración y cierre. Identificación de los problemas de salud materna e infantil y de los actores sociales y sus redes
6. Identificar la situación de las practicas claves y priorización de los problemas de salud materna e infantil

7. Elaborar los planes de acción y de Seguimiento
8. Presentar los planes a la comunidad

Los módulos desarrollados fueron:

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>Jornada I</b>   | MODULO I Introducción - ANALISIS DE LA REALIDAD LOCAL y a los instrumentos para los auto-diagnósticos comunitarios.                  |
| <b>Jornada II</b>  | MODULO II IDENTIFICACION DE LOS ACTORES CLAVES: Organizaciones de la sociedad civil, servicios de salud, organizaciones comunitaria. |
| <b>Jornada III</b> | MODULO III – IDENTIFICACION Y PRIORIZACION de los problemas de Salud Materna e Infantil.   |
| <b>Jornada IV</b>  | MODULO III – PRIORIZACION de los problemas de Salud Materna e Infantil.  |
| <b>Jornada V</b>   | MODULO IV - SITUACION DE LAS PRACTICAS CLAVES relacionadas con Salud Materna e Infantil  |
| <b>Jornada VI</b>  | MODULO V - PLANIFICACION DE BASE. Elaboración de planes comunitarios y conformación de redes de salud materna e infantil             |
| <b>Clausura</b>    | Cierre del foro con la exhibición de los PLANES DE ACCION COMUNITARIOS y entrega de certificados de participación                    |

Las prácticas claves que se promocionaron en los foros fueron seleccionadas de las prácticas claves del AIEPI comunitario y complementadas con las prácticas que el informe cualitativo realizado al comienzo del proyecto, demostró que necesitaban ser fortalecidas, y las principales identificadas fueron las siguientes: Control prenatal , preparación para el parto y señales de peligro:

- Control prenatal: Toda mujer embarazada debe recibir atención prenatal adecuada. Acude al menos 4 veces a tus citas prenatales desde el inicio de tu embarazo.
- Es importante que completes tu Plan de Parto al comienzo del embarazo para que tu y tu familia estén preparadas para la llegada del bebé.
- Debes ir inmediatamente a tu servicio de salud si tienes: Dolor de panza o de cabeza intenso, hinchazón de pies y manos, sangrado vaginal, convulsiones, fiebre o secreción vaginal con mal olor.
- Luego del parto aprovecha para descansar cada vez que puedas y no descuides tu higiene y cuidado personal. Acude inmediatamente al servicio de salud más cercano si durante el posparto tienes: sangrado vaginal abundante, mal olor o dolor en tus genitales, dolor de cabeza, fiebre y escalofríos, dolor abdominal, si se te hinchan o te duelen los pechos o si tienes heridas o dolor en los pezones.
- Participación del padre: Los hombres deben participar activamente en el cuidado de sus hijos y asumir responsabilidades en el cuidado de la salud de la familia incluyendo la salud reproductiva.
- Cuidado y alimentación del recién nacido y del bebé: La leche materna es el mejor alimento para tu bebé. Amamante al bebé inmediatamente en la primera hora del nacimiento y continúe dándole de mamar exclusivamente, todas las veces que el bebé quiera de día y de noche hasta los 6 meses.
- A partir de los 6 meses es importante que empieces a dar otros alimentos a tu niño.
- Asegúrate de seguir las indicaciones del cuidado del bebé durante el primer año de vida y lleva al recién nacido al servicio al tercer día del alta hospitalaria para el control del recién nacido.
- Acude inmediatamente al servicio de salud si tu recién nacido tiene fiebre o se pone frío, si no puede mamar y vomita todo lo que toma, si respira con dificultad, si tiene diarrea, si tiene el ombligo rojo o con pus , secreción en los ojos o si tiene la piel de color amarillo.

En cada foro, las USF participantes con sus referentes comunitarios, detectaron sus problemas de salud materna e infantil, priorizaron los mismos, relacionaron sus problemas a las practicas claves expresadas anteriormente, y finalmente redactaron sus planes.

Al término de cada foro los participantes de cada comunidad: encargados de las USF, referentes comunitarios, personal de salud del Hospital de referencia, miembros del Consejo Local del Salud y de la sociedad organizada, definieron estrategias desde los servicios y comunitarias en forma de planes de acción, para el mejoramiento de la salud materna e infantil en las comunidades.

Cada foro finalizó con un acto de clausura donde los participantes exhibieron afiches de sus trabajos. Aproximadamente 100 personas, recibieron certificados de participación en base a un mínimo de 75% de asistencia.

En total 19 USF<sup>12</sup> relacionadas a los CLS de los distritos del programa participaron de los foros, y todos presentaron al menos un plan de acción a realizar para el mejoramiento de una práctica clave de salud materna e infantil entre las que se destacaron: Control prenatal oportuno, Nutrición prenatal adecuada, inicio precoz de la lactancia materna y lactancia materna exclusiva, sexualidad responsable y embarazo saludable de adolescentes, etc.

Las USF participantes del Alto Paraná, de los distritos de Minga Guazú y Hernandarias y del departamento Central, del distrito de Mariano Roque Alonso, fueron:

- La amistad, MRA
- Virgen de Guadalupe, MRA

Cabe mencionar que la sede y la convocatoria para la realización de los foros fueron con la gestión del CLS correspondiente y con el acompañamiento del MSP tanto del nivel nacional como de nivel regional. En todos los casos, los encuentros se realizaron en salones próximos a los hospitales de referencia y través de la gestión del CLS.

Los encargados y referentes de las USF, ubicadas en un radio de hasta 20 km del lugar de las capacitaciones, se desplazaron hasta estos lugares para asistir a los encuentros.

Los planes de salud materna/infantil elaborados, correspondieron a las problemáticas particulares de los diversos territorios y a las características de las poblaciones donde se ubicaban las USF correspondientes de los distritos de Hernandarias, de Minga Guazú y de Mariano Roque Alonso. Por ej., en el distrito de Hernandarias una de las USF tenía una población totalmente indígena y sus mayores problemas de salud estaban relacionados con el uso del agua segura ya que sus fuentes de agua estaban siendo contaminados por residuos subterráneos de agro tóxicos, una USF de Minga Guazú se caracterizaba por una población joven y alto % de embarazo joven.

Por lo mencionado anteriormente relacionado a la ubicación dispersa de las USF y además por las características poco transitables de algunas de los caminos de acceso, aunque al finalizar los foros se concretaron encuentros y comunicaciones para el seguimiento de los planes de acción resultantes del foro de Hernandarias y Minga Guazú, no fue posible darle un seguimiento

---

<sup>12</sup> Minga Guazú: Km 20, Acaray, Valle Hermoso; Km 13,5, Monday;; Km 30, Comuneros.; Km 30, San Jorge.; Km 28, 21 de setiembre; Km 16, Villa Nélica; Hernandarias: Toryvete; Caacupemi; Itakry; Niño Jesús de Prada; HER II, ex hospital, San Lorenzo; HER I, ex hospital, Santo Domingo.; San Ramón.; Acaraymi.; San Francisco.; Chino cue.; Paso Ita.; Villa alegre, La Amistad; Virgen de Guadalupe

minucioso al cumplimiento de cada uno de los planes de acción de las 19 USF participantes de los 3 distritos involucrados.

Sin embargo, durante los encuentros de seguimientos los encargados tuvieron la oportunidad de compartir sus logros y dificultades, y manifestaron que el principal logro alcanzado luego del foro, fue la posibilidad de articular acciones con diferentes sectores (Hospital de referencia, USF, CLS), para enfrentar situaciones difíciles relacionadas a la salud materna e infantil, como ser traslados oportunos de las embarazadas desde la USF al Hospital de referencia, acceso a los laboratorios, etc.

En mayo del 2012, se realizó en Asunción, la Primera Muestra Nacional de la Atención Primaria en Salud (APS), con la participación de USF de todo el país. En dicha ocasión, representantes de las USF participantes del programa MCHIP de las USF Hernandarias I y de Acaraymi, tuvieron la oportunidad de exhibir un poster con sus actividades y sus planes comunitarios.

Finalmente, considerando el objetivo del componente comunitario de MCHIP/Paraguay, de fortalecer los CLS directamente relacionados a los establecimientos de salud promoviendo el rol activo de los mismos para mejoramiento de los resultados en salud materna y neonatal, consideramos que la gestión ha sido más sólida en el departamento de Alto Paraná que en el Departamento Central.

En Alto Paraná los CLS participaron activamente de todos los encuentros de los foros realizados y a fecha del cierre de MCHIP se recibieron noticias de acciones en las que se articularon acciones entre los diferentes sectores involucrados, como ser el traslado oportuno de usuarios de las USF hasta el hospital de referencia, la utilización de vehículo de la Región Sanitaria para el traslado de los encargados de las USF a sectores remotos de sus territorios, el traslado con móvil del hospital para la realización de estudios al hospital de referencia, etc.

Sin embargo el involucramiento de sectores similares en la Región Central ha sido muy limitado por un lado por la superposición de actividades tanto del CLS como de la región sanitaria característico de la implantación urbana el establecimiento de horarios donde todas las partes estuvieran disponibles para participar, y por otro lado por situaciones imprevistas que interfirieron e imposibilitaron la acción protagonista del CLS en los foros realizados. En tal sentido cabe mencionar que las fechas previstas para las actividades con el CLS de Mariano Roque Alonso del Departamento Central, coincidieron por un lado, con el cambio de Gobierno y los consecuentes cambios de autoridades en el servicio de salud de referencia y de prioridades del CLS, y por otro lado, se produjo un fenómeno climático, un tornado de magnitud inesperada, que afectó gravemente a barrios aledaños al Hospital de referencia por lo cual la zona fue declarada en emergencia durante varias semanas. Por tal motivo, aunque el foro fue realizado y se desarrollaron todos los módulos, los representantes del CLS no pudieron estar en todas las jornadas ni involucrarse detalladamente en las actividades de cada sesión.

### **Las recomendaciones para la implementación exitosa de los foros en otros distritos son:**

1. Planificar la actividad con el liderazgo del CLS y de la Región Sanitaria correspondiente.
2. Involucrar en la planificación a las autoridades del Hospital de referencia, los encargados de las USF y los referentes comunitarios.
3. Darle la formalidad correspondiente a la actividad y asegurarse de que en la apertura y clausura:
  - Cuente con la presencia activa de las autoridades de la Región Sanitaria, de la Municipalidad, del Hospital de referencia y del CLS.

- Se exhiban las actividades de las USF al inicio, y los planes de acción en la clausura.
  - Se otorguen certificados de participación firmados por autoridades del nivel central del MSP y de la región
4. Debe asegurarse la participación de los miembros del CLS y de todos los referentes representativos de la comunidad, en todas las jornadas.
  5. Debe asegurarse de que los participantes realicen las tareas en sus comunidades, que efectivamente lleven las consultas a la comunidad y retornen a los siguientes encuentros con los aportes correspondientes.
  6. Deben fortalecerse los contenidos del Módulo de Planificación de base y trabajo en redes, en lo concerniente a la elaboración detallada e implementación específica de planes comunitarios.
  7. Debe fortalecerse también la elaboración e implementación de Instrumentos de Seguimiento y Monitoreo de la implementación de los planes, a través de instrumentos que puedan ser utilizados posteriormente para el registro de las actividades de los planes comunitarios.

En el proyecto se estableció el trabajo comunitario a través de los CLS asumiendo que éstos serían el nexo con las comunidades. En el desarrollo de las actividades se pudo evidenciar que la participación de las organizaciones indígenas y comunitarias rurales es muy débil. El proyecto no contó con recursos humanos y financieros para poder realizar visitas a estas organizaciones y fomentar su participación. Esto pudo observarse en los Foros cuya participación mayoritaria era relacionada a personal de las USF, Hospitales y otras organizaciones educativas y municipales. A pesar de esta limitación se incentivó a los CLS que apoyaran la integración de las mismas en los Foros. La participación de las USF—que se apropiaron de la metodología— facilitará a futuro una mayor integración de las organizaciones comunitarias.

## MENSAJES DE SALUD Y MATERIALES CULTURALMENTE APROPIADOS

En base a las conclusiones del informe cualitativo mencionado en 8e, se identificaron los principales temas de salud materna y neonatal a ser fortalecidos durante el programa a través de mensajes claves a ser incluidos en materiales de educación, y fueron los siguientes: Control prenatal, Nutrición y cuidado prenatal, Señales de alarma durante el embarazo, preparación para la lactancia materna, Preparación para el parto, alimentación y cuidado del recién nacido en el servicio y en la casa, señales de alarma durante el posparto de la madre y del recién nacido, cuidados y primera consulta del posparto del recién nacido y la madre, y sexualidad y planificación familiar. Si bien los resultados de las encuestas mostraron algunas diferencias en cuanto a los conocimientos y prácticas de las usuarias relacionados con la salud materna y neonatal, por ej., las usuarias del HSP de Asunción en general manifestaron iniciar su atención prenatal antes que las usuarias del HRCDE, y las usuarias del HRCDE practicaban la lactancia materna con mayor frecuencia que las del HSP, en general en las encuestas demostraron la necesidad de fortalecer los conocimientos y prácticas en ambos servicios.



A lo largo del segundo año de MCHIP, se desarrollaron materiales culturalmente apropiados para promover los mensajes clave de buenas prácticas en salud materna y neonatal.

Los materiales fueron validados por varios sectores del MSPB y fueron los siguientes:

**Cuando el amor es saludable**<sup>13</sup>: Lo siguiente son mensajes de salud implementados a través de la campaña “Cuando El Amor Es Saludable”:

- Todas las mujeres embarazadas deben completar el folleto “Mi plan de parto” al inicio del embarazo para de esa manera estar preparadas, tanto la madre como su familia para la llegada del bebé.
- Todas la mujeres deben acudir inmediatamente para su atención si presentan: Dolor abdominal, cefalea, edema de manos o piernas, sangrado vaginal, fiebre o flujo vaginal fétido.
- Luego del parto, la madre debe tomarse tiempo para descansar cada vez que puede y cuidar de su higiene y bienestar personal. También debe buscar atención inmediata si se presenta cualquiera de los siguientes síntomas: sangrado vaginal abundante, mal olor en los genitales, dolor genital, dolor de cabeza, fiebre, escalofríos, dolor abdominal, hinchazón, dolor en los senos o pezones dolorosos / heridos.
- Los hombres deben participar activamente en el cuidado de sus hijos y asumir la responsabilidad de la la salud de la familia, incluida la salud reproductiva.
- La leche materna es el mejor alimento para el recién nacido. Las mujeres deben alimentar a sus recién nacidos dentro de la primera hora después del nacimiento y continuar amamantando exclusivamente cada vez que necesita el bebé, noche y el día, hasta la edad de seis meses.
- Después de seis meses, es importante empezar a darle otros alimentos al bebé.
- Todas las mujeres deben asegurarse de seguir las instrucciones sobre el cuidado de su bebé durante su primer mes de vida. Deben llevar el bebé para un examen de control del al tercer día después del nacimiento.  
madre / hijo son dados de alta del hospital.
- Todas las mujeres deben llevar a su hijo al centro de salud más cercano si el recién nacido tiene fiebre o se pone frío, si no puede amamantar o vomita todo lo que ingiere, si tiene dificultad para respirar, tiene diarrea, secreciones en los ojos, si su ombligo está rojo o tiene pus, o si su piel se vuelve amarilla.



<sup>13</sup> Online por: <http://www.mchip.net/node/1265> and <http://www.mchip.net/node/1266>.

**El Folleto de Plan de Parto<sup>14</sup>:** Su contenido se basa en el capítulo “Preparando mi parto” de la Norma de atención prenatal del MSP, incluye datos esenciales para ayudar a las usuarias y sus familiares a estar preparados para el parto: Datos personales, Datos del establecimiento de salud donde realiza su prenatal y será el parto, Datos útiles para el día del parto, Datos útiles del traslado y cuidado de la familia durante la estadía hospitalaria e información esencial sobre señales de peligro durante el embarazo.

La estrategia para la implementación del plan de parto en ambos servicios fue a través del apoyo a las áreas de Programas y Educación del HSP y el HRCDE. Desde el 9 al 17 de agosto del 2011, diariamente, se realizaron jornadas educativas para la sensibilización y capacitación en el uso del folleto, dirigidas al personal de salud del HSP y el HRCDE. En total participaron 82 personas de ambos servicios y a partir de ese mes, se inició la entrega de folletos en ambos servicios.

Durante el segundo año del programa, en octubre, diciembre y agosto del 2012, se realizaron visitas de monitoreo de verificación de la entrega de los folletos y en 27 personas participaron de las reuniones de seguimiento. Se entrevistaron durante el año a los responsables de las entregas en ambos servicios, y pudo constatar que la mayoría de las usuarias del HSP completaban debidamente todos los ítems de sus folletos de plan de parto, mientras que las usuarias del HRCDE manifestaron menor interés o tenían mayor dificultad en contar anticipadamente con la información que se solicita en sus planes de parto.

**Hasta el final del programa se entregaron un total de 6000 folletos a los hospitales mencionados.** Se cubrió la demanda de folletos durante todo el segundo año del proyecto. Al final del programa, quedaron insumos suficientes para el siguiente mes. Sin embargo, el contenido del plan de parto en su totalidad, fue incorporado en el siguiente material que fue elaborado por MCHIP, la libreta de la embarazada, y en cada servicio fue entregado un lote de este material para ser distribuido desde setiembre del 2012.



<sup>14</sup> Online por: <http://www.mchip.net/node/1268>

## La Libreta de la embarazada<sup>15</sup>:

La libreta es un material de uso interactivo tanto de la embarazada como del profesional de salud, de formato similar a la Libreta del Niño/niña que actualmente se utiliza en los servicios públicos.

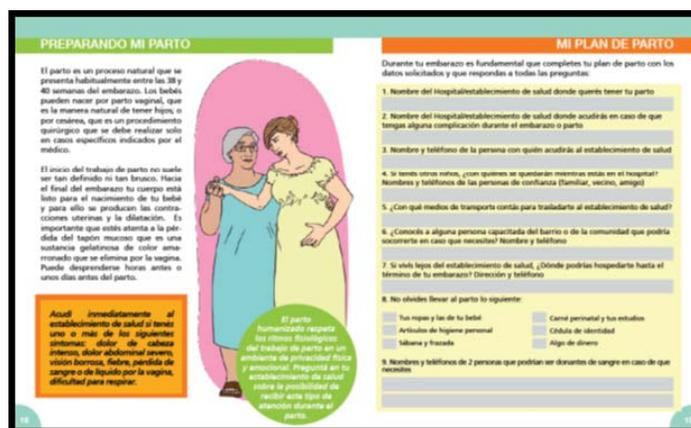
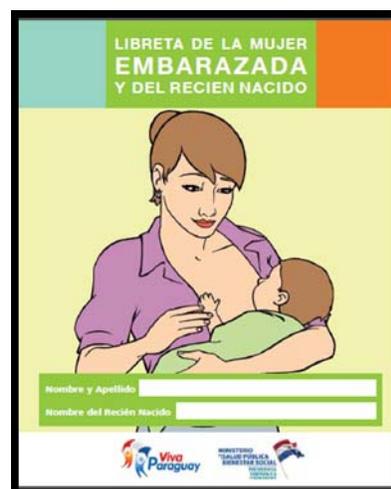
La libreta contiene información esencial sobre el cuidado de la salud durante el embarazo, parto y posparto y su distribución a las usuarias de los servicios participantes del programa empezó en septiembre del 2012. Cabe mencionar que desde junio del 2011 se realizaron reuniones mensuales de trabajo en la Dirección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia, DIRSINA del MSP, en las cuales se discutieron y consensuaron tantos los contenidos técnicos de la libreta, como el uso del lenguaje, el enfoque de género y la diagramación e ilustraciones de la Libreta. La versión final impresa incorporó las sugerencias de los diferentes sectores del MSP que hicieron llegar sus aportes a DIRSINA, entre ellos la Dirección de Promoción de la Salud y la Dirección de Salud Sexual y reproductiva.

En el marco del programa MCHIP se imprimieron un total de 1000 ejemplares y los mismos fueron entregados a DIRSINA; para su distribución. Durante el proceso el MSP manifestó su deseo de incluir en el presupuesto del siguiente año la reimpresión de la libreta para su distribución a nivel nacional.

## El Plan de comunicación radial:

Fueron desarrollados para su difusión en las comunidades asociadas a los CLS (Consejo Local de Salud) y las USF (Unidades de Salud Familiar) participantes de las actividades del programa cuñas radiales de mensajes claves en guaraní y español, con el apoyo de materiales visuales folletos y afiches, cuyo contenido son las prácticas claves de salud materna y neonatal presentados en forma de amenos diálogos entre los actores involucrados: madre, padre, profesional de la salud, vecina.

Además de utilizar de base los mensajes claves desarrollados por el programa MCHIP, los guiones de las cuñas radiales incorporaron también mensajes claves derivados de las prácticas claves del AIEPI<sup>16</sup> (Estrategia utilizada por el MSP, Atención Integral a las Enfermedades prevalente de primera infancia), comunitario. Al igual que el contenido de la libreta, los guiones radiales finalmente producidos, fueron validados por diversos sectores del MSP, a través de las sugerencias que remitieron a DIRSINA.



A sample radio spot in Guaraní and Spanish are provided below.



<sup>15</sup> Online por: <http://www.mchip.net/node/1267>.

<sup>16</sup> Online por: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-practicasclave.pdf>

A fines de setiembre un CLS y 13 USF asociadas recibieron un CD de las cuñas radiales en guaraní y español y los afiches correspondientes, para su divulgación. Dado que la entrega se realizó a finales del proyecto, no se disponen de datos concretos de la utilización de los materiales. Cabe mencionar que como estrategia para la sustentabilidad futura de los resultados del programa MCHIP Paraguay, los materiales de educación fueron remitidos a diferentes agencias y organizaciones: Plan Paraguay, OPS, UNFPA, con el objeto de que pudieran proseguir con la implementación y distribución de los mismos.

### Uso Continuo de Materiales Educativos:

En setiembre del 2012 la organización Plan Paraguay confirmó su interés en la reimpresión de la libreta y de los materiales del plan de comunicación radial, Para tal efecto se incluyó del logo de su organización en los últimos materiales La libreta de la embarazada y el Plan de comunicación radial.

A fines del mes de octubre, se contó con los materiales educativos y aunque el proyecto ya cerró sus actividades y el equipo técnico estaba realizando los informes de área, se pudo acompañar al acto de entrega de dichos materiales a los establecimientos de salud del Alto Paraná, **Por otro lado, Plan Paraguay utilizará estos materiales para apoyar las actividades que implementa en diferentes departamentos del país: San Pedro, Caaguazú, Guaira y Paraguari.**

## CENTROS DE DEMOSTRACIÓN DEL MÉTODO MAMÁ CANGURO (MMC)

MCHIP, con el apoyo de Save the Children y en constante comunicación con el MSP, trabajó con los equipos del HSP y del HRCDE para la implementación del método Mamá Canguro (MC).

El proceso se inició con la revisión y preparación por parte de profesionales capacitados en el método, de los materiales de capacitación a ser utilizados en el Paraguay. A sugerencia del MSPBS se elaboraron **2 manuales, el facilitador y el del participante**<sup>17</sup>. Se utilizó la bibliografía actualizada disponible donde se incluyó la Guía Técnica de MCHIP, el Manual utilizado en Bolivia, las guías de Canguro de Colombia y los estándares técnicos de la Guía Genérica de la OMS. Además se elaboró un díptico informativo para las usuarias y familias. Los manuales elaborados sirvieron como insumos didácticos para los talleres de capacitación realizados en ambas regiones en los cuales participaron **33 profesionales de la salud de los servicios mencionados. Es importante señalar que estos talleres fueron facilitados**, no sólo por el personal técnico de MCHIP, sino también por personal del nivel central del MSP, Hospital San Pablo y la Universidad. Esto permitió compartir los temas del taller y además facilitó que el personal técnico se apropie de la implementación.

Durante el segundo semestre del 2011, se equiparon y se proveyeron de los insumos básicos a los locales de cada servicio que serían destinados para la instalación de los centros de demostración del método. Al final del, se inauguraron 2 centros de demostración de la técnica mamá canguro, en el HSP de Asunción y el HRCDE de la región de Alto Paraná.



<sup>17</sup> Online por : <http://www.mchip.net/node/1259>.

Cabe mencionar que tanto la encargada de salud neonatal de MCHIP como los profesionales médicos líderes de los 2 hospitales, participaron del Taller Regional de Implementación del Programa Mamá Canguro, realizado en República Dominicana en diciembre del 2011, donde pudieron compartir sus experiencias con implementadores de otros países. Paraguay desde entonces es parte de la Comunidad de Aprendizaje del Método Canguro.

Las unidades de Mamá Canguro del HSP y el HRCDE fueron evaluados por la Dra. Nathalie Charpak, de la Fundación Canguro de Colombia en Junio del 2011. Durante la visita de evaluación las profesionales brindaron asistencia técnica y recomendaciones para el mejoramiento de los servicios. Una de las recomendaciones recibidas fue la de fortalecer las capacidades técnicas del personal del HSP y transformarlo en un Centro de Demostración de aplicación de la técnica. La Fundación Canguro estaba en proceso de gestionar la visita de un equipo del HSP a la Unidad Canguro en Colombia.

Al cierre del programa, con un año de implementación en ambos centros tuvieron un total de 56 ingresos en la Unidad Canguro, 44 de los cuales ingresaron con un peso entre 1500/2000 gramos y 12 ingresaron con un peso entre 1000/1499 gramos.

Hasta la fecha del cierre del programa no hubo registros de mortalidad.

Un resultado no previsto en el Plan de Trabajo del Proyecto fue el hecho que se instaló otra unidad canguro en el país apoyada por MCHIP, que fue la unidad del Hospital Regional de Coronel Oviedo. Esta Unidad fue implementada en el servicio gracias a las gestiones de 3 profesionales que recibieron capacitación en el Año 1 del proyecto MCHIP en el Hospital San Pablo y el apoyo técnico de la responsable de salud neonatal de MCHIP. Hasta la fecha habían ingresado 12 niños/as canguros.

Durante el presente año, se capacitó también a un equipo de facilitadoras del Instituto Andrés Barbero, centro formador de matronas y enfermeras, con el objetivo de que ellas a su vez pudieran incorporar en sus capacitaciones esta intervención. Se les dotó con el material de capacitación que se desarrolló con MCHIP.

Así mismo se preparó un equipo de capacitación de Mamá Canguro que se deja al MSP para futuros entrenamientos un DVD que incluye: Manual del Participante y Facilitador, Videos y bibliografía actualizada sobre la evidencia de la efectividad del método.

Es importante reconocer que existieron factores limitantes para el funcionamiento de las Unidades, tales como: problemas en las instalaciones físicas que obligaron al cierre de las mismas y prácticas de las unidades implementadoras que rompieron la continuidad del servicio durante el periodo de vacaciones de fin de año. Estos problemas hicieron que por cerca de 3 de los 12 meses de implementación, las Unidades no funcionaran.

En los informes trimestrales ya se mencionó que la intervención tuvo una limitación inicial que fue la de tener un tiempo limitado de implementación. Los cambios de prácticas necesitan de un tiempo para la intervención arranque, otro tiempo para que se consolide y finalmente un seguimiento que demuestre a los implementadores los beneficios de la misma. Es así como luego se integra y forma parte de la rutina y estándares de atención de un centro hospitalario.

Ahora se cuenta con un equipo hospitalario motivado y capacitado, con la incorporación del método en los estándares neonatales nacionales, pero localizado en hospitales de niveles 2 y 3. Cabe mencionar, que durante el transcurso de la intervención se tuvo conocimientos de otras experiencias aisladas de médicos/as que estarían aplicando el método en sus establecimientos. Sin embargo, no se pudieron realizar visitas para conocer la forma de su implementación.

El MSPB ha mostrado su predisposición de seguir apoyando esta iniciativa. Se gestionó también un apoyo a través de Plan Internacional Paraguay para la integración de actividades en los Hospitales de sus proyectos. La garantía de que la intervención no se interrumpa es que se pueda llevar a escala y ser implementado en toda la red de servicios y no solamente en hospitales de 2 y 3 nivel. Esto facilitaría el seguimiento del bebé canguro después del alta, especialmente para las mamás que viven lejos del radio urbano. Sería importante hacer algún tipo de seguimiento con el MSP a través de la Alianza Neonatal con apoyo de la OPS/OMS y UNICEF. CORNOEL OVEIEDO<sup>18</sup>

|   | PROMEDIO | MÍNIMO | MÁXIMO |
|---|----------|--------|--------|
| <b>Hospital San Pablo (N=38)</b>                |          |        |        |
| Peso del recién nacido al ingreso (gramos)      | 1747     | 1380   | 1980   |
| Peso del recién nacido al alta(gramos)          | 1834     | 1440   | 2360   |
| Ganancia de peso (gramos)                       | 88.5     | 0.0    | 430.0  |
| <b>Hospital Regional Ciudad del Este (N=18)</b> |          |        |        |
| Peso del recién nacido al ingreso (gramos)      | 1616     | 1200   | 1930   |
| Peso del recién nacido al alta (gramos)         | 2058     | 1800   | 2380   |
| Ganancia de peso (gramos)                       | 442      | 170    | 1000   |

<sup>18</sup> MCHIP no tiene información de seguimiento de atención por los bebés del Hospital Coronel Oviedo.

# Financiamiento de Actividades Regionales (LAC)

## PREVENCIÓN DE SEPSIS NEONATAL

La Iniciativa Regional de mejoramiento en la prevención y tratamiento de Sepsis Neonatal, implementada desde Abril 2011, se basó en la identificación de brechas en la calidad de atención y en la definición de acciones a implementar en ciclos cortos con el seguimiento continuo de los cambios obtenidos.

A la implementación de la iniciativa se sumaron los intercambios de experiencias vía internet, utilizando el sistema de aprendizaje a distancia denominado Elluminate, durante los cuales, con el apoyo del equipo MCHIP local y de la sede de Washington, se compartieron conocimientos y experiencias entre los equipos de Sepsis neonatal del Paraguay y de República Dominicana.

La metodología implicó el trabajo cooperativo de los equipos de trabajo conformados, a través de los siguientes pasos: Identificación de objetivos comunes, definición de una línea de base utilizando el instrumento de evaluación y detección de necesidades de servicios neonatales de OPS/BASICS, la identificación y análisis de los problemas, la definición de técnicas locales de solución de problemas en equipo, selección de los indicadores de verificación y socialización de resultados entre los equipos locales y de otros países.

En Paraguay se trabajó en 3 hospitales seleccionados por la Dirección de Programas del MSPBS: Hospitales Distritales de Santaní y Caacupé y el Hospital Regional de Cnel. Oviedo.

Los hospitales de República Dominicana con los que se realizaron los intercambios fueron el Hospital Regional Universitario San Vicente de Paul, el Hospital Regional Universitario Dr. Antonio Musa y el Centro Materno Infantil San Lorenzo de los Minas.

Los equipos de mejoramiento de la calidad en sepsis neonatal de los hospitales estuvieron conformados por el director del servicio, el administrador, pediatra, enfermeras de neonatología y de infecciones, gineco-obstetras, enfermeras de salas de partos y maternidad. Además se involucraron a otros trabajadores como ser al personal de limpieza, esterilización y ropería.

Los equipos de mejora de la calidad compartieron objetivos comunes para la prevención y tratamiento de infecciones en el recién nacido y analizaron conjuntamente el efecto de los cambios para mejorar la atención en sus respectivas áreas: sala de parto y quirófano, puerperio, y neonatología.

Los equipos se mantuvieron en contacto de manera regular para compartir los cambios implementados, los resultados, las experiencias y las lecciones aprendidas a través la utilización del Elluminate, que permitió conectar a los equipos nacionales de Paraguay y de República Dominicana cada 4 a 6 semanas, con la sede de Washington para compartir experiencias y resultados, y recibir actualizaciones técnicas.

Cada sesión tuvo una duración aproximada de dos horas e incluyeron una o dos presentaciones técnicas, presentaciones de los resultados y experiencias de cada país y el debate posterior. En total se realizaron 11 sesiones de “Elluminate” con los colegas de República Dominicana y las mismas fueron lideradas por la Dra. Goldy Mazia de MCHIP de la sede de Washington DC.

La línea de base reveló que los principales problemas comunes a todos los servicios fueron:

- En relación a recursos humanos y prácticas: escasez de RR.HH (médicos y enfermeras) e insuficiente capacitación de los mismos, ausencia de protocolos de atención, prácticas

deficientes de lavado de manos, nula comunicación entre pediatras y gineco-obstetras, prácticas de baño precoz del recién nacido y lactancia materna no exclusiva. También se mencionaron, escasez de personal de limpieza y falta de disponibilidad durante las 24 horas, falta de cumplimiento de normas de bioseguridad y de limpieza, mala distribución de actividades y mal manejo de residuos.

- En relación a los equipos e insumos se detectaron; incubadoras sin mantenimiento, ausencia de carros para reanimación, cantidad insuficiente de bombas de infusión, no disponibilidad de compresas estériles para la atención inmediata del recién nacido, antiséptico no fraccionado, equipo de esterilización ausente por reparación, falta de ropas estériles para las madres y personal de salud.
- En relación a los usuarios y familiares: inicio tardío de la lactancia materna, escasa práctica de la lactancia materna exclusiva.

Del análisis de los problemas se definieron las áreas de intervención y los hospitales coincidieron como posibles áreas las siguientes: lavado de manos, esterilización de equipos e instrumentos, ropería., educación continua del personal en temas lavado de manos, lactancia materna., manejo de vías, y reanimación neonatal.

De las áreas seleccionadas se implementaron las intervenciones de lavado de manos y lactancia materna.

## Lavado de Manos

Se implementó en los 3 hospitales, con observaciones cada 2 a 3 meses. La evidencia de que esta intervención resultó costo efectiva es que los hospitales mejoraron ostensiblemente, pero también se evidenció que al dejar de vigilar la intervención, disminuyeron las prácticas, por lo que se reiniciaron los ciclos de capacitación en los todos los hospitales. La intervención contribuyó a la disponibilidad regular de insumos básicos proveídos por la administración de los hospitales, tales como jabón antiséptico, toallas de papel, dispensadores, y el consecuente compromiso, de incluir estos ítems en los subsiguientes presupuestos del servicio.

## Lactancia Materna

Implementado con el propósito adicional de fortalecer el proceso de certificación de los hospitales en el marco de la Iniciativa Hospital Amigo de la Niñez, IHANM, a petición y en coordinación con el Ministerio de Salud. Inicialmente se realizó la línea de base, donde se entrevistaron 40 madres en Caacupé, 26 en Cnel. Oviedo, 30 en Santani, y los resultados obtenidos fueron:

- Le enseñan cómo dar de mamar?, 60% en Caacupé, 40% y 38% en Coronel Oviedo y Santani.
- Recibió orientación sobre lactancia?, de las obstetras: el 61%, de las enfermeras 33% y de los médicos el 6%.
- Donde recibió información sobre lactancia materna? En Santani reciben información en el Prenatal en un 52%, en sala de parto 19% y en la maternidad 16%. Llama la atención que en Cnel. Oviedo y Caacupé, un 44% de las usuarias reciben información en sala de partos mientras que en prenatal solo 17%.
- El indicador que más se cumplió fue el de apego precoz, el 84%.

Quedaron conformados los Comité de Lactancia Materna de los 3 Hospitales y se remitió la carta de compromiso al MSPBS firmada por los directores regionales, los directores y los jefes de las áreas de pediatría, neonatología y obstetricia en los hospitales.

En el siguiente testimonio de la encargada del control de infecciones del Hospital Regional de Coronel Oviedo, se evidencia claramente la mejoría en la prevención de sepsis.

*“El programa de Prevención de Sepsis Neonatal, contribuyó a realizar un seguimiento más estrecho de los Neonatos que ingresan al servicio de Neonatología del Hospital Regional Coronel Oviedo, permitió realizar un análisis más exhaustivo de los factores que contribuyen a la aparición de Sepsis Neonatal, así como: mejorar las prácticas que previenen la Sepsis Neonatal, en las tres áreas: partos, neonatología y maternidad. Se mejoró y se instaló la cultura del lavado de manos en la sala de Neonatología por todos los que trabajan en el área, así como en sala de partos y maternidad, la práctica de la estrategia mamá canguro, la Iniciativa del Hospital Amigo de la Niñez y la Madre, atención aséptica del parto.”*

## **Lecciones Aprendidas y Desafíos**

Todos los equipos dieron las gracias al proyecto porque comprendieron que trabajar en equipo es primordial para la identificación y resolución de los problemas. Destacaron el hecho de no haber requerido de intervenciones de alta tecnología y costos elevados para producir cambios en el servicio. Mencionaron costo efectividad de la intervención y se comprometen a dar sostenibilidad.

También mencionaron la importancia de comprometer a las autoridades del servicio: Director y Administrador fundamentalmente, para garantizar la disponibilidad de los insumos.

El desafío fue lograr la participación y compromiso de todo el personal médicos, además de los mencionados, como parte de los equipos conformados.

Hay algo que mencionar con respecto al compartimiento de experiencias con República Dominicana?

## **Alianza Neonatal Local Organizada En Paraguay**

Desde el inicio, MCHIP ha trabajado en la promoción e implementación (directamente o a través de apoyo de los contrapartes) de intervenciones priorizadas para reducir la mortalidad neonatal en la región de LAC. Para seguir con el apoyo regional al trabajo de salud materna y neonatal, MCHIP participó a través de la Alianza Neonatal en reuniones regionales con asociaciones profesionales y otros socios involucrados como una plataforma para actualizar e incidir en la priorización de las intervenciones costo eficientes en salud neonatal.

En este marco se realizó el foro de la Alianza Neonatal para los países de América del Sur, a través del esfuerzo cooperativo de las organizaciones de OPS, USAID, UNICEF y Save the Children, al lado de las asociaciones profesionales ALAPE, FLAGSOG, ICM and FEPPEN, en Paraguay. Noviembre 2011. Se contó con la participación de representantes de Bolivia, Ecuador, Colombia, Perú, Brasil y Paraguay.

Durante el foro los participantes de los Ministerios de Salud de los países participantes, revisaron los avances de sus Planes Nacionales y elaboraron planes de acción para acelerar los procesos de reducción de muerte neonatal. Se consensuaron indicadores para realizar los seguimientos. MCHIP en colaboración con OPS y UNICEF trabajó con los representantes de Paraguay para la conformación de la Alianza Neonatal local. El Ministerio de Salud comprometió a liderar la coordinación y promover la participación de otras organizaciones claves como: PLAN International, Asociación de Obstetras del Paraguay, UNICEF, entre otros.

Como parte del Foro se realizó el taller de “Ayudando a respirar a los recién nacidos” donde fueron capacitados 29 instructores de los 6 países participantes (Bolivia, Ecuador, Colombia, Perú, Brasil y Paraguay) los cuales recibieron materiales para replicar el taller en sus países.

## **ASISTENCIA TÉCNICA DE SUR A SUR: APRENDIENDO Y COMPARTIENDO LAS MEJORES PRÁCTICAS EN APOYO A LA EDUCACIÓN SOBRE PARTERÍA EN PARAGUAY**

Para contribuir a solucionar la persistente desigualdad en el acceso a recursos de salud en Paraguay, el programa de MCHIP apuntó a fortalecer la capacidad del personal de salud materna apoyando la estandarización de las competencias y perfiles clínicos de las Licenciadas en Obstetricia del país. Dado la existencia de una variedad de enseñanzas y normas educativas disponibles para quienes aspiran ser obstetras profesionales, la ausencia de un marco curricular regulatorio, y la consecuente disponibilidad de recursos humanos con desigual destrezas y formación académica, la práctica de la obstetricia a nivel nacional y la calidad del desempeño de los servicios proveídos se han visto gravemente afectados.

En virtud de lo anterior, la Universidad Nacional a través del Instituto Andrés Barbero (IAB) solicitó asistencia técnica para su escuela de Obstetricia con el fin de mejorar la calidad en la formación de las licenciadas en Obstetricia.

La asistencia técnica del proyecto consistió en una cooperación Sur a Sur de intercambio de experiencias entre la facultad de Obstetricia de la Universidad San Martín de Porres (USMP) en Lima, Perú, por su reconocido prestigio en la formación profesional, y la escuela de Obstetricia de la Universidad Nacional de Asunción en Paraguay. Para tal efecto se firmó un acuerdo de cooperación entre ambas Universidades, por el cual docentes de la facultad de Obstetricia de la USMP, brindarían apoyo técnico al equipo docente de la escuela de Obstetricia del IAB, en la implementación del currículum basado en competencias para la formación de Obstetras que fue recientemente aprobado para la carrera de Obstetricia de la UNA.

En el marco de este acuerdo y del convenio entre ambas universidades se realizaron talleres de capacitación y visitas de intercambio. Los objetivos generales fueron la definición del perfil profesional de la Obstetra en Paraguay, la adecuación del currículo en base a las competencias esenciales definidas por la CIM (Confederación Internacional de Matronas), y la estandarización de este currículo de formación de Obstetras a nivel nacional.

En mayo 2011 docentes y directivos de la Facultad de Obstetricia de la USMP del Perú y la consultora de Jhpiego visitaron el IAB en Paraguay con el fin de hacer el diagnóstico situacional y definir el plan de acción entre ambas escuelas. En octubre del 2011, un equipo de Obstetras paraguayas; docentes del IAB, representante de la Asociación Nacional de Obstetras y la encargada de Obstetricia del MSPBS viajaron a Lima, Perú a recibir el primer taller de la USMP.

Los objetivos de este taller fueron orientar sobre la metodología de implementación del currículo basado en competencias esenciales definidas por la CIM para la formación de Obstetras, así como en la metodología para definir el perfil profesional. Además de compartir la experiencia peruana en la estandarización del currículo de formación de Obstetras a nivel nacional, el equipo del IAB conoció en terreno como la Facultad de Obstetricia de la USMP ha implementado el currículo en base a competencias.

Al final del taller el equipo conjunto de ambas universidades, elaboró un plan de acción y de apoyo técnico para el periodo de Nov 2011 a Dic 2012, donde el equipo del Paraguay se comprometió a implementar el plan de acción con el apoyo de las docentes peruanas y de MCHIP.

Este plan incluyó la adecuación de su currículo en base a competencias, así como la actualización clínica y el refuerzo en las destrezas clínicas y de capacitación de las docentes de la escuela de Obstetricia del IAB, para apoyar la implementación del currículo tanto en el IAB como en al menos otras 4 escuelas de Obstetricia a nivel nacional.

En febrero del 2012, el equipo de la USMP y la consultora de Jhpiego viajaron al Paraguay para dar seguimiento al plan de acción. Debido a cambios en el equipo del IAB, no hubo avance en las actividades planificadas por lo que se hicieron ajustes al plan de seguimiento, incluyendo nuevas fechas y actividades. Se re-diseñó el taller de adecuación del currículo en modalidad semi presencial, acortando la duración presencial, y comprometiendo a las docentes participantes del IAB a realizar las lecturas y trabajos didácticos correspondientes al tema, con el apoyo técnico del equipo de docentes de la USMP vía correo electrónico.

Durante esta visita, el equipo de la USMP entrevistó a representantes de otras Universidades privadas e identificó a 4 directoras de escuelas de Obstetricia (UniNorte, del Chaco, Guairá y Técnica) que expresaron su interés en participar en el proceso de implementación de un currículo a nivel nacional junto con el IAB. Se designó a la encargada de desarrollo curricular del IAB para ser la coordinadora entre el equipo de docentes del Perú y las directoras de las nuevas escuelas a fin de oficializar el compromiso de participar en el proceso.

En julio del 2012, se desarrolló en Asunción el componente presencial del taller, a cargo del equipo docentes del Perú, donde se terminaron de desarrollar todos los componentes del currículo. Las docentes participantes se encuentran actualmente socializando el currículo a todo el cuerpo docente de la escuela de Obstetricia.

Asimismo, durante esta visita el equipo del Perú, elaboró el plan de acción con las 4 escuelas de Obstetricia más la escuela del IAB, las que organizaron la Asociación de Escuelas de Obstetricia del Paraguay, con el fin de desarrollar el proceso de implementación y estandarización del currículo a nivel nacional. A la fecha, las escuelas nuevas están en la fase semi-presencial del taller de revisión curricular a fin de homologarse con el IAB, para continuar las 5 escuelas juntas las capacitaciones y actividades siguientes.

MCHIP continuará durante el 2013 apoyando la implementación del currículo basado en competencias en al menos las 5 escuelas involucradas mediante la actualización y reforzamiento de los conocimientos y destrezas clínicas en base a las recomendaciones de la CIM, así como de destrezas de capacitación en las docentes de las escuelas. Asimismo, MCHIP continuará con la estrategia de ir alcanzando un consenso para la adopción de una normativa nacional de enseñanza y formación de Licenciadas en obstetricia, en concordancia a los estándares del ICM.

# Gestión Programática

---

## PERSONAL DE MCHIP PARAGUAY

El equipo MCHIP Paraguay, con sede laboral en Asunción, estuvo compuesto por 5 miembros de los cuales 3 eran técnicos de áreas y 2 eran personales administrativos. El equipo recibió el apoyo de los asesores programáticos y financieros, así como de técnicos de salud materna y neonatal de la sede de MCHIP en Washington DC. Cada miembro del equipo tenía sus roles y responsabilidades.

Jhpiego fue la organización líder de MCHIP Paraguay y líder técnico en salud materna y mejora de la calidad. Otros socios de MCHIP que prestaron apoyo técnico incluyeron a PATH (salud del recién nacido), Save the Children (Método Mamá Canguro y intervenciones comunitarias), y ICF-Macro (monitoreo y evaluación).

## COORDINACIÓN DEL EQUIPO DE MCHIP

Desde la sede de MCHIP la Oficial de Programas realizó el seguimiento de la implementación del programa MCHIP a través de comunicaciones constantes con el equipo local. Las comunicaciones consistieron en llamadas administrativas semanales (entre el personal de la sede y local), llamadas programáticas semanales (entre el personal de la sede y el equipo de Paraguay) y reuniones mensuales entre todo los socios de MCHIP (Jhpiego, PATH, Save the Children, ICF-Macro), para asegurar la comunicación y el apoyo continuo a través de la distancia.

Cada una de las áreas programáticas de MCHIP (Salud materna, Salud neonatal, Comunidad, GEBER y Monitoreo y Evaluación) contó también con el acompañamiento de un consultor o consultora externo, quienes además de estar en comunicación regular con su contraparte técnico del equipo de Paraguay, también visitaron el país en momentos claves de la implementación de las actividades de cada componente de acuerdo al cronograma elaborado, y permanentemente velaron por el fiel cumplimiento de las tareas delineadas en el plan de trabajo.

Además se fomentó el trabajo en equipo de manera a integrar los esfuerzos de las distintas áreas del programa y los distintos miembros del equipo buscaron áreas de superposición, compartieron ideas, tuvieron reuniones de equipos y se comunicaron regularmente.

## COLABORACIÓN CON LOS SOCIOS CLAVE

Durante la implementación de MCHIP Paraguay se buscó involucrar en las actividades además del Ministerio de Salud, a instituciones claves tales como ser OPS, UNICEF, Plan Internacional, Sociedad Científica, Escuelas formadoras de Recursos Humanos Para la Salud, Instituto Andrés Barbero, que trabajan en salud materna neonatal.

Las mismas participaron de diálogos sobre la sostenibilidad del proyecto y se comprometieron a proveer apoyo en áreas específicas. De esta manera se establecieron vínculos para asegurar la continuidad futura de los avances del proyecto MCHIP.

# Aprendizajes Programáticos

---

**La capacitación debe estar estructurada para facilitar la participación de los proveedores de servicios de salud, ofrecer oportunidades para practicar las destrezas y minimizar las interrupciones en la prestación de servicios en curso.**

En base al análisis de la situación de los proveedores de servicios de salud, MCHIP Paraguay adoptó una estrategia de formación para la actualización/estandarización de habilidades clínicas en servicios esenciales y básicos de emergencia obstétrica y atención neonatal (EmONC), por la cual en lugar de llevar a cabo un curso de varias semanas, la capacitación se estructuró en 13 módulos que se implementaron semanalmente.

Además, MCHIP Paraguay utilizó un enfoque de “formación en cascada”, para llegar a más proveedores de servicios de salud. Los trabajadores de la salud que participaron en la primera serie de capacitaciones formaron más tarde a otros colegas en sus lugares de trabajos. El enfoque de enseñanza semanal permitió que los participantes tuvieran tiempo durante la semana para poner en práctica los nuevos aprendizajes. También facilitó la participación de los proveedores de salud ya que se redujo al mínimo las interrupciones de la prestación de sus servicios en sus lugares de trabajo, al no requerir de presencias durante largos períodos de tiempo.

Nota: Para la sostenibilidad de las capacitaciones que se realicen en futuras intervenciones en los servicios de salud del país, para aumentar el impacto debe asegurarse la participación y el compromiso de los responsables dentro del MSP, tanto de la Dirección General de Programas de Salud, como de la Dirección responsable de la atención en los establecimientos de salud a nivel central, la Dirección General de Servicios de Salud.

**Liderazgo y la participación activa del Ministerio de Salud es clave para expandir a escala nacional las intervenciones de GBER y en la comunidad.**

GBER ofrece un enfoque práctico para mejorar el desempeño y la calidad de los servicios de salud.

La participación del MSPBS desde el principio es fundamental, para su adopción a nivel nacional. También sería útil coordinar y crear vínculos entre GBER y los sistemas de evaluación de la gestión en salud para establecer vínculos entre los servicios de los proveedores de salud y los resultados obtenidos.

Así mismo la participación del MSPBS desde el principio garantiza que los mensajes de salud materna e infantil a ser difundidos en los establecimientos de salud y en la comunidad estén en concordancia con las normas y políticas nacionales y sean adoptados y utilizados más allá del final de MCHIP. Debido a la participación activa del MSPBS en la elaboración de los materiales de educación para la salud, éstos serán utilizados en varios departamentos de país.

**Una evaluación focalizada de los conocimientos de la comunidad y la familia en el cuidado de la salud materna y neonatal puede brindar insumos para la elaboración de mensajes apropiados a ser incorporados en las capacitaciones de SMN, las fichas de trabajo, y en los materiales de educación comunitaria.**

Debido a escasa información en relación a la salud materna y neonatal y deficiencias en las prácticas instaladas, tanto del cuidado prenatal, postnatal y del cuidado y alimentación del recién nacido, MCHIP Paraguay llevó a cabo una evaluación para entender mejor las necesidades de la comunidad. Los materiales de educación basados en los resultados de la evaluación fueron desarrollados para mejorar la claridad y cobertura completa de los mensajes claves comunicados por los proveedores de salud a los usuarios.

**El proceso de adaptación del manual MC al contexto puede estimular la aceptación del manual a nivel nacional.**

MCHIP Paraguay trabajó con el MSPBS en la adaptación del manual de Mamá Canguro al contexto del país. Aunque que las adaptaciones fueron menores, el proceso estimuló la aceptación del manual a nivel nacional. Además, MCHIP Paraguay colaboró con el IAB, una institución de enseñanza primer de enfermería y obstetricia, para garantizar que el método MC y el manual, se incorporen al currículo de la escuela. MCHIP formó los profesores y proporcionó los materiales clave para que continúen.

**Los vínculos con redes regionales tienen gran valor para la promoción de intervenciones clave de salud del recién nacido.**

MCHIP Paraguay ayudó a establecer vínculos entre Paraguay y 2 grupos regionales: la red regional de MC y la Alianza Neonatal. Estos vínculos permitieron la participación de los principales interesados de Paraguay a las reuniones regionales, y la exposición a las experiencias y lecciones aprendidas obtenidas por otros países de la región en la aplicación de importantes intervenciones de salud neonatal, incluyendo MC, la prevención de la sepsis neonatal, y la reanimación del recién nacido. Las autoridades paraguayas comenzaron a comprometerse con la implementación de estas intervenciones en su país y trabajaron en estrecha colaboración con MCHIP para llevar a la práctica sus compromisos.

**El empoderamiento de los proveedores de servicios de salud para mejorar sus prácticas contribuye a la sostenibilidad del GBER.**

Varios colegas de HSP y HRCDE involucrados en la iniciativa GBER mencionaron el empoderamiento de los proveedores de servicios de salud como un factor clave para sostener el proceso de mejora de la calidad. Dr. Carlos Gómez, Líder del Equipo de Calidad del HRCDE, comentó que la iniciativa es sostenible *“por la simple razón que las intervenciones a realizar y mejorar tienen mucho que ver con el proceder y conocimiento que pueda tener el personal de salud y el resto del personal que trabaja con nosotros....La clave es el empoderamiento que tienen los implementadores para mejorar la calidad del servicio.”* (pertinencia de la intervención). Dr Gómez mencionó que el aspecto más destacable fue *“la demostración de que la mejoría de la calidad de salud con pequeños actos, se atribuye al empoderamiento y constante trabajo de equipo que logró demostrar a los demás la importancia de los cambios.”*

También, Dr. Rubén Ruttia, Líder del Equipo de Calidad del HSP, comentó igualmente que el aspecto más destacable es *“El empoderamiento de la gente a través del proceso de mejora de la calidad y la implementación de las mejores prácticas en la atención obstétrica, que dio como resultado la conformación de un Equipo de trabajo empoderado y sostenido durante los últimos años, con el apoyo del monitoreo y la supervisión constante.”*

**Los factores clave para la sostenibilidad se basan en el apoyo continuo del Ministerio de Salud, la institucionalización de los procesos desde el principio, el compromiso de los directores y proveedores de servicios de salud, y el uso de intervenciones de bajo costo y alto impacto.**

La elaboración de un plan de sostenibilidad se incluyó en el plan de trabajo de MCHIP, como un instrumento útil para asegurar que la sostenibilidad del programa se tuviera en cuenta. MCHIP tomó medidas para institucionalizar los procesos desde el principio tanto como fue posible. También, a través de talleres de sostenibilidad durante la fase final del proyecto, representantes de los centros de salud definieron planes de acción especificando maneras de seguir adelante con sus actividades después de la finalización del proyecto MCHIP. El MSPBS y otros actores (por ejemplo OPS, UNICEF, Plan Internacional, Sociedad Científica, Escuela formadora de Recursos Humanos Para la Salud, Instituto Andrés Barbero, y otros) que trabajan en salud materna infantil participaron en los diálogos sobre sostenibilidad, y se comprometieron a proveer apoyo en áreas específicas.

Además, como señalaron los colegas del HSP y HRCDE, existe compromiso para garantizar la sostenibilidad de las actividades. Todos los equipos dieron las gracias al proyecto, primero, porque comprendieron que trabajar en equipo es primordial, les ayudo a identificar los problemas y a saber resolverlos. Valoraron que no requirieron de alta tecnología y de un alto costo para producir cambios en el servicio de salud mencionaron el costo efectividad de las intervenciones y se comprometieron a dar sostenibilidad. En las palabras de Dr. Diego Scalzadona, Coordinador del área programática del Sur del MSP, “Estoy más que convencido que esto es sostenible ya que apunta a lograr el convencimiento del personal de salud, y estas estrategias son efectivas y de bajo costo.”

### **El equipo de Gestión de Programas de la Sede puede ayudar a fortalecer los esfuerzos de integración.**

MCHIP Paraguay estuvo apoyado por varias organizaciones y trabajó en diferentes diversas áreas técnicas. Dada la situación, el equipo de Gestión de Programas de la Sede se encargó de garantizar que los esfuerzos fueran coordinados y racionalizados al máximo. Las iniciativas llevadas a cabo por el equipo del Programa de Gestión incluyeron de forma rutinaria durante toda la vida del proyecto, las reuniones de rutina del equipo entre todos los socios, la comunicación constante entre los colegas, la atención a las posibles áreas de superposición y las oportunidades para el intercambio de ideas y mejores prácticas, Como resultado, MCHIP Paraguay tuvo éxito en la operación e implementación de sus actividades de una manera articulada.

Dr. Ruben Ruttia, Líder de Comités de Calidad HSP comentó que el aspecto mas notable fue el *“empoderamiento de la gente a través del proceso de mejora de calidad y la implementación de mejores practicas en atencion obstétrica resultó en la formación de un equipo motivado, y que se ha auto sostenido a través de los últimos años con el apoyo del monitoreo y evaluación. »*

## Anexo 1: Marco de M&E

---

La actividad de monitoreo y evaluación del proyecto MCHIP en Paraguay tuvo 3 objetivos:

- Brindar información al **MSPB** y a **MCHIP** que muestren el progreso de las actividades en las diferentes áreas de intervención durante el tiempo de implementación del proyecto y que brinde insumos para poder realizar los ajustes a las actividades cuando fuere necesario
- Apoyar al personal del **MSPBS** a tomar decisiones acerca de la atención a la salud materna y neonatal en las siguientes áreas: **atención prenatal y del parto**: manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto, pre-eclampsia/eclampsia, **atención neonatal**, reanimación de recién nacidos, programa “Mamá Canguro”, y **educación comunitaria**: en los servicios y en el trabajo con los consejos locales en promocionar las buenas prácticas de salud materna y neonatal.
- Proveer información a la Misión de **USAID** en Paraguay y la oficina de USAID salud global en Washington D.C (Bureau of Global Health) con respecto a los resultados específicos de mejorar la calidad de atención en salud materno y neonatal.

El sistema de monitoreo y evaluación utilizó las siguientes fuentes de información:

- Sistema de información del MSPBS, información del Libro de partos de cada Hospital.
- Sistema complementario para recolectar información no contenida en los instrumentos que utiliza el MSP
- Instrumentos de medición utilizados por la iniciativa de mejora de calidad, GEBER.
- Visitas de supervisión
- Documentos adicionales de registros de actividades del proyecto

Los indicadores definidos para MCHIP Paraguay estaban relacionados a los 3 objetivos específicos:

- **Objetivo 1:** Respalda las iniciativas emprendidas por el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Paraguay para mejorar la capacidad de respuesta del sistema de salud ante las necesidades de las mujeres embarazadas y sus bebés recién nacidos, incluyendo la elaboración de protocolos de salud materna y neonatal sobre la base de políticas y normas actualizadas.
- **Objetivo 2:** Incrementar la disponibilidad de servicios de atención obstétrica y neonatal básica y de emergencia de alta calidad y alto impacto en los establecimientos previstos a través del fortalecimiento de conocimientos y destrezas de los proveedores de servicios.
- **Objetivo 3:** Mejorar los conocimientos y prácticas de los miembros de las comunidades y de las familias con relación al embarazo, parto y atención del recién nacido.

La mayor parte de los datos de cumplimiento de los indicadores del plan de Monitoreo y Evaluación debía provenir de la información cotidiana del proyecto. Los indicadores del Objetivo 1 se pudieron determinar de manera directa Sin embargo, algunos de los indicadores de cumplimiento del Objetivo 2, relacionados a la atención materna y neonatal no estaban directamente disponibles en los servicios, y requirieron de la implementación de un sistema adicional para la obtención de la información. También los indicadores de cumplimiento del Objetivo 3 implicaron sistema adicionales, ya que los servicios no contaban con instrumentos de medición de satisfacción/ conocimientos de las usuarias, y por tanto debió elaborarse un sistema por el cual se pudieran determinar los conocimientos adquiridos por las usuarias de los servicios.

En las tareas del Plan de Trabajo figuraba también que a través del sistema Monitoreo del MCHIP, se analizaría y estudiarían las posibilidades de análisis, de los datos obtenidos del Sistema Informático Perinatal (SIP).

Durante el primer año de implementación, el encargado del salud materna de MCHIP junto con personal clave del Ministerio de Salud y Bienestar Social tomaron la responsabilidad del monitoreo y evaluación. Durante el segundo año de implementación, la encargada de Intervención comunitaria, realizó las tareas de seguimiento del Monitoreo.

Durante los dos años de implementación la asesora de Monitoreo y Evaluación de MCHIP, Washington brindó asistencia técnica al proceso de Monitoreo y Evaluación. La misma visitó el país en 3 oportunidades, en enero y julio del 2011, y en febrero del 2012, con objetivos específicos relacionados al monitoreo:

**En la primera visita de apoyo al M&E**, en enero del 2011, el objetivo fue definir la implementación del sistema de monitoreo y los instrumentos de apoyo con los que se contarían para la toma de datos y los hallazgos fueron:

- Ausencia de datos de los indicadores MCHIP Paraguay en los instrumentos del MSP.
- Se encontró que los formularios de la historia clínica, incluida la hoja del CLAP, no contenían los datos requeridos por algunos indicadores del Objetivo 2, por ej.: Manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP), atención neonatal básica, sepsis neonatal y cuidado de mamá canguro. Aunque la hoja si tenía casillas del tratamiento de la pre eclampsia/eclampsia, estas casillas no eran regularmente completadas.
- Ausencia de datos en los servicios para la verificación de cumplimiento de los indicadores definidos para el centro mamá canguro y para las actividades comunitarias.
- Situación deficiente del llenado de la hoja del SIP/CLAP, ausencia de la infraestructura básica requerida, ausencia de personal calificado para el ingreso de las hojas llenadas al sistema informático, cantidad insuficiente de hojas del SIP, ausencia de computadoras con el programa del CLAP, falta de mecanismos de control para el llenado oportuno, formularios con datos incompletos por lo cual el sistema no podía brindar datos para hacer análisis de casos o situaciones.

**En la segunda visita, de julio del 2011**, El objetivo de la segunda visita fue iniciar la implementación del sistema de monitoreo y evaluación en los servicios y a nivel comunitario y las decisiones fueron:

- Se definieron los instrumentos y los mecanismos para la recolección de datos y para el procesamiento de la información obtenida. El sistema decidió utilizar 1 hoja adicional de registro diario, adjuntada a la hoja de servicios de urgencias diarios, ya utilizada en uno de los servicios.
- En ambos hospitales se designó un personal de apoyo a las tareas, una asistente del área de docencia del Hospital que colaboraría en el cargado de los datos diarios en una planilla electrónica en el HSP, y un personal de estadística que colaboraría con la realización del consolidado semanal en el HRCDE.
- Se estableció que el equipo técnico local trabajaría cooperativamente en las tareas de monitoreo y evaluación, la encargada de intervención comunitaria brindaría los insumos (hojas) a los servicios, recolectaría las hojas regularmente, consolidaría la información mensualmente, y los encargados de salud materna y neonatal harían la verificación regular de la calidad de la información obtenida.

- Se marcó la fecha de inicio del sistema de monitoreo, en el HSP y en el HRCDE, para el mes de agosto, 2011.
- Se decidió discontinuar con los esfuerzos para mejorar el sistema de llenado del SIP/CLAP, tal como consta en el informe anual de setiembre 2011, dado a la magnitud de los problemas encontrados y teniendo en cuenta que la resolución de los mismos requerían de acciones fuera del alcance del proyecto. Algunos de problemas para la implementación eficiente del sistema de registros del SIP/CLAP que se identificaron fueron: por un lado: infraestructura deficiente de equipos de informática, disponibilidad limitada de internet imprescindible para la actualización del programa del SIP y el cargado de datos, recursos humanos en cantidad limitada o sin la capacitación adecuada, y por otro lado: cantidad insuficiente de hojas y llenados deficientes de las mismas.
- En relación a los indicadores de cumplimiento del Objetivo 3, se elaboró un cuestionario de línea de base de los conocimientos de las usuarias acerca de salud materna e infantil. El cuestionario se implementó en los 2 hospitales del primer año y las fuentes primarias fueron las usuarias del área de internación de ambos servicios. Este cuestionario debería volver a implementarse al final del programa, en julio del 2012, para medir el cambio de conocimientos logrado con la implementación de las tareas del Objetivo 3.

**La última visita** tuvo por objeto hacer el seguimiento a la recolección de datos y articular los datos del sistema de monitoreo al proceso de mejora de calidad GBER. Los hallazgos fueron:

- Se mejoró la planilla electrónica de registro de datos con la asistencia técnica de un experto en informática y se decidió incorporar gráficos de resultados en los informes mensuales.
- Además se realizaron ajustes en la planilla, en relación MATEP cesáreas, tratamiento de pre eclampsia y atención neonatal básica.
- Se verificó que los servicios no cumplieron con la asistencia local solicitada para el cargado de datos y del consolidado mensual.
- Se incorporaron 2 de los 6 hospitales nuevos del segundo año, al sistema de monitoreo y evaluación de indicadores del proyecto. En base a criterios de mayor afluencia de usuarias, y mayor número de profesionales de la salud participantes de las capacitaciones de MCHIP de dichos servicios, los hospitales seleccionados para incorporar al sistema de monitoreo fueron el Hospital Mariano Roque Alonso del departamento Central y Hospital Distrital de Hernandarias, de Alto Paraná. Los motivos por los cuales no fueron todos incluidos son los siguientes: limitaciones presupuestarias, escaso flujo de usuarios de los servicios no incluidos y alta demanda de tiempo que implicaría la implementación del sistema en todos los servicios, dado la ubicación dispersa y distante entre los mismos, dentro de las 2 regiones del proyecto.

**Las principales dificultades** encontradas a lo largo de la implementación de un sistema de recolección de monitoreo y evaluación de MCHIP Paraguay fueron:

1. La ausencia de los algunos datos de los indicadores del Objetivo 2, de atención en salud materna y neonatal, en las planillas que utiliza el MSP para sus registros en los servicios públicos, y por tanto la necesidad de utilizar una planilla nueva adicional para la obtención de información. Lo mismo ocurrió con un indicador del Objetivo 3.
2. El diverso nivel de compromiso para colaborar con el proceso encontrado en los servicios: por un lado el compromiso institucional de la dirección de los servicios y por otro el compromiso del personal de salud directamente encargado de registrar la información y finamente del personal administrativo que debía apoyar la transferencia de los datos registrados manualmente a un formato electrónico.

3. La falta de colaboración constante, irregularidad y compromiso variable de parte del personal de salud comprometido directamente: dándose el compromiso más frecuente y constante en los profesionales que participaron de las capacitaciones de MCHIP y menos frecuente de parte de los que indirectamente fueron beneficiados por el programa.
4. En relación a uno de los indicadores del Objetivo 3, de medición de conocimientos de las usuarias de los servicios, aunque estaba prevista la realización de una encuesta de línea de salida para medir el impacto del proyecto en esa área, la misma no se realizó porque los materiales de educación tuvieron varios meses de retrasos en recibir la aprobación del MSP para su impresión y por tanto no se distribuyeron con suficiente tiempo en el cual puedan dejar instalados conocimientos.

### Logros alcanzados

- En relación a los indicadores clínicos del Objetivo 2, se logró que fuera mejorando progresivamente el llenado a lo largo del año de implementación del sistema de monitoreo. Al final del proyecto el personal médico del HRCDE manifestó que continuarían levantando los datos y los utilizarían para tomas de decisiones del servicio. La mejora requirió de la realización de varias reuniones de sensibilización con el personal que realiza la atención en salud materna y neonatal, las jefaturas de guardias y el director médico.
- Gracias a la articulación entre las diferentes áreas del proyecto y las informaciones provenientes de las planilla de indicadores y de las mediciones de la iniciativa de mejora de calidad del GBER, el personal de los centros de salud identificó debidamente los problemas en los servicios de salud y delinearon los planes de acción que en parte se implementaron a lo largo de MCHIP.

MCHIP recopiló información durante el primer y segundo año de implementación y los primeros datos fueron incluidos en el informe anual entregado a USAID, correspondiente al periodo de Septiembre 2010 a Setiembre 2011.

| INDICADOR   | LOGRADO                 |                         | ACLARACIONES  |
|---|-------------------------|-------------------------|---|
|   | 2010-2011 <sup>19</sup> | 2011-2012 <sup>20</sup> |   |
| <b>Objetivo 1: Respalda las iniciativas emprendidas por el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Paraguay para mejorar la capacidad de respuesta del sistema de salud ante las necesidades de las mujeres embarazadas y sus bebés recién nacidos, incluyendo la elaboración de protocolos de salud materna y neonatal sobre la base de políticas y normas actualizadas.</b> |                         |                         |   |
| 1.1 Número de políticas nacionales elaborados (o revisados) con apoyo del gobierno de EEUU*+  | 2                       | 3                       | (3) Manual de Atención Neonatal, Manual de emergencias Obstétricas y atención calificada del parto, en proceso de revisión final por el MSPBS y Cuadro de procedimientos del AIEPI  |
| 1.2 Número de centros de salud que están utilizando por lo menos una norma o un protocolo que ha sido elaborado o actualizado con el apoyo de MCHIP   | 2                       | 8                       | (8), Hospital San Pablo, Hospital Regional de Ciudad del Este, Hospital de Ñemby, Hospital de Mariano Roque Alonso, Hospital de Lambare, Hospital Distrital de Hernandarias, Hospital distrital de Minga Guazu y Hospital Distrital de Pte. Franco, Se incluyeron los hospitales cuyos profesiones de la salud recibieron capacitaciones. |

<sup>19</sup> Proyecto implementado en HSP y HRCDE, pero con participación de los 8 hospitales seleccionados.

<sup>20</sup> Proyecto trabajando en todo los 8 hospitales participantes

| INDICADOR  | LOGRADO              |                         | ACLARACIONES   |
|--|----------------------|-------------------------|--|
|  | 2010-2011            | 2011-2012               |  |
| 1.3 Número de centros de salud que han detectado problemas a través de la información de la mejoría de la calidad de servicios, que han elaborado planes de acción, y que han empezado a implementar actividades de los planes.  | 2                    | 6                       | (6), Hospital San Pablo, Hospital Regional de Ciudad del Este, Hospital de Mariano Roque Alonso, Hospital de Lambare, Hospital Distrital de Hernandarias, Hospital distrital de Minga Guazu. Se incluyeron hospitales que completaron el proceso del GBER. |
| <b>Objetivo 2: Incrementar la disponibilidad de servicios de atención obstétrica y neonatal básica y de emergencia de alta calidad y alto impacto en los establecimientos previstos a través del fortalecimiento de conocimientos y destrezas de los proveedores de servicios.</b> |                      |                         |  |
| 2.1 Número de personas capacitados en salud materna/neonatal *+  | 405<br>(329 F, 76 M) | 1664<br>(1382 F, 282 M) |  |
| 2.2 Número de proveedores (médicos o para-médicos) capacitados en los protocolos revisados con el apoyo de MCHIP+  | 361<br>(297 F, 64 M) | 1226<br>(1034 F, 192 M) |  |
| 2.3 Número y porcentaje de mujeres con parto por vía vaginal que reciben servicios de manejo activo de la tercera fase del trabajo de parto a través de programas de apoyo del gobierno de EEUU*+  | 115<br>65.3%         | 3013<br>98.1%           |  |
| 2.4 Número de mujeres que reciben atención al parto por personal calificado en programas de apoyo del gobierno de EEUU*  | 307                  | 5847                    |  |
| 2.5 Número de mujeres con pre-eclampsia/eclampsia que reciben tratamiento apropiado en programas de apoyo del gobierno de EEUU   | 6                    | 151                     |  |
| 2.6 Porcentaje de mujeres con pre-eclampsia/eclampsia que reciben tratamiento apropiado en programas de apoyo del gobierno de EEUU.  | 66.7%                | 74.4%                   |  |
| 2.7 Número de recién nacidos que reciben servicios de atención neonatal básica en programas de apoyo del gobierno de EEUU*+  | 118                  | 3203                    |  |
| 2.8 Porcentaje de recién nacidos que reciben servicios de atención neonatal básica en programas de apoyo del gobierno de EEUU  | 40.8%                | 82,%2                   |  |
| 2.9 Número de centros de salud que mejoraron los estándares  | 0                    | 6                       | (6) Hospital San Pablo, Hospital Regional de CDE; Hospital Hernandarias y Hospital Mariano Roque Alonso, Hospital de Lambaré, y Hospital de Minga Guazú.   |

| INDICADOR  | LOGRADO   |           | ACLARACIONES   |
|--|-----------|-----------|--|
|  | 2010-2011 | 2011-2012 |  |
| <b>Objetivo 3: Mejorar los conocimientos y prácticas de los miembros de las comunidades y de las familias con relación al embarazo, parto y atención del recién nacido.</b>  |           |           |  |
| 3.1 Número de iniciativas comunitarias fortalecidas con el componente de salud materna y neonatal  | 2         | 21        | 2 Hospitales, HRCDE y HSP, recibieron folletos de Plan de Parto y Libretas de la embarazada, y todas las USF y comunidades del HDHER (10), HDMG (6) y HMRA (3), recibieron cuñas radiales, folletos y afiches.   |
| 3.2 Número de consejos locales de salud que han realizado, por lo menos una actividad de promoción de la salud en la comunidad utilizando materiales o técnicas elaborados o revisados con ayuda de MCHIP  | 1         | 3         | (3) Consejo de Hernandarias, Consejo de Minga Guazú, Consejo de Mariano Roque Alonso, Foros de salud comunitaria   |
| 3.3 Numero de planes de acción de los consejos de salud locales, diseñados y en proceso de implementación sobre salud materna y neonatal durante el segundo año del programa.  | 0         | 17        | (17) Planes de acción comunitarios, 1 plan resultantes de cada foro de salud implementado con un consejo, por cada USF participante activo de 75% asistencia   |
| 3.4 Numero de materiales culturalmente apropiados de salud materna y neonatal preparados y distribuidos en los establecimientos seleccionados.   | 1         | 7         | (7) Libreta de la embarazada, Folleto de mensajes clave, afiches de mensajes clave, cuñas radiales, folleto de plan de parto, 2 publicaciones de Mamá Canguro: Folleto para las usuarias y un Manual de capacitación   |
| 3.5 Numero de usuarias de los servicios seleccionados del año 1, que al final del programa reconocieron al menos dos mensajes claves de salud materna y dos mensajes clave de salud neonatal   | N/A       | N/A       | Se realizó una medición de línea de base y se encontró lo siguiente: De las 154 usuarias entrevistadas durante un mes del HSP y del HRCDE, aproximadamente 20 usuarias conocían 1 mensaje de salud materna y 1 mensaje de salud neonatal. Sin embargo no se realizó una encuesta al final del proyecto porque los materiales tuvieron retrasos en su impresión y distribución, y solo se publicaron al final del proyecto. |
| 3.6 Número de centros de demostración de la técnica "Mamá Canguro" establecidos.   | 2         | 2         | (2) Centro de mamá canguro del Hospital San Pablo, y del Hospital Regional de Ciudad del Este  |
| 3.7 Porcentaje de neonatos que han sobrevivido hasta el momento de que se les dan de alta del total de neonatos con bajo peso que han entrado al programa de "Mamá Canguro", desglosado por centro de salud y por nivel de bajo peso: <1000g; 1000g-1499g; 2000g-2500g | N/A       | 100       | El 100% de los bebés que ingresaron al centro canguro sobrevivieron. En total en ambos centros ingresaron: 44 neonatos de 1500g-1999g y 12 neonatos de 1000g-1499g   |
| 3.8 Numero de mamás y familiares de neonatos con bajo peso que recibieron orientación al método de "Mamá Canguro", durante el año 2 del programa.  | N/A       | 135       |  |

## Anexo 2: Historias de Éxito

### LAS CAPACITACIONES DE MCHIP PARAGUAY DEMOSTRARON EL VALOR DE LA ATENCIÓN HUMANIZADA.

Vicente Bataglia, MCHIP/Paraguay

De acuerdo a los comentarios recibidos de los miembros del equipo MCHIP, la implementación de los Talleres de Prácticas de Estandarización de Conocimientos y Habilidades Clínicas en atención de Salud Materna y Neonatal han incidido no solamente en la calidad de la atención clínica en los establecimientos de salud del programa MCHIP, sino también han incidido en la visión de los profesionales de la atención de la mujer durante el parto.

Durante la clausura de los talleres, este cambio de paradigma se puso en evidencia en las expresiones de una de las participantes: la Dra. Elba Segovia del Hospital Mariano Roque Alonso. La misma manifestó que más allá de la necesaria e importante actualización técnica recibida durante las capacitaciones, lo fundamental del aprendizaje había sido la nueva visión del trato humanizado a las usuarias. La profesional expresó que el haber descubierto después de 30 años de práctica clínica, que el trato a las usuarias como seres humanos, importantes, con ansiedad y temores, con deseos de ser tratadas cortésmente y teniendo en cuenta a sus familias, había empezado a producir cambios en su ambiente laboral y que el trabajo de todos los días en el hospital se iba tornando mucho más agradable, seguro y exitoso, tanto para los prestadores como para las mujeres y sus familias.

La Dra. Elba comentó que en el último mes estuvo poniendo en práctica los conocimientos adquiridos para la atención humanizada del parto y que la intervención le estaba dando resultados increíble y gratamente inesperados. La mencionada profesional compartió anécdotas y brindó ejemplos impactantes de situaciones en las que puso en práctica el acompañamiento de las usuarias por sus maridos. De acuerdo a su experiencia, este simple hecho había logrado transformar el cuadro de desesperación y de falta de colaboración de mujeres en el momento del parto en actitudes proactivas y cooperantes, y finalmente las experiencias habían terminaron en partos normales sin ningún tipo de complicaciones. Tanto la madre como el padre expresaron la inmensa satisfacción de haber sido partícipes de una experiencia única.

Al finalizar la intervención de la profesional durante el cierre mencionado, muchos de los demás participantes también afirmaron haber experimentado situaciones similares durante el último mes, desde que iniciaron a implementar las nuevas prácticas de humanización de la atención del parto.



Photo by: Maria S. Pena; MCHIP/Paraguay

**Abajo: Madre y bebé saludables y felices, Las capacitaciones de MCHIP Paraguay demostraron el valor de la atención humanizada.**

# MEJORANDO LOS CONOCIMIENTOS DE LAS USUARIAS EN SMN PARA SALVAR VIDAS

Maria Pena, MCHIP/Paraguay

El Hospital Regional de Ciudad del Este es el hospital de referencia del departamento de Alto Paraná. Debido a la complejidad de sus servicios aproximadamente 1/3 de los usuarios provienen de Ciudad del Este, mientras que los demás provienen de los distritos aledaños, de Hernandarias, Minga Guazú y Pte. Franco. Se atiende en promedio 180 partos por mes.

Las usuarias que llegan al servicio para dar a luz provienen, en muchos casos, de lugares distantes y remotos, por tanto es de vital importancia que todas tengan un plan para el día del parto.

El folleto del plan de parto, implementado desde julio del 2011 como parte de los materiales de educación a las usuarias de los establecimientos de salud del primer año del proyecto MCHIP, cuyo contenido se basa en el capítulo “Preparando mi parto” de la Norma de Atención Prenatal del MSPBS del Paraguay, es un material interactivo que estimula a las usuarias y sus familias a tomar decisiones anticipadas sobre situaciones que enfrentarán el día del parto.

El folleto solicita los siguientes datos: Nombre de la persona y medio de transporte que utilizará en la fecha del parto, Lista los documentos que debe traer, enumera los Artículos personales y del bebé que serán necesarios durante su internación en el servicio, solicita los Nombres de las personas que cuidarán de sus otros hijos y de posibles donantes de sangre, etc. Además contiene información sobre las señales de peligro del embarazo ante las cuales deben acudir inmediatamente al servicio.

Con el llenado eficiente del plan de parto, de parte de las usuarias de los servicios y en particular por las condiciones mencionadas, de las usuarias del HRCDE se espera poder disminuir la incidencia de la primera y segunda demora en la Mortalidad Materna (MM), (demora en el hogar y en el traslado), a través del reconocimiento precoz de las señales de peligro y la toma inmediata de la decisión de llegar al servicio de salud.

**Juana Lidia Riveros está esperando su cuarto hijo.** Es cocinera y su marido es albañil. Empezó el prenatal a los 7 meses en el Hospital Regional de Ciudad del Este. Su familia se compone de su marido, 2 niñas de 8 y 10 años, y 1 varón de 12 años.

Juana y su familia viven en Km 4 y durante la entrevista nos contó que ya estaba de 9 meses, usufructuando su permiso de maternidad y esperando la llegada de su bebé en cualquier momento.

El motivo principal de su presencia en el servicio en la fecha mencionada fue por tener un fuerte dolor de cabeza, y recordó que en su folleto de plan de parto este síntoma figura como una señal de peligro ante la cual se debe acudir inmediatamente al servicio de salud.

Por otro lado Juana contó que siendo que volverá a ser madre luego de 8 años, el Folleto de Plan de Parto también le ayudó a recordar todos los ítems esenciales que debe preparar antes del



Foto Equipo: Maria S. Pena; MCHIP/Paraguay

Arriba: “Folleto de Plan de Parto”

parto, como ser el preparado de la bolsa del bebé a llevar al hospital, anticipar con quién se quedarán los niños durante su estancia hospitalaria, identificar una persona de referencia en la comunidad, etc. Ella y su esposo dijeron estar muy felices de volver a ser padres por cuarta vez luego de tantos años.

**Waldina Delgadillo es enfermera** y trabaja en el Hospital Regional de Ciudad del Este desde hace 22 años en el Sector de Consultorio de atención prenatal y es la encargada de completar las fichas de las embarazadas admitidas en el servicio para consultas prenatales. Diariamente, entre las 7:30 y 11:30 acuden al servicio un promedio de 45 embarazadas. Aproximadamente 15 de las 45 embarazada vienen por primera vez al prenatal diariamente y es Waldina es la encargada de entregarles el folleto del plan de parto, adjunto a la ficha prenatal.

Hace un año que empezaron la entrega de los folletos de plan de parto. Waldina dijo que al comienzo las usuarias no llenaban sus folletos en la primera visita, sino más bien cuando volvían al servicio por segunda o tercera vez. La situación fue mejorando luego de que empezaron a insistir en el llenado dando en instrucciones tanto en guaraní como en español, de manera personalizada, a cada embarazada. Según sus declaraciones en la actualidad la mayoría de las usuarias completa los datos solicitados en los planes de parto, y en los casos de que sea necesario hasta solicitan la ayuda de sus vecinas o hijos más grandes para completarlos.

El ítem que presenta mayores dificultades de llenado es el que solicita los datos de 2 personas que potencialmente estarían dispuestos a donar sangre en caso de que sea necesario.

Finalmente Waldina mencionó que el impacto de la entrega del folleto ha sido positivo ya que gracias al folleto de plan de parto las usuarias llegan bien preparadas a la fecha del parto, dejan a sus hijos cuidados con parientes o vecinos ya previamente asignados, cuentan con los vehículos necesarios para llegar al hospital, tienen sus bolsones listos, un poco de dinero apartado para gastos inesperados, etc.

Aunque los insumos que el proyecto MCHIP brindó al servicio durante el transcurso del programa solo durarán hasta el fin del mes de setiembre, a partir del mismo mes el MSPBS ha reiniciado la provisión al servicio de un formulario denominado “Preparando mi parto”. El contenido de este formulario que será distribuido a todas las usuarias y que estará siendo utilizado en breve, es similar al del folleto del plan de parto y su utilización dará sostenibilidad a la implementación de la entrega del plan de parto instalada en el servicio durante los años de MCHIP.

## MÉTODO MAMÁ CANGURO SALVÓ LA VIDA DE BEBÉ PREMATURO EN PARAGUAY

Mercedes Portillo, MCHIP/Paraguay y Bertha Pooley, consultora de Save the children.

En América del Sur como en otras partes del mundo dar la luz a un bebé prematuro es algo que ocurre frecuentemente, el bajo peso y la prematuridad aportan en 19% a las muertes en menores de 5 años de la región. Muchas veces los bebés nacen además con bajo peso. Como la prematuridad es multi causal, es difícil identificar la causa directa, pero algunos factores como la desnutrición, deficiente calidad de los controles prenatales y embarazo en mujeres adolescentes pueden incrementar los riesgos de un nacimiento antes de la fecha probable de parto.

De acuerdo a datos del MSP (<http://www.mspps.gov.py>) el porcentaje de casos de bebés que nacen prematuros en Paraguay es del 6,3%\*. El método Canguro presenta una alternativa costo efectiva que permite salvar la vida de estos bebés.

Selena, es una madre de 22 años residente de Caaguazú distante a 250 Km. del Hospital San Pablo, tuvo un bebé prematuro y de bajo peso, con 1440 gramos.



Dr. Bogarín MMC y bebé Denis.

El bebé ingresó a la Unidad Mamá Canguro del Hospital San Pablo, establecida por el programa de MCHIP en colaboración con el Ministerio de Salud de Paraguay para reducir la mortalidad neonatal.

La unidad Canguro del HSP utiliza el denominado Método Mamá Canguro, MMC. El MMC es una técnica que se demostró que puede reducir considerablemente la mortalidad neonatal y la morbilidad en los recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer. Originalmente fue concebido en Colombia, por las dificultades en atender la sobrevivencia de estos bebés, agravado por la falta de incubadoras para el cuidado de los bebés prematuros y de bajo peso al nacer.

El MMC exige que el recién nacido esté en contacto constante piel a piel con la madre, practique lactancia materna exclusiva, y que tengan un seguimiento cercano.

En el caso de la Sra. Selena, ella fue aprendiendo a practicar el MMC, desde que ingresó a la Unidad con su bebé con 1400 gramos hasta que le dieron el alta temprana con supervisión del hospital cuando él bebé pesó 1460 gramos. Selena se instaló en Asunción en la casa de un familiar y volvió diariamente a sus controles de seguimiento hasta que su hijo alcanzó el peso de 1900 gramos. Luego fue dado de alta para poder regresar a casa y seguir con sus controles mensuales en el Hospital San Pablo.

La foto muestra al bebé Denis, graduado de la unidad Canguro, con 4 meses de vida. Selena nos dijo “el Dr. Bogarín me enseñó como hacer el método canguro con mi hijo y eso le salvó.”

\*[http://www.mspps.gov.py/](http://www.mspps.gov.py)

\*\*<http://www.who.int/mediacentre/news>

## Anexo 3: Datos relativos al Metodo Mama Canguro

### Datos de las Unidades instaladas con el Método Mamá Canguro

#### Unidad Canguro: Hospital San Pablo

*Nombre/Edad Gestacional cuando Nació (Semanas)/Fecha Admitido/Peso cuando se admitió (en gramos)/Fecha de Retorno/Peso al retorno (en gramos)*

| UNIDAD CANGURO HOSPITAL REGIONAL DE CIUDAD DEL ESTE / DEPARTAMENTO DE ALTO PARANA / PARAGUAY |              |      |      |            |      |            |      |
|--|--------------|------|------|------------|------|------------|------|
| 1  | Juliana      | 32   | 36,4 | 26,09,2011 | 1470 | 11,10,2011 | 1870 |
| 2  | Maria        | 36,1 | 38,3 | 6,10,2011  | 1350 | 22,10,2011 | 1800 |
| 3  | Sonia        | 36,1 | 37,5 | 15,10,2011 | 1620 | 26,10,2011 | 1960 |
| 4  | Evelin       | 39   | 40   | 8,11,2011  | 1930 | 15,11,2011 | 2100 |
| 5  | Sabrina      | 35   | 36,5 | 22,11,2011 | 1800 | 30,11,2011 | 2000 |
| 6  | Nilda        | 33,5 | 36,5 | 9,04,2012  | 1530 | 5,05,2011  | 2330 |
| 7  | Francisca    | 35   | 39,5 | 18,05,2012 | 1485 | 1,06,2012  | 1960 |
| 8  | Nimia        | 30,5 | 35,2 | 18,05,2012 | 1610 | 1,06,2012  | 1960 |
| 9  | Norma        | 33,6 | 36,5 | 08,06,2012 | 1620 | 26,06,2012 | 1980 |
| 10   | Wilma        | 33,5 | 36   | 11,06,2012 | 1690 | 28,06,2012 | 2000 |
| 11   | Gloria       |      | 39,3 | 27,06,2012 | 1700 | 3,07,2012  | 1990 |
| 12   | Rosa         | 35,5 | 42,2 | 2,07,2012  | 1780 | 10,07,2012 | 2160 |
| 13   | Norma        | 34,2 | 36,6 | 4,07,2012  | 1740 | 23,07,2012 | 2380 |
| 14   | Sonia        | 31   | 35,1 | 25,07,2012 | 1840 | 04,08,2012 | 2140 |
| 15   | Yeny         | 31   | 39,5 | 28,07,2012 | 1460 | 17,08,2012 | 2120 |
| 16   | Noelia       | 37,6 | 40   | 27,08,2012 | 1200 | 05,08,2012 | 2200 |
| 17   | Blacida      |      |      | 23,08,2012 | 1730 | 15,09,2012 | 2080 |
| 18   | Maria Teresa | 31   | 37,3 | 08,09,2012 | 1530 | 29,09,2012 | 2010 |

### Unidad Canguro: Hospital Regional Ciudad del Este

*Nombre/Edad Gestacional al nacimiento (Semanas)/Fecha de ingreso/Peso de ingreso (gramos)/Fecha de egreso/Peso de egreso (gramos)*

| UNIDAD CANGURO HOSPITAL SAN PABLO / ASUNCION, PARAGUAY |                   |                             |                |                  |                      |                 |                     |
|--|-------------------|-----------------------------|----------------|------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
|  | Nombre            | Edad Gestacional nacimiento | Edad corregida | Fecha de ingreso | Peso de ingreso, grs | Fecha de egreso | Peso de egreso, grs |
| 1  | Laura             | 29                          | 36,8           | 26,09,2011       | 1560                 | 28,09,2011      | 1600                |
| 2  | Petrona           | 31                          | 34,5           | 28,09,2011       | 1850                 | 30,09,2011      | 1900                |
| 3  | Zulma             | 30                          | 34,7           | 5,1,2011         | 1640                 | 10,1,2011       | 1640                |
| 4  | Medina            | 28                          | 35,2           | 7,11,2011        | 1590                 | 11,11,2011      | 1680                |
| 5  | Lorena            | 33                          | 37,5           | 9,11,2011        | 1850                 | 12,11,2011      | 1850                |
| 6  | Selena            | 28                          | 35             | 10,11,2011       | 1480                 | 16,11,2011      | 1650                |
| 7  | Delia             | 26                          | 36             | 16,12,2011       | 1880                 | 19,11,2011      | 1940                |
| 8  | Flavia            | 30                          | 36,7           | 20,12,2011       | 1380                 | 24,12,2011      | 1440                |
| 9  | Julia             | 31                          | 35,4           | 20,12,2011       | 1580                 | 27,12,2011      | 1560                |
| 10   | Liz               | 33,5                        | 36,6           | 27,12,2011       | 1620                 | 29,12,2011      | 1670                |
| 11   | Victoriana        | 32,5                        | 35,2           | 8,03,2012        | 1780                 | 10,03,2012      | 1880                |
| 12   | Paola             | 31,5                        | 34             | 13,03,12         | 1820                 | 21,03,2012      | 1960                |
| 13   | Delia             | 33                          | 34,8           | 14,03,2012       | 1770                 | 16,03,2012      | 1800                |
| 14   | Ines              | 35                          | 36             | 16,03,2012       | 1710                 | 19,03,2012      | 1790                |
| 15   | Paola             | 33,5                        | 36,7           | 19,03,2012       | 1800                 | 21,03,2012      | 1800                |
| 16   | Mariana           | 32                          | 36,7           | 19,03,2012       | 1640                 | 23,03,2012      | 1710                |
| 17   | Luciana           | 32                          | 34             | 20,03,2012       | 1750                 | 23,03,2012      | 1770                |
| 18   | Rossana           | 32                          | 37,5           | 18,03,2012       | 1890                 | 23,03,2012      | 1930                |
| 19   | Alaida            | 34                          | 41,2           | 9,04,2012        | 1730                 | 12,04,2012      | 1790                |
| 20   | Elizabeth         | 31                          | 34,4           | 9,04,2012        | 1730                 | 12,04,2012      | 1960                |
| 21   | Liz               | 36                          | 39,4           | 16,04,2012       | 1640                 | 18,04,2012      | 1700                |
| 22   | Sara              | 32                          | 35,5           | 16,04,2012       | 1580                 |                 |                     |
| 23   | Antonia           | 35                          | 37             | 26,04,2012       | 1700                 | 30,04,2012      | 1780                |
| 24   | Liz               | 34                          | 35             | 6,07,2012        | 1960                 |                 |                     |
| 25   | Noelia            | 30                          | 37,2           | 6,07,2012        | 1750                 | 11,07,2012      |                     |
| 26   | Analia            | 33                          | 37             | 6,07,2012        | 1750                 | 9,07,2012       |                     |
| 27   | Rossana           | 33,5                        | 38             | 23,07,2012       | 1870                 | 25,07,2012      | 1960                |
| 28   | Cristina          | 27                          | 39             | 23,07,2012       | 1850                 | 04,08,2012      | 2050                |
| 29   | Mirna ( gemelar2) | 34                          | 37             | 23,07,2012       | 1930                 | 6,08,2012       | 2360                |
| 30   | Mirna ( gemelar1) | 34                          | 38             | 1,08,2012        | 1800                 | 6,08,2012       | 1930                |
| 31   | Celia             | 34                          | 38             | 3,08,2012        | 1760                 | 14,08,2012      | 1900                |
| 32   | Miriam            | 35                          | 41,8           | 9,08,2012        | 1830                 | 13,08,2012      | 1920                |
| 33   | Susana            | 30                          | 38             | 12,08,2012       | 1980                 | 18,08,2012      | 1980                |
| 34   | Wilma             | 32                          | 38             | 13,08,2012       | 1820                 | 22,08,2012      | 2110                |
| 35   | Lidia             | 31                          | 39,8           | 16,08,2012       | 1710                 | 22,08,2012      | 1790                |
| 36   | Lidia D           | 33,5                        | 36,5           | 16,08,2012       | 1770                 | 21,08,2012      | 1870                |
| 37   | Julia             | 31,7                        | 38,1           | 25,08,2012       | 1800                 | 27,08,2012      | 1810                |
| 38   | Maria             | 32                          |                | 28,09,2012       | 1840                 | 1,10,2012       | 1880                |

## Anexo 4: Personal y Consultores de MCHIP

### PERSONAL DE MCHIP PARAGUAY

|                        |   |
|------------------------|---|
| Dr. Vicente Bataglia   | Líder Técnico y Asesor de Salud Materna |
| Dra. Mercedes Portillo | Asesora de Salud Neonatal               |
| Maria Peña             | Asesora de Intervención Comunitaria     |
| Jhalily Hermosilla     | Coordinadora de Programas               |
| Mirtha Ayala           | Asistente de Administración y Finanzas  |

### PERSONAL DE LA SEDE

|                  |   |
|------------------|---|
| Carmen Sheehan   | Oficial de Programa, Jhpiego            |
| Michelle Goshen  | Coordinadora de Programa, Jhpiego       |
| Ricardo Bonner   | Coordinador de Finanzas, Jhpiego        |
| Rebecca Fielding | Coordinadora de Finanzas, Jhpiego       |
| Silvia Alford    | Oficial de Programas, Save the Children |

### CONSULTORES

|                    |  |
|--------------------|--|
| Dr. Jeffrey Smith  | Líder del Equipo Técnico de Salud Materna, MCHIP       |
| Gloria Metcalfe    | Consultora de Salud Materna y Neonatal, Jhpiego        |
| Dra. Bertha Pooley | Consultora de Salud Neonatal, MCHIP, Save the Children |
| Dra. Goldy Mazia   | Asesora Técnica de Salud Neonatal, MCHIP, PATH         |
| Jennifer Luna      | Asesora de Monitoreo y Evaluación, MCHIP ICF/MACRO     |



Foto Equipo MCHIP/Paraguay

**Dra. Mercedes Portillo, Srta. Mirtha Ayala, Dr. Vicente Bataglia,  
Srta. Jhalily Hermosilla, Srta. Carmen Sheehan, Srta. Maria S. Pena**

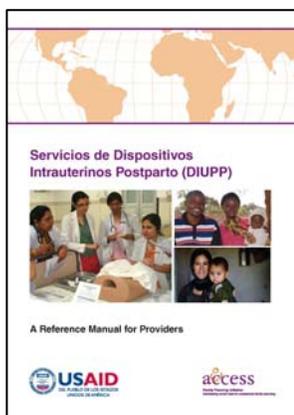
# Anexo 5: Materiales Educativos Adicionales

## MATERIALES SOBRE DIUPP

<http://www.mchip.net/node/727>

El equipo MCHIP Paraguay desarrolló varios materiales en inglés como en español sobre el PPIUD incluyendo un manual para las profesionales de formación de PPIUD, una manual de referencia sobre los datos de PPIUD, y un manual de aprendizaje para el profesional de salud. Además una animación de como insertar el DUI correctamente fue creada para demostrar la práctica correcta de cómo implementar este método de planificación familiar.

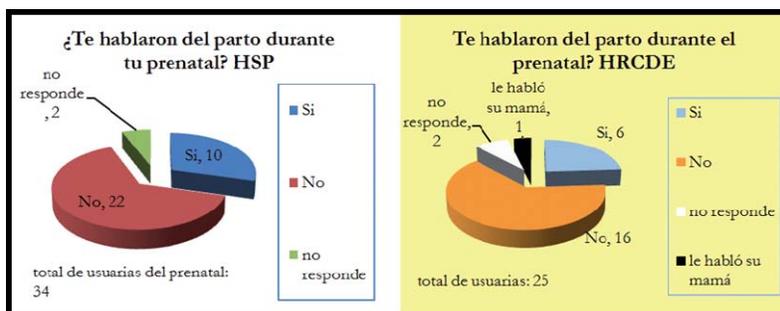
Todo fue utilizado por el curso DIUPP que tiene una duración de 3 días y consistía de 6 sesiones. Este curso tiene como objetivo salvar vidas mediante la preparación de una amplia gama de proveedores que pueden ofrecer servicios de alta calidad DIUPP como parte de un programa de planificación familiar postparto integral. (Disponible en Inglés y Español.)



## MCHIP INVESTIGACION CUALITIVA DE SMN

<http://www.mchip.net/node/1294>

Para establecer una línea de base sobre el nivel de información y conocimientos de salud materna y neonatal de las usuarias de los servicios de salud de MCHIP, el programa realizó una investigación cualitativa sobre las practicas instaladas, tanto de cuidado prenatal, posnatal y del cuidado y alimentación del recién nacido. Los resultados fueron incluidos en una publicación impresa entregada al MSP, y sirvieron de base para determinar los contenidos que luego se incluyeron en los materiales educativos elaborados.



## COMPARTIENDO LECCIONES APRENDIDAS

El programa MCHIP también elaboró material educativo que permite compartir lecciones aprendidas a través de sesiones digitales. A continuación se citan algunos ejemplos de estas sesiones interactivas:

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Sesión #1</b><br/><b>(4:00–4:30 en el 1 de Oct)</b></p> <p><b>Link:</b><br/><a href="http://webcast.jhu.edu/mediasite/Viewer/?peid=079c796cc2894feeb465ae00d132f3861d">http://webcast.jhu.edu/mediasite/Viewer/?peid=079c796cc2894feeb465ae00d132f3861d</a></p> <p><b>Título:</b> Program Learning—MCHIP Paraguay (English)</p> | <p><b>Sesión #2</b><br/><b>(4:30–5:00 en el 1 de Oct)</b></p> <p><b>Link:</b><br/><a href="http://webcast.jhu.edu/mediasite/Viewer/?peid=ff35d8a017fd4db7b1f73d046abf84061d">http://webcast.jhu.edu/mediasite/Viewer/?peid=ff35d8a017fd4db7b1f73d046abf84061d</a></p> <p><b>Título:</b> Aprendizaje del programa—MCHIP Paraguay (Español)</p> |
|---|---|

**Descripción:** (4:30–5:00) El equipo de apoyo de MCHIP Paraguay comparte los éxitos del programa, lecciones aprendidas y gran cantidad de recursos de aprendizaje. Esta presentación es útil para colegas que estén implementando programas de salud materna y neonatal que incluyan tareas integradas con el nivel comunitario. Nuestros recursos también están disponibles en español

## ANEXO 6: Plan de Acción de GBER del Hospital San Pablo

| PLAN DE ACCIÓN: HOSPITAL SAN PABLO ACTUALIZADO: 7 DE SEPTIEMBRE 2012  |   |   |   |   |       |   |  |
|---|---|---|---|---|-------|---|--|
| Area  | Brecha  | Causa   | Intervención  | Responsable   | Plazo | Brecha superadas  | Comentarios  |
| <b>Área I - Protocolo para el Manejo Integral de Complicaciones durante la Gestación</b>                                  | Los procedimientos antes, durante y después de la transfusión de sangre no se cumplen | Falta de personal especializado   | Se va a comenzar la implementación de estos procedimientos                        | MCHIP Paraguay, Jefe de servicios: Dr. Rubén Ruttia, Jefa Medica: Dra. Amada Rodriguez  | 1-Dec | Los procedimientos antes ya se cumplen , pero los de durante y después de la transfusión de sangre no se cumplen todavía, Ya se anotan el tipo de sangre y se pega la etiqueta en la hoja de enfermería | Se le llevara una copia de los estandares del área al personal y particularmente a la coordinadora y supervisora de enfermería. Además El señor Aveiro le pasara el reporte de los casos, él es el encargado de Medicina transfusional |
| <b>Area II - Atención a la Mujer durante su Trabajo de Parto, Parto y Postparto Inmediato y Atención Inmediata del RN</b> | No se realiza apego precoz y se le examina inmediatamente                             | Multifactoriales: Se enfrían los RN, se necesitan 2 compresas, se tiene el AA prendido. Se le viste rápido al bebe, no se hace el apego piel a piel | Supervisión y refuerzo de capacitación.   | Dr. Balbuena, Dr. Ruttia y los jefes de sala  |       | Ya fue superado, ya se cuentan con la cantidad de compresas y ya cuentan con la autoclave y eso hace que se verifique el apego precoz, se disponen de compresas en el tambor.                           |  |
|   | El secado del RN es deficiente, se utilizó una sola compresa.                         | Resistencia al cambio   | Reforzar el uso rutinario de 2 compresas para recibir al RN                       | Dr Ana Arrechea   |       | Ya se implementó la práctica de rutina  |  |
|   | No se realiza la evaluación inicial rápida a las gestantes al ingreso                 | No se ha implementado, desconocimiento de la practicidad  | Implementar la evaluación inicial rápida al ingreso, sala de espera de emergencia | Dr Ruben Ruttia, Dra. Amada Rodriguez, Dr. Ana Arrechea, Dr. Cesar Balbuena, residentes |       | Superado  |  |

**PLAN DE ACCIÓN: HOSPITAL SAN PABLO ACTUALIZADO: 7 DE SEPTIEMBRE 2012**

| Area | Brecha   | Causa   | Intervención  | Responsable                              | Plazo | Brecha superadas   | Comentarios  |
|------|--|---|---|--|-------|--|--|
|      | No se lavan las manos antes del examen físico a la mujer, en emergencias | No tienen tiempo por la alta demanda                      | Reforzar el uso del alcohol gel, como una manera rápida de higiene. Brindar a cada profesional un envase con alcohol gel. Enseñar a prepararlo si es necesario                      | Lic. Juanita, Dra. Amada                 | 1-Dec |  | No se lavan las manos antes del examen físico a la mujer, en consultorio, en parto, en emergencias   |
|      | No auscultan los signos vitales al ingreso                               | Falta de tiempo   | Reforzar la importancia de auscultar y detectar signos vitales al ingreso como parte del examen físico  | Dra. Amada Rodriguez                     |       | Superado   | Igual debe insistirse en la importancia de los signos vitales, ya que a veces ocurre que son diferentes personas y el siguiente profesional no revisa lo que anoto el anterior, y que debe valorarse                                       |
|      | Uso incorrecto del partograma  | Residentes nuevos aun no capacitados                      | Reforzar la capacitación haciendo extensiva a los nuevos residentes, desde que inician la residencia. Utilizar los materiales didácticos que sobraron de la capacitación de Vicente | Lic. Juanita, Dr Cesar Babuena           | 1-Dec | Superado en parte , los residentes del tercer y cuarto año se encargan de los nuevos residentes, | Debe insistirse , de parte de docencia están haciendo, pero no tienen la supervisión directa de los jefes. La dirección académica que es normalmente el director del hospital, las practicas deben regirse desde la jefatura del servicio. |
|      | Manipulación incorrecta de la aguja, ( le ponen otra vez la tapa)        | Desconocimiento de los factores de riesgos de la practica | Reforzar la práctica de eliminación correcta de la aguja  | Dra. Amada Rodriguez, Lic. Jorge Molinas |       | Superado   |  |
|      | Vigilancia insuficiente de la mujer en el posparto inmediato             | Falta de recursos humanos. Falta de protocolo             | Reforzar las practicas del cuidado inmediato de la mujer durante el posparto, por ej, preguntar si ha orinado, etc  | Dra. Arrechea, Lic. Molinas              |       | Superado   |  |

PLAN DE ACCIÓN: HOSPITAL SAN PABLO ACTUALIZADO: 7 DE SEPTIEMBRE 2012

| Area                                | Brecha   | Causa   | Intervención   | Responsable  | Plazo | Brecha superadas  | Comentarios  |
|-------------------------------------|--|---|--|--|-------|---|--|
|                                     | Registro incompleto del manejo y seguimiento de complicaciones obstétricas     | Falta de un protocolo estandarizado. Desconocimiento. | Refuerzo de los protocolos. Todos los residentes al empezar la residencia deberán conocer los protocolos (IMPAC_Capacitaciones/actualizaciones de MCHIP) | Dr Ruttia Dra Amada. Apoyo de Vicente                |       | Superado  |  |
| Area III - Servicios de apoyo       | No hay laminillas, ni test rápido para sífilis en laboratorio                  | <b>Pedido</b> insuficiente                            | Mejorar gestion  | Dra. Lidia Recalde                                   | 1-Dec | El abastecimiento normalmente es suficientes, pero tiene periodos cortos durante los cuales no se puede abastecer totalmente  | Se podria tener un sistema de almacenamiento previsor que pueda cubrir las necesidades que puedan surgir al menos 2 dias   |
|                                     | El Banco de sangre no tiene protocolo para donante sero positivo (VIH)         | Desconocimiento de la existencia de este protocolo    | Revisar si hay protocolo nacional  |  |       | No se aplica, Esta bien la situación, porque en el servicio no se hace el manejo de la sangre, solo selección del donante, tipificación y se le entrega al chofer y en el centro se hace la serología |  |
|                                     | La Farmacia no utiliza sistema de UNIDOSIS                                     | No se utiliza el sistema                              | Analizar la importancia de implementar el sistema  |  |       | Superado  | La Farmacia no utiliza sistema de UNIDOSIS   |
| Area IV - Prevencion de infecciones | No usan equipo de protección personal para manipular y limpiar el instrumental | No disponen rutinariamente de guantes resistentes     |  | Dra. Amada Rodriguez, Graciela encargada de limpieza |       | Superado  | El uso del equipo, solamente no tienen las gafas, pero ya tienen chalecos, se mantiene la brecha de la limpieza, se cuentan con los utensilios pero no se practica |
|                                     | La temperatura del autoclave es mayor que la recomendada                       |   |  |  |       | Superado  | Tienen un autoclave nuevo  |

PLAN DE ACCIÓN: HOSPITAL SAN PABLO ACTUALIZADO: 7 DE SEPTIEMBRE 2012

| Area  | Brecha   | Causa                                  | Intervención   | Responsable  | Plazo | Brecha superadas   | Comentarios   |
|---|--|--|--|--|-------|--|---|
|   | No usan guantes gruesos para el traslado de material contaminado |  |  |  |       | Superado   | Ya cuentan los guantes más gruesos, pero de latex   |
|   | La descontaminación del instrumental es unadecuada               | No hay un protocolo o se desconoce     | Desarrollar un protocolo y asegurar que todo el personal lo utilice en forma estandarizada |  |       | Superado   | Se practica la descontaminación, ya se utiliza el balde   |
|   | Eliminacion de desecho no se ajusta al estandar                  | Se desconoce. No hay un protocolo      | Desarrollar un protocolo y asegurar que todo el personal lo utilice en forma estandarizada |  | 1-Dec |  |   |
|   | Se mantiene la brecha del lavado de manos que no se realiza      | no está el hábito                      | Insistir, motivar a los proveedores  | Dra. Lidia Recalde                                     | 1-Dec |  | Se mantiene la brecha del lavado de manos que no se realiza   |
| <b>Area V - IEC y Promoción de la Demanda</b> | Las sesiones educativas son solo de mañana                       | No se cuenta con personal a la tarde   | Planificar para que los recursos puedan hacer las charlas tambien a la tarde               | Dra. Maria Elena Fanego, Lic Lisa Cañiza               | 1-Dec |  | Sigue el proceso, pero está avanzando, de todos modos la gente ya llega para las charlas                                  |
|   | No orienta sobre el Plan preparando mi parto                     | Desconoce?                             |  | Dra. Maria Elena Fanego, Lic Lisa Cañiza, Lic. Juanita | 1-Dec |  | Sigue igual, se deja librado a la voluntad de la persona, pero no es sistemático  |
|   | No orientan sobre mamá canguro                                   | Desconoce?                             |  | Dra. Maria Elena Fanego, Lic Lisa Cañiza, Lic. Juanita | 1-Dec |  | En los clubes de embarazada si se incluye el tema, pero no en consultorio o en terminación                                |
|   | Registro insuficiente de las sesiones educativas semanales       | No se registran los temas de la sesión |  |  | 1-Dec | Todos los días se hace en dos horarios y ahora ya colocan los temas, los horarios, fecha y los participantes | Todavía no se implementó la socialización , se està concentrando en la asistencia, pero faltaria insistir en la promocion |

**PLAN DE ACCIÓN: HOSPITAL SAN PABLO ACTUALIZADO: 7 DE SEPTIEMBRE 2012**

| Area   | Brecha  | Causa  | Intervención  | Responsable                              | Plazo | Brecha superadas  | Comentarios   |
|--|---|--|---|--|-------|---|---|
|  | Ausencia de carteles sobre derechos de las usuarias en áreas de atención      | No se dispone  | Averiguar si hay disponibles o elaborar un listado sencillo y que sea visible. Incluir el tema en las sesiones educativas |  | 1-Dec | Sigue pendiente, debe gestionarse los banners del SAU                                     | Hacerle el seguimiento, porque aparentemente se entregaron a todos los usuarios. Se puede solicitar nuevos para incorporarlos                               |
|  | No hay información sobre dónde poner una queja                                | Pendiente desde la medición anterior                     | Retomar e implementar un buzón de sugerencias y quejas de las usuarias  |  | 1-Dec | No se cuentan con los buzones   | Se va a retomar la gestión para poder contar con nuevos buzones   |
|  | No se mantienen vínculos directos con comités de salud de la comunidad        |  |   |  | 1-Dec | En proceso, sigue la misma situación  | Se hizo el intento, pero solo se tienen resultados en actividades extramurales  |
| <b>Area VI - Recursos humanos, físicos, materiales y logística</b> | Consultorio de atención prenatal no tiene biombo, y tampoco la sala de partos | Insuficiente cantidad de biombos                         |   | Dra. Amada Rodriguez, Lic. Jorge Molinas | 1-Dec | No se cuenta, pero ya se está incluyendo detalladamente en el presupuesto del próximo año |   |
|  | No hay guantes esteriles, ni guantes de servicio                              |  |   | Dra. Amado Rodriguez, Lic. Jorge Molinas | 1-Dec |   | No tienen guantes estériles   |
|  | No hay oxitoxina ni gentamicina   | Gestión deficiente                                       | Asegurar la dotación suficiente para un mes, de ambos   | Dra. Amada Rodriguez y Lic. Molinas      |       | Superado  |   |
| <b>Area VII - Sistemas Gerenciales</b>                             | No hay descripción de procedimientos para admisión, archivos ni bioseguridad  | Desconocimiento de la existencia de estos procedimientos | En proceso  | Dr Ruttia / Dra M Lidia Recale           | 1-Dec |   | Ya tienen la descripción de procedimientos de admisión. Todavía no cuentan con la descripción de las funciones, ver en Itagua o en Lacimet lo que ya existe |

PLAN DE ACCIÓN: HOSPITAL SAN PABLO ACTUALIZADO: 7 DE SEPTIEMBRE 2012

| Area | Brecha  | Causa   | Intervención | Responsable | Plazo  | Brecha superadas   | Comentarios  |
|------|---|---|--------------|-------------|--------|--|--|
|      | No hay señalización de los servicios ofrecidos        |   |              | Dr Ruttia   |        | Superado   | Ya cuentan con carteles aunque algunos son artesanales                             |
|      | No se hace análisis en una SALA SITUACIONAL           | Se ha iniciado la recolección de la información | En proceso   | Dr Ruttia   | Dec-12 |  | Solo se socializa en la oficina del Dr., pero no se comparte con todo el personal. |
|      | No se hacen encuestas de satisfaccion de las usuarias |   |              |             |        | Ya se hicieron las encuestas de satisfacción de las usuarias | Se realizaron de acuerdo al esquema del SAU, Servicio de Atención al Usuario       |

