

Mejoramiento de la calidad de los servicios materno-neonatales en Guatemala

Improving the Quality of Maternal and Neonatal Services in Guatemala

Sarah C Smith¹, Elena Hurtado²

1. PhD, Advisor, Research and Evaluation, En Compass LLC ssmith@urc-chs.com
2. MPH, Chief of Party, NutriSalud, University Research Co., LLC ehurtado@urc-chs.com

Recibido: 24 setiembre 2013

Aceptado: 17 enero 2014

RESUMEN

Objetivo La Promoción y Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales (ProCONE) fue una estrategia para mejorar la calidad de los servicios para mujeres y neonatales en Guatemala utilizando el proceso de mejoramiento colaborativo. Este estudio de caso trató de entender cómo fue el proceso de expansión de ProCONE desde el Centro de Atención Permanente (CAP) hacia las unidades de salud del primer nivel en un distrito.

Metodología La investigadora principal pasó una semana visitando establecimientos donde se llevaron a cabo entrevistas semi-estructuradas con el personal de salud. Se hizo un análisis temático e iterativo.

Resultados El proceso de expansión empezó con la directora del CAP, quien introdujo la estrategia y capacitó a las enfermeras del primer nivel. Las entrevistadas hablaron de dos prácticas exitosas - estandarización en el uso de las fichas clínicas y visitas domiciliarias para captar embarazadas, puérperas y neonatales y prestarles atención o remitirles. Empezaron a medir indicadores y los establecimientos tenían gráficas de serie de tiempo. El personal del primer nivel constató que fue difícil implementar visitas domiciliarias por la distancia y la falta de combustible. Todas manifestaron que la ProCONE proporcionó un sistema integrado para mejorar la calidad.

Conclusiones Elementos de ProCONE fueron transferidos desde el CAP a los otros establecimientos. Sin embargo, la falta de comprensión de cómo los datos podrían dirigir la prestación de servicios sugiere que no fue la capacidad de mejora la que se expandió, sino algunas mejores prácticas. Es necesario involucrar al personal en la búsqueda de soluciones propias a los desafíos.

Palabras claves: Mejoramiento de la Calidad; Bienestar Materno, Guatemala (fuente: DeCS, BIREME)

ABSTRACT

Objective The ProCONE strategy was designed to improve the quality of services for women and newborns in Guatemala utilizing a collaborative improvement process. This case study aimed at understanding the process of spreading ProCONE from a district health center to health units at the primary level of care in one district in Guatemala.

Methodology The principal investigator spent one week in August 2011 visiting health facilities and conducting semi-structured interviews with health staff. Iterative thematic analysis was performed.

Findings The process of spreading ProCONE began with the head of the district health center, which introduced the strategy and trained the nurses at the primary level of the health system. Interviewees referred to two successful practices – standardization of clinical records and home visits to pregnant and post-partum women and their newborns to provide care or referral. Health personnel began using indicators to measure change. All facilities had time series charts in the waiting rooms. One nurse commented that it was difficult to implement the home visits due to distance and lack of gasoline. All the interviewees believed that ProCONE provided an integrated system for improving the quality of care.

Conclusions Elements of ProCONE were transferred from the district health center to other facilities. However, limited understanding of how data could direct the provision of services suggested that the capacity to improve was not spread, even if best practices were successfully spread. To develop capacity, it is necessary to involve health staff in the search for solutions appropriate to the challenges.

Key Words: Quality Improvement, Maternal Welfare, Guatemala (source: NLM, MeSH)

Hay muchos estudios que demuestran que la calidad de atención recibida por las mujeres y los recién nacidos contribuye a los niveles de mortalidad materna y neonatal (1-3). También existe una variedad de métodos y herramientas para mejorar la calidad de atención materno-neonatal (4). La Promoción y Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (ProCONE) es una estrategia para mejorar los servicios brindados a las mujeres y los recién nacidos, implementada por el Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud (HCI) financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

ProCONE utilizó el proceso de mejoramiento colaborativo en que cada establecimiento constituyó un equipo de mejora continua de la calidad (EMCC) que midió los mismos indicadores y compartió los resultados con los otros establecimientos en su propio distrito (municipio) o área de salud. Entre marzo 2007 y septiembre 2008, 25 establecimientos en el área de salud de San Marcos participaron en ProCONE, en la etapa llamada la fase demostrativa.

Después de consolidar las experiencias y mejores prácticas de la fase demostrativa hubo un periodo de expansión entre noviembre 2008 y junio 2010. La expansión se define como la difusión deliberada de una práctica que ha mostrado mejores resultados que la práctica actual (5). En esa fase, la ProCONE fue expandida a centros de salud, el Centro de Atención Permanente (CAP), los Centros de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI) y hospitales en otras áreas de salud. En San Marcos, fue expandido también a los puestos de salud y las unidades mínimas que son el primer punto de contacto para la mayoría de la población.

Según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008/2009 (ENSMI 2008/09), el 91,7 % de las mujeres de 15 a 49 años en el Departamento de San Marcos recibieron atención prenatal durante su embarazo. Más de 58 % de los partos en San Marcos durante los cinco años anteriores a la encuesta de ENSMI 2008/09 ocurrieron en la casa de la mujer o en la casa de una comadrona y el 33,5 % ocurrieron en establecimientos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Solamente el 41,7 % fueron atendidos por un médico o una enfermera. De los partos atendidos en San Marcos, 15,7 % recibieron atención postparto. Con respecto a las vacunas de los niños entre 12 y 59 meses en San Marcos, 82,4 % recibieron todas las vacunas (BCG, DPT, Polio y Sarampión) según los carné y las madres (ENSMI 2008/09).

Este estudio de caso trató de entender cómo fue ese proceso de expansión desde el CAP hasta los puestos de salud y la unidad mínima en un distrito en el área de salud de San Marcos. Específicamente, este estudio se enfocó

en cómo aprendió el personal de los establecimientos acerca de las ideas de cambio y las mejores prácticas; cómo seleccionaron y adaptaron las mejores prácticas que estaban implementando en los establecimientos; y cuáles eran las percepciones del personal de salud sobre los cambios, las mejores prácticas y la estrategia de ProCONE.

MÉTODOS

El distrito seleccionado en el área de salud de San Marcos, ubicado en las montañas en el norte de Guatemala, tiene la gran mayoría de la población (91 %) viviendo en el área rural y el 51 % de la población es indígena. El distrito fue seleccionado intencionalmente y a conveniencia. Las tasas de mortalidad materna e infantil son muy bajas, pero el distrito es un área de importancia para USAID para proyectos de productividad agrícola y crecimiento económico bajo la iniciativa de “Alimentar el Futuro” (Feed the Future), así como para otro proyecto de gobernabilidad local.

Desde finales del año 2010, HCI no ha estado trabajando activamente en este distrito, entonces este estudio también podría revelar aspectos de la institucionalización y sostenibilidad de ProCONE y la metodología de mejoramiento de la calidad. Además, el distrito fue seleccionado porque una gran proporción de la población habla español, no solo Mam, el idioma indígena de la región.

En febrero 2009, casi al mismo tiempo que empezó ProCONE, el centro de salud del distrito fue transformado en un CAP. Con ese cambio, las horas del establecimiento se ampliaron a 24 horas al día, se empezó a atender partos, se adquirió una ambulancia y aumentó el número de personal de 14 hasta casi 40 personas.

Uno de los puestos de salud estudiados tenía cuatro enfermeras y un médico cubano con un contrato de sólo un año. Este puesto servía a una aldea más grande que la que servía el otro puesto de salud o la unidad mínima. Por eso, tenía un médico y una ambulancia. El otro puesto de salud tenía dos enfermeras y la unidad mínima tenía una enfermera auxiliar, pero esa posición no era fija y la enfermera empezó a trabajar en la unidad mínima recién en febrero de 2011. La unidad mínima fue establecida por la municipalidad porque reconoció la necesidad y no por el MSPAS. Entonces, la municipalidad pagaba por todos los servicios, incluyendo el contrato de la enfermera y el edificio. Los puestos de salud y la unidad mínima estaban abiertos de lunes a viernes desde las ocho de la mañana hasta las cuatro y media de la tarde.

Para contestar las preguntas del estudio, se usaron métodos cualitativos. La investigadora principal pasó una semana en agosto 2011 visitando los cuatro establecimientos incluidos en el estudio. Ella hizo cuatro entrevistas semi-estructuradas con las tres enfermeras y la doctora quienes estaban trabajando en la estrategia ProCONE y participaron en el EMCC. Las entrevistas abarcaron los siguientes temas: la situación de la atención antes de la llegada de ProCONE; cómo aprendieron de ProCONE; y cómo funciona el programa de mejoramiento colaborativo de la calidad incluyendo la revisión de las fichas o expediente clínicos, la recolección y análisis de los datos de monitoreo y las reuniones o sesiones de aprendizaje.

La investigadora principal observó las actividades en las áreas públicas de los establecimientos para entender cómo funcionaba cada establecimiento de salud. También hizo observación por un día de una sesión de aprendizaje y capacitación del personal de salud de toda el área de salud de San Marcos en planificación familiar. Esa reunión fue financiada por HCI.

Se realizó un análisis temático iterativo de las entrevistas con el fin de entender el proceso de expansión de la estrategia de mejoramiento de la calidad de los cuidados maternos y neonatales esenciales. Al fin de cada día de recopilación de datos, la investigadora principal revisó las entrevistas y observaciones y las dos fueron codificadas para identificar los temas. Cada día la investigadora principal preparó una nota analítica para orientar la recopilación de datos del día siguiente.

Todas las entrevistas con el personal de salud tomaron lugar en los establecimientos cuando el personal tenía tiempo libre y fueron realizadas en español. Las entrevistas fueron grabadas para asegurar la representación fiel de las palabras y los sentimientos de las entrevistadas. En cada entrevista se obtuvo un consentimiento informado.

RESULTADOS

En la siguiente sección se presentan los resultados del estudio de caso. Primero se presenta ¿cómo el personal se enteró de la estrategia ProCONE?, seguido por los cambios y mejores prácticas implementadas en los establecimientos incluidos en el estudio. Al final, se presentan las percepciones del proceso de expansión de ProCONE.

Aprendizaje: El proceso de expansión del ProCONE desde el CAP hasta los puestos de salud y la unidad mínima empezó con la doctora directora del CAP. Ella introdujo la estrategia a las enfermeras de los servicios del primer nivel y también fue responsable de su capacitación. En las palabras de una entrevistada, “siempre la doctora nos explica todo” sobre ProCONE (enfermera, unidad mínima). La doctora del CAP explicó de esta manera el proceso de involucrar a los otros establecimientos en ProCONE:

Llegamos a un acuerdo, cuando empezamos, cuando comenzamos solos [aquí] como centro de salud. Como a los dos o tres meses metimos a los puestos porque nosotros estábamos trabajando de una forma y los puestos no mejoraban. Entonces, no, que ellos estaban entre con nosotros. Entonces estábamos trabajar juntos pero para eso al principio, mire, no fue fácil porque cuando empezamos a trabajar con la estrategia pues aquí mismo en la clínica, en las clínicas, tuvimos que hacer mejoras.

Al principio hicieron una línea de base en los puestos de salud y la unidad mínima que, entre otras cosas, reveló que faltaban las herramientas para brindar la atención de calidad. Por ejemplo, según la enfermera en uno de los puestos de salud, no tenía una balanza para pesar los niños, tampoco esfigmomanómetro “en buen estado” o sábanas. Entonces, según la doctora, la primera actividad fue hacer una lista de todos los insumos que faltaban en los establecimientos.

Se redistribuyeron los equipos y otras cosas entre los cuatros establecimientos para asegurar que cada establecimiento tuviera lo necesario. Por ejemplo, el CAP tenía dos estufas y la unidad mínima no tenía ninguna. Se llevó una de las estufas a la unidad mínima porque en el CAP no podía usar las dos al mismo tiempo. Esta distribución de los recursos fue posible porque el personal de los cuatros establecimientos funcionó como un equipo. También se solicitó los insumos necesarios al distrito, pero en el distrito mismo, el CAP, faltaba algunos insumos necesarios para prestar los servicios, especialmente cuando pasó de ser un centro de salud a un CAP en 2009.

Las reuniones del personal del distrito y otras en el área de salud de San Marcos también ofrecieron oportunidades para aprender de la estrategia ProCONE y de los cambios y prácticas que fueron exitosos en otros establecimientos. En la reunión que la investigadora principal observó, todos los distritos asistieron. Cada distrito dio una presentación muy creativa del monitoreo de las fichas clínicas. En preparación para la reunión, las enfermeras y los técnicos de todos los establecimientos se reunieron para hacer su presentación juntos. Representantes de cada establecimiento en el distrito participaron en la reunión y recibieron capacitación en los métodos de planificación familiar.

También fue una oportunidad para que cada distrito presentara sus datos e identificara las áreas para mejorar. “Gracias al área de salud que nos están capacitando, más que todo cada mes vamos a presentar nuestra sala situacional entonces allí nos damos cuenta de nuestros problemas, de nuestras debilidades y eso nos ayuda mejorar” (enfermera, puesto de salud). Indica que las personas de salud del distrito se sintieron como un grupo trabajando y aprendiendo juntos.

Prácticas: Las entrevistadas hablaron de dos prácticas exitosas - la estandarización en el uso de las fichas clínicas y la búsqueda de mujeres embarazadas, puérperas y recién nacidos a través de visitas domiciliarias para prestarles la atención o informarles de la importancia de asistir la clínica.

El único puesto de salud con documentación de intervenciones incluía la mejora del archivo. Otro aspecto del mejoramiento de la calidad que empezaron fue el uso de indicadores y formas de documentar los cambios hechos. Todos los establecimientos tenían gráficas de series de tiempo en las paredes en las salas de espera que indicaban transparencia no solamente con los pacientes sino también con visitantes de otros establecimientos de salud o del gobierno local. La investigadora principal preguntó a cada entrevistada por qué había descensos en las líneas en algunos meses. Ellas pudieron explicar que los descensos fueron el resultado de errores en el llenado de las fichas. Un ejemplo que ofreció una de las enfermeras fue: “se pesa al niño pero no se grafica...o no se anota” (enfermera, puesto de salud).

Una de las dificultades en el llenado de las fichas, y por lo tanto en el monitoreo, era la movilidad de algunos miembros del personal de salud. La enfermera en la unidad mínima y el médico en uno de los puestos de salud no tenían posiciones fijas. Cada año, cuando llegaba una nueva persona a ocupar estas posiciones, la doctora del CAP tenía que capacitarlos y apoyarlos en la documentación con la ayuda de las otras enfermeras. La capacitación continua que estaba ocurriendo en el distrito indica cierto nivel de institucionalización de la metodología y de ProCONE, pero requería mucho esfuerzo de las enfermeras y la doctora.

La doctora les compartió las mejores intervenciones, tales como la práctica de buscar las embarazadas, puérperas y recién nacidos a través de visitas domiciliarias. No hubo adaptaciones a esta intervención en los diferentes establecimientos. La enfermera de uno de los puestos de salud tuvo dificultades en poner en práctica esta intervención porque su aldea es bastante grande, no solamente en tamaño sino también en población. Según las entrevistadas, no tenían apoyo en forma de combustible para ir a las casas muy lejos del puesto de salud. La documentación de las intervenciones refería la falta de combustible cada vez que las visitas domiciliarias eran una solución listada para uno de los problemas.

Otro de los cambios de mejora fue el uso de cuadernos para registrar “las fechas probables de parto...y citas” pero “ahora lo realizo...y cuando yo reviso mi cuaderno más o menos sé cuándo va a ser un nacimiento del niño de la señora” (enfermera, unidad mínima). Con esta información, la enfermera podía darle seguimiento a la paciente y, si faltara a una cita, ella podría buscarla en casa.

Solamente uno de los puestos de salud en el distrito tenía documentadas las intervenciones implementadas. Para este puesto de salud fue importante trabajar más con las

comadronas tradicionales de la comunidad. Pero en la entrevista la enfermera de la unidad mínima también habló de la importancia de trabajar con las comadronas.

En la unidad mínima la enfermera dijo que las comadronas hacían planes de emergencia con las mujeres embarazadas, pero para la enfermera de uno de los puestos de salud la relación con las comadronas era más estrecha. Aquí, la enfermera y las comadronas se reunieron cada tres meses.

Para la enfermera, para mejorar la calidad de servicios a las embarazadas, puérperas y recién nacidos, la comunicación continua con las comadronas era esencial. Ella dijo: “porque las comadronas son de la comunidad ellas saben cuándo las personas comienzan con trabajo de parto. Entonces vamos a pedir ayuda de parte de las comadronas y también de parte de los promotores”. Ella dijo que ha estado trabajando con las comadronas para encontrar una estrategia para promover que las madres lleven sus recién nacidos para la vacunación. Estos fueron los únicos ejemplos ofrecidos por las entrevistadas en los que se estaba buscando una solución al nivel de establecimiento, con la ayuda de las comadronas de la comunidad, y no estaban mirando hacia el distrito para encontrar la solución.

Percepciones: De las cuatro entrevistadas, tres estaban trabajando en sus propios establecimientos de salud en 2009 cuando empezó la estrategia ProCONE para mejorar la calidad de la atención. La doctora del CAP, quien ha trabajado allá por cinco años, dijo que antes de la llegada de ProCONE los servicios “no eran integrales” y por eso “no tuvimos una atención de calidad.” Para la doctora, gran parte del problema fue la falta de “fichas estandarizadas”. Pero con la llegada de ProCONE “yo [la doctora] pude darme cuenta de que...teníamos muchas oportunidades perdidas.” Todas las entrevistadas pensaban que el ProCONE les ofreció un sistema: “El ProCONE es bonito trabajarlo. Todo depende de la voluntad de uno que lo quiera hacer” (enfermera, puesto de salud).

Una parte esencial para el funcionamiento de un grupo era la comunicación entre sus miembros. En el distrito las líneas de comunicación entre los establecimientos y el CAP eran abiertas. Las enfermeras en los establecimientos visitaban al CAP con frecuencia y tenían reuniones de ProCONE cada mes. En esas reuniones, discutieron las fichas de cada establecimiento para identificar problemas o retos y aprendieron de cambios nuevos que podrían implementar en sus propios establecimientos. Pero también la doctora del CAP visitaba cada uno de los establecimientos para ver cómo estaban los servicios y cuáles eran los problemas en el llenado de las fichas. Para ella, las reuniones de ProCONE en las que revisaban las fichas sólo podían enfocar algunos de los desafíos porque “hay cosas que no voy a ver por la ficha.” Por eso, ella se hacía visitas de supervisión a las enfermeras en sus establecimientos que podrían indicar si hubo más problemas.

En la unidad mínima el único problema que mencionó la enfermera fue la falta de electricidad. Por eso, no había una nevera para mantener las vacunas. Entonces para entregar las vacunas, la enfermera informó que “siempre yo traigo” del CAP cuando se necesitan. Pero, debido a que esa unidad mínima no fue establecida por el Ministerio, el estado no pagaba la cuenta de electricidad.

DISCUSIÓN

Los resultados de esa investigación nos demuestran que partes de ProCONE y la estrategia para mejorar la calidad de la atención a las mujeres y los recién nacidos, se han expandido desde el CAP a los puestos de salud y a la unidad mínima en el distrito. Los establecimientos han tenido éxito en implementar y mantener las mejores prácticas, incluyendo el llenado y la revisión de las fichas y la producción de las gráficas de serie de tiempo. Pero esas prácticas vinieron de la doctora del CAP, no por el proceso de recopilar y analizar los datos, identificar brechas e implementar cambios. Parece que hay una falta de comprensión en profundidad de cómo el análisis de los datos podría mejorar la prestación de servicios. El proceso de mejora se basa en la medición de los indicadores de proceso y resultados (6).

Junto con la medición existe la necesidad de interpretar los datos para orientar la selección de cambios a probar y establecer las mejores prácticas. Si bien existe una base sólida de entendimiento del llenado de las fichas clínicas y su monitoreo, se debería prestar mayor atención a la capacitación del personal de salud sobre cómo los datos pueden orientar las actividades de prestación de servicios de salud.

El proceso de encontrar e implementar mejores prácticas pareció muy vertical, en el que la doctora del CAP les decía a las enfermeras qué intervenciones deben poner en práctica en sus establecimientos, tal como buscar a las puérperas y los recién nacidos en su casa. Parece que lo que se había expandido eran algunas mejoras prácticas, no el proceso colaborativo de aprender y mejorar. Para evitar un proceso vertical en la búsqueda de soluciones a los desafíos, las enfermeras deberían involucrarse más en la identificación de los cambios que desean probar en sus establecimientos y en la determinación de las mejores prácticas.

Una de las limitaciones de este estudio es que no evaluó la cobertura de los servicios obstétricos o neonatales. Otras limitaciones incluyen el corto tiempo de recopilación de los datos y el alcance limitado que no permite generalizar. Sin embargo, este estudio de caso refuerza la recomendación hecha por Greenhalgh y su colegas (7) que debemos explorar el proceso de expansión para obtener una comprensión clara de las características de un programa exitoso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Van den Broek NR, Graham WJ. Quality of care for maternal and newborn health: The neglected agenda. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2009; 116(s1):18-21.
2. Fawcus S, Mbizvo M, Lindmark G, Nystrom L. A community-based investigation of avoidable factors for maternal mortality in Zimbabwe. *Studies in Family Planning* 1996; 27(6):319-27.
3. Fauveau V, de Bernis L. “Good obstetrics” revisited: Too many evidence-based practices and devices are not used. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2006; 94:179-84.
4. Raven J, Hofman J, Adegoke A, Van den Broek NR. Methodology and tools for quality improvement in maternal and newborn health. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2011; 114:4-9.
5. McCannon CJ, Berwick DM, Massoud MR. The science of large-scale change in global health. *JAMA* 2007;298(16): 1937-1939..
6. Draycott T, Sibanda T, Laxton C, Winter C, Mahmood T, Fox R. Quality improvement demands quality measurement. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2010; 117(13):1571-3.
7. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffiusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly* 2004; 82(4):581-629.