



PERÚ

Ministerio
de Salud

Módulo 8

IMPLEMENTACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL MODELO DE INTERVENCIÓN





PERÚ

Ministerio
de Salud

Módulo 8

IMPLEMENTACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL MODELO DE INTERVENCIÓN



Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud

Implementación, Monitoreo y Evaluación del Modelo de Intervención: Módulo 8 (Modelo de Intervención para Mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de los Establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales) / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva -- Lima: Ministerio de Salud; 2010.

160 p.; ilus.

MORTALIDAD MATERNA / MORTALIDAD NEONATAL / CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD, organización & administración / NEONATOLOGÍA / OBSTETRICIA / INDICADORES DE CALIDAD / GESTIÓN EN SALUD / INSTITUCIONES DE SALUD, utilización

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2010-07623

ISBN: 978-9972-776-34-2

Documento Técnico Modelo de Intervención para Mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de los Establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales. "Implementación, Monitoreo y Evaluación del Modelo de Intervención: Módulo 8"

Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

© MINSA, Setiembre 2010

Fotografías: MINSA, CARE Perú-DIRESA Ayacucho

Ministerio de Salud
Av. Salaverry N° 801, Jesús María
Lima 11 - Perú
Teléfono: (511) 315 6600
<http://www.minsa.gob.pe>
webmaster@minsa.gob.pe

Primera edición
Tiraje: 1000 ejemplares

Diseño, diagramación e impresión
Publimagen ABC sac
Calle Collasuyo 125, Lima 28
publimagenabc@yahoo.es
Teléfono: (511) 526 9392

Versión digital disponible: <http://www.minsa.gob.pe/bvsminsa.asp>
Versión en DVD Multimedia

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de las agencias de Cooperación Internacional que trabajan en el Perú. Tiene además la generosa contribución del pueblo de los Estados Unidos de América, USAID Perú; a través del Proyecto Calidad en Salud/USAID. USAID no comparte necesariamente las opiniones vertidas en esta publicación.

Derechos reservados.

La reproducción total o parcial de esta publicación está permitida siempre que se cite su procedencia y no tenga fines comerciales o de lucro.

Dr. ÓSCAR RAÚL UGARTE UBILLUZ
Ministro de Salud

Dr. ELÍAS MELITÓN ARCE RODRÍGUEZ
Vice Ministro de Salud

Dr. CARLOS MANUEL ACOSTA SAAL
Director General
Dirección General de Salud de las Personas

Dra. LUCY VIRGINIA DEL CARPIO ANCAYA
Coordinadora Nacional
Estrategia Sanitaria Nacional de Salud
Sexual y Reproductiva

2010

EL MODELO DE INTERVENCIÓN FUE ELABORADO CON LA PARTICIPACIÓN DE:

MINISTERIO DE SALUD

Dr. Carlos Manuel Acosta Saal
Dr. Orlando Martín Clendenes Alvarado
Dr. Edward Cruz Sánchez
Dr. Pedro Abad Barredo
Dr. Esteban Chiotti Kaneshima
Dra. Lucy del Carpio Ancaya
Lic. Carmen Julia Carpio Becerra
Lic. Carmen Mayurí Morón
Lic. Marisol Campos Fanola
Lic. Ulalia Cárdenas Cruzatti
Lic. Marita de los Ríos Guevara
Lic. Neri Fernández Michuy
Lic. Sandra Barraza Soto
Lic. Doris Valdez Robles
Lic. Tatiana Ramírez Aldea
Dr. Manuel Núñez Vergara
Dr. Luis García Corcuera
Dr. Víctor Correa Tineo
Dr. Luis Alfonso Meza Santibañez
Dr. Luis Miguel León García
Dra. Fresia Cárdenas García
Dra. Rosa Vilca Bengoa
Dra. Graciela Zacarías Aguirre
Dra. María Pereyra Quiros
Ing. Dulcinea Zúñiga Abregú
Dra. Ariela Luna Flores
Dra. Janet Apac Robles
Dr. José Bolarte Espinoza
Dr. José Fernando Arias Robles
Dra. Nadia Martínez Jiménez
Dra. Ana Carmela Vásquez Quispe Gonzáles
Lic. Jessica Graña Espinoza
Lic. Elva Edith Huamán Ávila
Lic. Miriam Solís Rojas
Ing. Luis Enrique de la Cruz
Ing. Enrique Gómez Reyes
Lic. William Anchiraco Agudo
Lic. Judith Fabián Manzano
Lic. Olinda Yaringaño Quispe
Lic. Mila Villegas Pérez

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD OFICINA GENERAL DE INVESTIGACIÓN Y TRANSFERENCIA TECNOLÓGICA

Lic. Gladys Garro Núñez

CENTRO DE SALUD INTERCULTURAL

Dr. Neptalí Cueva Maza
Dr. Pedro Ipanaque Luyo
Lic. Aura Rivas Chiroque
Lic. Doris Meneses Tutaya

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

Dr. Jorge Corimanya Paredes

INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Dr. Pedro Mascaro Sánchez
Dr. Julio E. Portella Mendoza
Dra. Tania Paredes Quiliche
Dra. Julia Rosmery Hinojosa Pérez
Dra. María Mur Dueñas
Dra. Marta Santillán Mercado
Dra. Carmen Rosa Dávila Aliaga
Dr. Juan Carlos Olivos Rengifo
Lic. Reyna Aranda Guillén

SEGURO INTEGRAL DE SALUD

Dr. Ángelo Pino Cárdenas

HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ

Dr. Santiago Cabrera Ramos

SOCIEDAD PERUANA DE PEDIATRÍA

Dra. Luz Dodobara Sadamori
Dr. Raúl Urquiza Aréstegui

SOCIEDAD PERUANA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Dr. Nazario Carrasco Izquierdo
Dr. Alfonso Villacorta Bazán
Dr. Eduardo Maradiegue Méndez

REGIÓN AYACUCHO

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE AYACUCHO

Lic. Walter Bedriñana Carrasco
Dr. Percy Barrios Ramos
Dra. Flor de María Melgar Salcedo
Lic. Amadea Huamaní Palomino
Lic. Ricardo Alcarraz Curi
Lic. Liliana Vásquez Zárate
Lic. Rosa Pomasonco Pomasonco
Lic. Milagritos Carrasco Arones
Lic. María Cleofé Cárdenas Cora
Lic. Janet Arce Hernández
Lic. Cleymer Bautista Prado
Lic. Absel Acori Tinoco

HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO

Dr. Jorge Rodríguez Rivas
Dr. Máximo Vega Alcázar
Dr. Pablo Salinas Alvarado
Dr. Sergio Mena Mujica
Dr. Víctor Hugo Salcedo
Dr. Jorge Cevallos Sáez
Dra. Marilú Obando Corzo
Dra. María Moquillaza Barrios
Dra. Irene Valencia Anglas
Dr. Juan Rondinelli Zaga
Dr. Alfonso Parra Aybar
Dr. Héctor Pari Pari
Dr. Antonio Sulca Báez
Lic. Janet Peñaloza Vargas
Lic. Haydeé Alarcón Castilla
Lic. Bacilia Vivanco Garfias
Lic. Norma Córdova Flores
Lic. Cresencia Palomino Mayhua
Lic. Elena Miranda Vilca
Lic. Luce Morán Martínez
Lic. Narda Acosta Tello
Lic. Lidia Janampa Gutiérrez
Lic. Yolanda Cueto Sulca
Lic. Martha Hurtado Ramírez
Lic. Haydee Bonifacio Fernández
Lic. Martha Carrasco Soto
Lic. Abigail Aramburú Castilla
Lic. Luz Muñoz Lázaro
Lic. Demetria Accpucclla Noriega
Lic. Celia Palomino Martínez
Lic. Zenaída Gutiérrez Fuentes
Lic. Serafina Pimentel Godoy
Lic. Ana Mávila Velarde - Álvarez
Lic. Fredy Fernández Valdivia
Lic. Rubén Achallma Galindo
Lic. Judith Gutiérrez Sulca
Lic. Catherine Rodríguez
Lic. María Fernández Cuti
Lic. Víctor Anchay Vergara
Lic. María Estela Solano Inca
Lic. Sabina Díaz Medina
Lic. María Bautista Gómez
Téc. Justiniano Barrientos

REDES DE SALUD

Lic. Josefina Montes Pérez, *C.S. Vilcashuamán*
Lic. Zulema Urbina Carrasco, *C.S. de San José de Secce*
Lic. Graciela Alca de la Cruz, *Hospital de Apoyo San Miguel*
Lic. Edith Toro Quinto, *Centro de Salud Huancapi*

REGIÓN ANCASH

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE ANCASH

Dr. Edgar Caballero Cano
Dr. Javier Revilla Aguilar
Lic. Sonia Rodríguez Soto
Lic. Hugo Valentín Rodríguez
Lic. Mónica Luján Rodríguez
Lic. Tula Marilú Sáenz Uribe
Lic. Guisell Espinoza Castromonte

HOSPITALES

Dr. Alberto Peñaranda Tarazona, *Hospital V. Ramos Guardia*
Lic. Judith Dávila Bonilla, *Hospital La Caleta*
Lic. Rocío Coral Oliva Paredes, *Hospital Sihuas*
Lic. Jenny Cabrera Aquino, *Hospital Sihuas*
Dra. Celia J. Mendoza Loyola, *Hospital Sihuas*
Lic. Nancy Lozano Flores, *Hospital Wari*
Lic. María Bartolomé Maguiña, *Hospital de Huari*
Lic. Marlitt M. Huané Alvarado, *Hospital Carhuaz*
Lic. Katia Dávila Dávila, *Hospital de Casma*
Lic. Amelia Dextre Rosales, *Hospital de Huarmey*
Lic. Nancy López Vargas, *Hospital La Caleta*
Lic. Maritza Carranza Aguilar, *Hospital La Caleta*
Lic. Carmen Navarro Cáceres, *Hospital E. Guzmán Barrón*
Lic. Miriam Ramos Tapia, *Hospital E. Guzmán Barrón*
Lic. Julia Díaz Rosas, *Hospital Yungay*
Lic. Rosa Sáenz Durán, *Hospital de Caraz*
Lic. Galo Pachas Ríos, *Hospital Pomabamba*
Lic. Edith Salomé Vásquez de la Cruz, *Hospital La Caleta*
Lic. Zulema Alva Zurita, *Hospital de Pombamba*
Lic. Silvia Untiveros Palacios, *Hospital Recuay*
Lic. Zita Saavedra Alva, *Hospital La Caleta*
Lic. Cirila Cano Herrera, *Hospital E. Guzmán Barrón*
Lic. Rubén Blácido Gonzáles, *Hospital Recuay*
Lic. Noé Alva de la Cruz, *Hospital de Casma*
Lic. Miguel Santisteban Cárdenas, *Hospital Casma*
Lic. Flor Lezama Zavaleta, *Hospital de Caraz*
Lic. Jessi Cóndor Villanueva, *Hospital de Carhuaz*
Lic. Sandra Alvarado Tineo, *Hospital de Yungay*

REDES DE SALUD

Dr. Juan Carlos Peña Donayre, *Red Conchucos Sur*
Lic. Jorge Luis Cárdenas Díaz, *MR. San Marcos*
Lic. Reyna Margarita Escobedo Zarzosa, *MR. Yugoslavia*
Lic. Amparo Soledad Maza Neyra, *Red Pacífico Sur*
Lic. María del Pilar Horna López, *Red Pacífico Norte*
Lic. Karin Príncipe Orosco, *Red Conchucos Norte*
Lic. Rina Marilú Horna Gonzáles, *Red Conchucos Sur*
Lic. Claudia Rodríguez Airac, *Red Conchucos Norte*
Lic. Amador Rojas Cárdenas, *Red Pacífico Sur*
Lic. Mercedes Miranda Vargas, *Red Conchucos Sur*

CARE ANCASH

PROYECTO EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y NEONATALES

Dr. Alfonso Medina Bocanegra
Lic. Flor de Liz Guerrero Milla
Lic. Víctor Olaza Maguiña
Lic. Carmen Rosa Gonzáles Reyes

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

Dr. Jorge Díaz Herrera
Lic. Elizabeth Ahumada Ledesma

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Dr. Manuel Hermilio Acosta Chávez

UNIVERSIDAD SAN MARTÍN DE PORRES

Lic. Tula Zegarra Samamé

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

Lic. Mayela Cajachagua Castro

UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

Dr. Jorge Gutarra Canchucaya

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

Dr. Héctor Mala Derix

COLEGIO DE OBSTETRAS DEL PERÚ

Lic. Elsa Contreras Canorio

ASOCIACIÓN PERUANA DE OBSTETRICES

Lic. Mónica Vidalón Mayor
Lic. Nelly Moreno Gutiérrez

UNFPA

Dra. Gracia Subiria Franco
Dra. Milagros Sánchez Torrejón
Lic. Armando Medina Ibáñez

CALIDAD EN SALUD/USAID

Dra. Beatriz Ugaz Estrada

PATHFINDER INTERNATIONAL

Dr. Miguel Gutiérrez Ramos

INSTITUTO DE SALUD REPRODUCTIVA

Dra. Luisa Sacieta Carbajo

MÉDICOS MUNDI NAVARRA

Dr. Fernando Carbone Campoverde

SALUD SIN LÍMITES

Katerine Ludeña Egoavil

PARSALUD II

Dra. Paulina Guisti Hundskopf
Dr. Miguel Garabito Farro
Dra. Nidia Guardia Aguirre

CARE PERÚ

Jay Goulden
Elena Esquiche León
Ariel Frisancho Arroyo
Danilo Fernández Borjas

OPS - OMS

Dr. Alfredo Guzmán Changanauqui

REVISORES TÉCNICOS

Dra. Lucy del Carpio Ancaya
Dr. Luis Alfonso Meza Santibáñez
Lic. Carmen Mayurí Morón
Lic. Elva Edith Huamán Ávila
Lic. Elena Esquiche León

COLABORADORES

Dra. María del Pilar Torres Lévano
Deborah Caro, *Cultural Practice, LLC / USA*

CONSULTORES

Lic. Jessica Niño de Guzmán
Lic. Eva Miranda Ramón
Dr. Julio Mayca Pérez

APOYO

Cesibel Granda Calagua
Fiorella Oneeglio Repetto
Jossy Romero Villanueva

CONTENIDO

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN | 9 |
| LISTA DE ACRÓNIMOS | 11 |
| CÓMO APLICAR O DESARROLLAR EL MÓDULO | 13 |
| OBJETIVO DEL MÓDULO | 14 |
| PRODUCTO DEL MÓDULO | 14 |
| PROCESOS QUE FAVORECEN LA IMPLEMENTACIÓN DEL MÓDULO | 15 |
| ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES: | 17 |
| I. MARCO CONCEPTUAL DE LA MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL. CAUSALIDAD Y USO DE LA EVIDENCIA PARA EL MONITOREO Y EVALUACIÓN | 17 |
| 1. Situación de la Mortalidad Materna y Neonatal | 19 |
| 2. Propuesta para la implementación, monitoreo y evaluación del Modelo de Intervención diseñado para la reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal | 21 |
| 3. Estándares e Indicadores de Calidad para el MyE del Modelo | 25 |
| 4. Estándares e Indicadores de Proceso - ONU | |
| 5. Sistematización de evidencias en intervenciones para la reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal | 27 |
| 6. Definiciones y conceptos básicos en MyE relacionados con el Modelo de Intervención | 29 |
| II. MOMENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL MODELO PARA MEJORAR LA DISPONIBILIDAD, CALIDAD Y USO DE LOS ESTABLECIMIENTOS QUE CUMPLEN CON FUNCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES | 31 |
| MOMENTO 1: | |
| Identificación del problema para el diseño, implementación, monitoreo y evaluación del modelo (Línea de Base). Socialización del estudio (resultados) | 32 |
| Inicio de las etapas de la implementación | 33 |
| 1. Etapa I: Inducción y toma de decisiones (1-3 meses) | 33 |
| 2. Etapa II: Elaboración del plan de estudio de la Línea de Base (3-4 meses) | 34 |
| MOMENTO 2: | |
| Ajustes organizacionales, planificación e implementación de la Red Obstétrica y Neonatal | 40 |
| 1. Etapa III: Ajustes organizacionales para la implementación del modelo (1 mes) | 41 |
| 2. Etapa IV: Planificación (4 meses) | 42 |
| 3. Etapa V: Implementación de la Red Obstétrica y Neonatal (21 meses) | 52 |
| 4. Estructura sugerida para la implementación de las 8 estrategias validadas | 72 |
| MOMENTO 3: | |
| Desarrollo del monitoreo del Modelo de Intervención. Instrumentos y metodología | 76 |
| 1. Plan del monitoreo y evaluación del Modelo de Intervención para mejorar la disponibilidad, calidad y uso de las EMON | 77 |
| 2. Fases sugeridas para el desarrollo del Monitoreo del Modelo de Intervención en la RON | 81 |
| 3. Seguimiento y evaluación de las 8 estrategias validadas en la RON. Aplicación de los instrumentos | 82 |
| 4. Supervisión Capacitante para el Monitoreo de las EMON en la Red Obstétrica y Neonatal por niveles de atención (ver anexo VII, instrumentos para la supervisión capacitante de la RON) | 82 |
| MOMENTO 4: | |
| Evaluación intermedia y final del Modelo de Intervención: Plan de evaluación y uso de herramientas | 83 |
| 1. Propuesta para la evaluación del Modelo de Intervención. Herramientas sugeridas | 84 |

| | |
|--|-----|
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 91 |
| ANEXOS | 92 |
| ANEXO N° 1: | |
| • Otras experiencias y logros del Ministerio de Salud | 93 |
| • Otras experiencias e intervenciones desarrolladas en la región a favor de a salud materna e infantil / Ayacucho 1997 - 2010 | 94 |
| ANEXO N° 2: Estándares e Indicadores de Calidad en la atención materna y perinatal en establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales (Ver N.T. correspondiente) | 95 |
| ANEXO N° 3: Pasos (El recorrido) para implementar y mantener estándares para servicios que brindan atención de Emergencias Obstétricas y Neonatales, nivel FONE en el Perú | 100 |
| ANEXO N° 4: Pasos (El recorrido) para implementar y mantener estándares para servicios que brindan atención de Emergencias Obstétricas y Neonatales, nivel FONB en el Perú | 106 |
| ANEXO N° 5: Plan de Mejora Continua para implementar y mantener estándares en los establecimientos FON de la Red Obstétrica y Neonatal (FONE - FONB) | 111 |
| ANEXO N° 6: Manteniendo estándares con enfoque de derechos, género e interculturalidad en los establecimientos de la Red Obstétrica y Neonatal | 114 |
| Ficha A.- Derechos de las mujeres acerca de la información y sus opciones | 114 |
| Ficha B.- Derechos de las Mujeres a Privacidad, Confidencialidad, Dignidad, Comodidad y Expresar su Opinión | 115 |
| Ficha C.- Derechos del Proveedor a Información, Capacitación y Desarrollo | 115 |
| ANEXO N° 7: Instrumentos de la Supervisión Capacitante para la Red Obstétrica y Neonatal | 117 |
| ANEXO N° 7A: Índice de Herramientas de la Supervisión Capacitante en Emergencias Obstétricas | 117 |
| a. Metodología: observación de caso o caso simulado | 117 |
| b. Caso de llenado partograma | 118 |
| c. Metodología: caso simulado | 120 |
| d. Metodología: observación de caso o caso simulado | 121 |
| e. Manejo, estabilización y traslado de Emergencias Obstétricas | 123 |
| f. Propuesta de prueba para curso taller de Emergencias Obstétricas | 124 |
| g. Prueba supervisión integral en Emergencias Obstétricas | 127 |
| ANEXO N° 7B: Índice de Herramientas de la Supervisión Capacitante en Emergencias Neonatales | 130 |
| I. Lista de observación de caso o caso simulado: | 130 |
| a. Sepsis neonatal | 130 |
| b. Ictericia neonatal | 132 |
| c. Reanimación neonatal | 134 |
| d. Hipoglicemia neonatal | 136 |
| e. Síndrome de dificultad respiratoria neonatal | 138 |
| f. Atención del recién nacido prematuro | 139 |
| II. Casos clínicos para la Supervisión Capacitante: | 141 |
| Caso clínico N° 1 | 141 |
| Caso clínico N° 2 | 141 |
| Caso clínico N° 3 | 142 |
| Caso clínico N° 4 | 142 |
| III. Evaluación inicial o prueba de entrada: | 143 |
| Evaluación de entrada | 143 |
| IV. Evaluación final: | 144 |
| Evaluación final | 144 |
| Cálculo de la puntuación final | 147 |
| Interpretación del puntaje final | 147 |
| ANEXO N° 8: Tablas de evidencias para los temas propuestos en el Modelo Lógico Causal Materno Neonatal | 148 |

INTRODUCCIÓN

Según el informe de la última ENDES 2009¹, sobre Razón de Muerte Materna, ésta habría sido de 103 Muertes Maternas por 100.000 nacidos vivos, pero nuestro país se caracteriza por la existencia de grandes diferencias regionales, por lo que el promedio nacional no sería suficiente para conocer la incidencia de la muerte materna en las diversas regiones del Perú. Es necesario entonces, generar un sistema de vigilancia y monitoreo en Salud Pública que permita conocer, cuantificar y generar acciones locales, que logren reducir las grandes brechas entre regiones. Para el caso de mortalidad perinatal en el Perú, se tiene 16 x 1000 nacidos vivos. Estas están vinculadas, por un lado, a factores de salud materna y, por otro, a la inadecuada atención prenatal del parto y del recién nacido, que tiene como resultado casos de bajo peso al nacer, prematuros y asfixia neonatal. Por tanto, es importante contar con servicios de salud de calidad, que permitan atender adecuadamente a los recién nacidos en las primeras horas de vida.

Las principales causas de muerte neonatal en el 2006 fueron la asfixia (23%), Síndrome de Distress Respiratorio (10%), infecciones (14%) y malformaciones congénitas (9%). (MINSA)

Desarrollar acciones inmediatas para mejorar la salud materna y neonatal en el país es urgente, no solo por estar entre las prioridades sanitarias, sino por ser una respuesta a los derechos humanos en salud de la población más afectada en las zonas más pobres del país.

El presente Módulo forma parte del “Modelo de Intervención para Mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de los establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales, aprobado con R.M. N° 223 - 2009/MINSA, del 6 abril de 2009. Contiene acciones sugeridas y experiencias de aprendizaje orientados a la organización y desarrollo de la implementación, monitoreo y evaluación de la Red Obstétrica y Neonatal, en la red de servicios del sistema de salud del Ministerio de Salud.

En tal sentido, las actividades del Módulo están organizadas en cuatro momentos, la identificación del problema (Línea de Base), planeamiento e implementación de las estrategias, implementación del plan de monitoreo y evaluación, precedido en la estructura general de un marco conceptual básico.

Es necesario manifestar, sobre todo en los nuevos e importantes procesos que se vienen implementado en el marco de las prioridades del Sector, que el presente documento busca el fortalecimiento de las capacidades del personal de salud en el ámbito nacional. Como parte del Modelo de Intervención, puede serle útil para implementar los lineamientos, objetivos, metas y líneas estratégicas establecidas en el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009 - 2015 del Ministerio de Salud, así como herramientas útiles para la Implementación del Programa Estratégico de Salud Materna y Neonatal en el marco de Presupuesto por Resultados.

1 INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES 2009

Estas acciones deben ser desarrolladas en los establecimientos de salud para el fortalecimiento de la gestión sanitaria, para brindar calidad de atención, con oportunidad, equidad y justicia social en el marco del Aseguramiento Universal (Ley N° 29334) y de la descentralización en salud que las regiones vienen implementando.

Auguramos que su GERESA/DIRESA/DISA cuente en poco tiempo con los procesos de implementación, monitoreo y evaluación de la Disponibilidad, Calidad y Uso de los establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales que garanticen la oportunidad, seguridad y continuidad en la atención, para la gestante, la puérpera y el recién nacido, y acorde al marco normativo vigente.

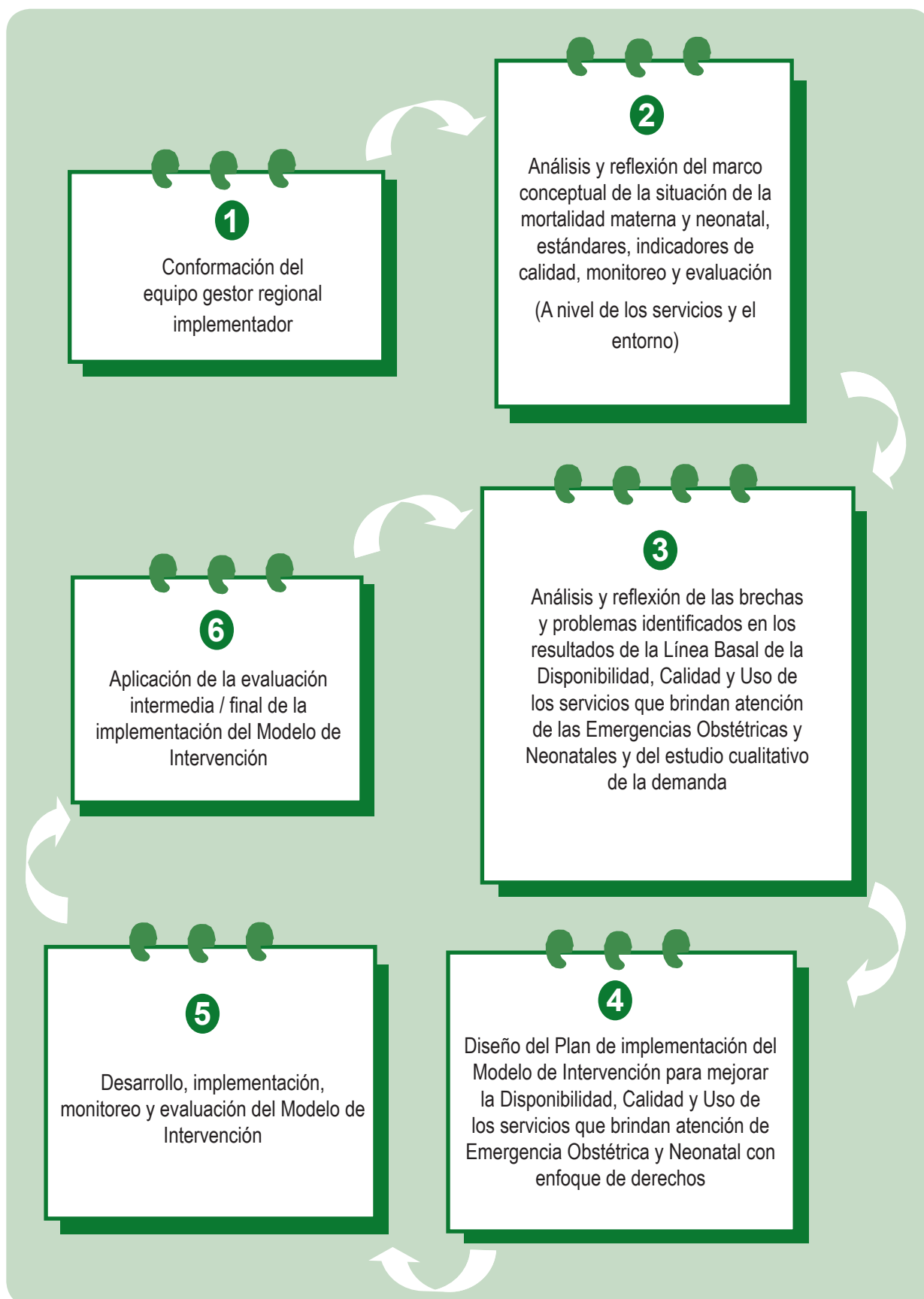
La agenda sanitaria de reducir la Mortalidad Materna y Neonatal está insertada en los procesos de vigilancia de la Salud Pública en el país. Los resultados a alcanzar en los próximos años es tarea de todos.

LISTA DE ACRÓNIMOS

| | | | |
|--------|--|----------|--|
| ACS | Agente Comunitario de Salud | HC | Historia Clínica |
| APN | Atención Pre Natal | HPP | Hemorragia Post Parto |
| AMDD | Averting Maternal Deaths and Disabilities | IM | Via Intra Muscular |
| AMEU | Aspiración Manual Endouterina | INMP | Instituto Nacional Materno Perinatal |
| APGAR | Apariencia, Pulso, Gesticulación, Actividad y Respiración | LB | Línea de Base |
| APN | Atención Pre Natal | MEF | Ministerio de Economía y Finanzas |
| AVAD | Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad | mg | Miligramos |
| CDC | Centro de Desarrollo de Competencias | MINSa | Ministerio de Salud |
| CLAP | Centro Latino Americano de Perinatología | MM | Muertes Maternas |
| DER | Diagnóstico, Estabilización y Referencia | MMN | Mortalidad Materna y Neonatal |
| DESC | Derechos Económicos Sociales y Culturales | MyE | Monitoreo y Evaluación |
| DGE | Dirección General de Epidemiología | ODM | Objetivos de Desarrollo del Milenio |
| DGPS | Dirección General de Promoción de la Salud | OMS | Organización Mundial de Salud |
| DGSP | Dirección General de Salud de las Personas | OPS | Organización Panamericana de la Salud |
| DIRESA | Dirección Regional de Salud | PARSalud | Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud |
| DISA | Dirección de Salud | PF | Planificación Familiar |
| EG | Edad Gestacional | PMCC | Programa de Mejora Continua de la Calidad |
| EMO | Emergencias Obstétricas | PPE | Programa Presupuestal Estratégico |
| EMON | Emergencia Obstétrica y Neonatal | PPR | Presupuesto por Resultados |
| EPS | Educación Permanente en Salud | RCIU | Retardo de Crecimiento Intrauterino |
| ESNSSR | Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva | RMM | Razón de Mortalidad Materna |
| EG | Edad Gestacional | RON | Red Obstétrica y Neonatal |
| EV | Via Endovenosa | RPM | Ruptura Prematura de Membrana |
| FCF | Frecuencia Cardíaca Fetal | RR | Riesgo Relativo |
| FEMME | Foundations for Enhancing Management of Maternal Emergencies | RR.HH. | Recursos Humanos |
| FON | Funciones Obstétricas y Neonatales | SDR | Síndrome de Dificultad Respiratoria |
| FONB | Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas | SICAP | Sistema de Capacitación Personalizada |
| FONE | Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales | SIS | Seguro Integral de Salud |
| FONI | Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas | SNIP | Sistema Nacional de Inversión Pública |
| FONP | Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias | SRCR | Sistema de Referencia y Contrarreferencia |
| GERESA | Gerencia Regional de Salud | TMM | Tasa de Mortalidad Materna |
| GpR | Gestión por Resultados | TMN | Tasa de Mortalidad Neonatal |
| GR | Gobierno Regional | UCEO | Unidad de Cuidados Especiales Obstétricos |
| gr | Gramo | UCI | Unidad de Cuidados Intensivos |
| | | UI | Unidades Internacionales |
| | | UNICEF | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia |
| | | USAID | Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional |
| | | UNFPA | Fondo de Población de las Naciones Unidas |
| | | VO | Vía Oral |



CÓMO APLICAR O DESARROLLAR EL MÓDULO





OBJETIVO DEL MÓDULO

Organizar, desarrollar e implementar el Modelo de Intervención para la organización de las Redes Obstétricas y Neonatales y el Sistema de Monitoreo y Evaluación, que oriente a mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de los servicios que brindan atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales, en los establecimientos del Ministerio de Salud.



PRODUCTO DEL MÓDULO

1. Línea de Base:
 - a) Para determinar la situación de la Disponibilidad, Calidad y Uso de los servicios que brindan atención de Emergencia Obstétrica y Neonatal en el nivel regional
 - b) Estudio cualitativo de la percepción de la comunidad.
2. Plan de implementación del Modelo de Intervención para la mejora de la Disponibilidad, Calidad y Uso de los servicios que brindan atención de Emergencia Obstétrica y Neonatal.
3. Socialización de acciones y estrategias para la implementación del Modelo de Intervención (8 estrategias) para la mejora de la Disponibilidad, Calidad y Uso de los servicios que brindan atención de Emergencia Obstétrica y Neonatal.
4. Sistema de Monitoreo y Evaluación del Modelo orientado a mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de los servicios que brindan atención de Emergencia Obstétrica y Neonatal.

Es necesario que la lectura de este Módulo se acompañe de la respectiva *revisión del marco legal y doctrinario, y de la documentación normativa del MINSA*.

Además:

- ✓ Ver la relación de Normas Técnicas adjuntas a cada Módulo y material bibliográfico de referencia y sugerido.
- ✓ Normatividad relacionada a la gestión sanitaria y los módulos del Modelo de Intervención que en adelante se promulguen, revisen y actualicen las existentes.

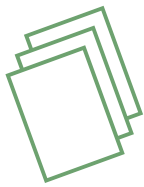


PROCESOS QUE FAVORECEN LA IMPLEMENTACIÓN DEL MÓDULO

Existen algunos procesos claves que van a favorecer el Plan de implementación del Modelo y desarrollo del sistema de monitoreo y evaluación de los servicios que brindan atención de Emergencias Obstétricas y Neonatales, por ejemplo:

- ✓ El Estado debe considerar la reducción de la muerte materna y neonatal como política de desarrollo nacional.
- ✓ El Gobierno Regional, la Región de Salud y las autoridades locales deben tener la voluntad política, destinan y movilizan recursos para reducir la Mortalidad Materna y Neonatal en la región y en el nivel local.
- ✓ La Región de Salud debe desarrollar la medición de la situación de los servicios que brindan atención de Emergencia Obstétrica y Neonatal, mediante el desarrollo de la Línea de Base, (LB), para evaluar progresos desde el nivel local.
- ✓ La Región de Salud ha definido la categorización de los servicios.
- ✓ La Región de Salud debe haber definido bajo criterios de selección previamente validados, la organización de la Red Obstétrica y Neonatal (fundamentalmente, el establecimiento que cumple FONI, FONE y FONB), donde se implementarán las acciones y estrategias del Modelo.
- ✓ Elaboración del Plan de implementación del Modelo que tome en cuenta los hallazgos de la Línea de Base.
- ✓ Cumplir con más del 80% de las Funciones Obstétricas y Neonatales, según nivel de atención (fundamentalmente, FONI regional, FONE y FONB), que priorice la disponibilidad de personal entrenado y competente que acompañe al desarrollo de la Línea Basal, y el monitoreo y evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales.
- ✓ La red de servicios de salud debe contar con registros básicos y validados para el manejo estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales que facilite la recolección de información y la generación de indicadores desde el nivel local para el MyE del Modelo.
- ✓ Potenciará el desarrollo del Modelo, si la región cuenta con un CDC regional para el fortalecimiento de capacidades del personal de salud; a su vez, asume el liderazgo regional de la implementación de todos los procesos de las estrategias propuestas.

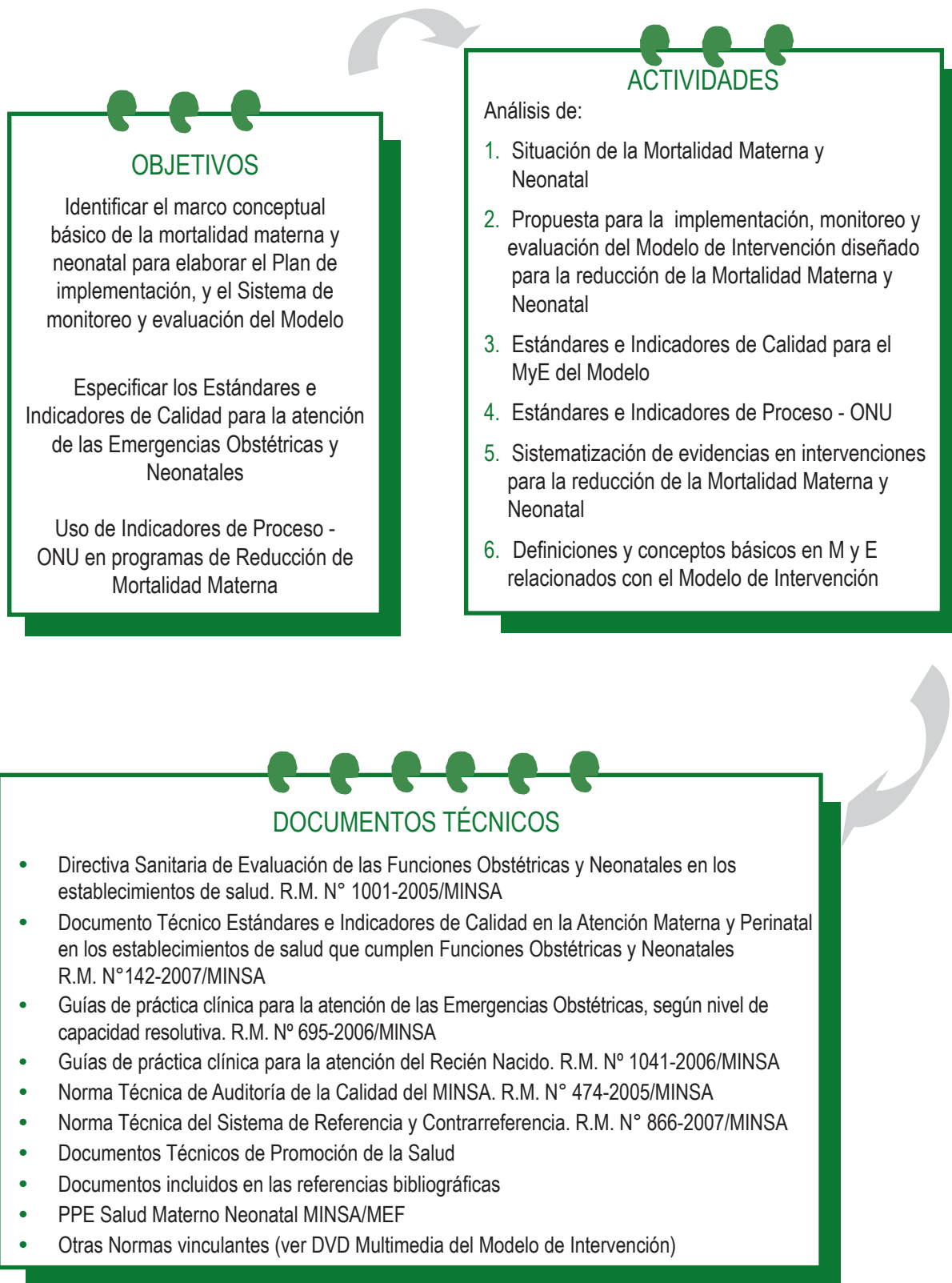
En el caso de no contarse con ellos, es necesario generar los mecanismos para lograrlos.



ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES:

I. MARCO CONCEPTUAL DE LA MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL. CAUSALIDAD Y USO DE LA EVIDENCIA PARA EL MONITOREO Y EVALUACIÓN

I. MARCO CONCEPTUAL DE LA MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL. CAUSALIDAD Y USO DE LA EVIDENCIA PARA EL MONITOREO Y EVALUACIÓN



1. SITUACIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL*

a. Situación de la Mortalidad Materna:

Existen una serie de factores causales que determinan las muertes maternas y neonatales. Las evidencias e investigaciones disponibles están permitiendo un mayor entendimiento del problema. Estos factores deben ser inter relacionados para abordar su intervención².

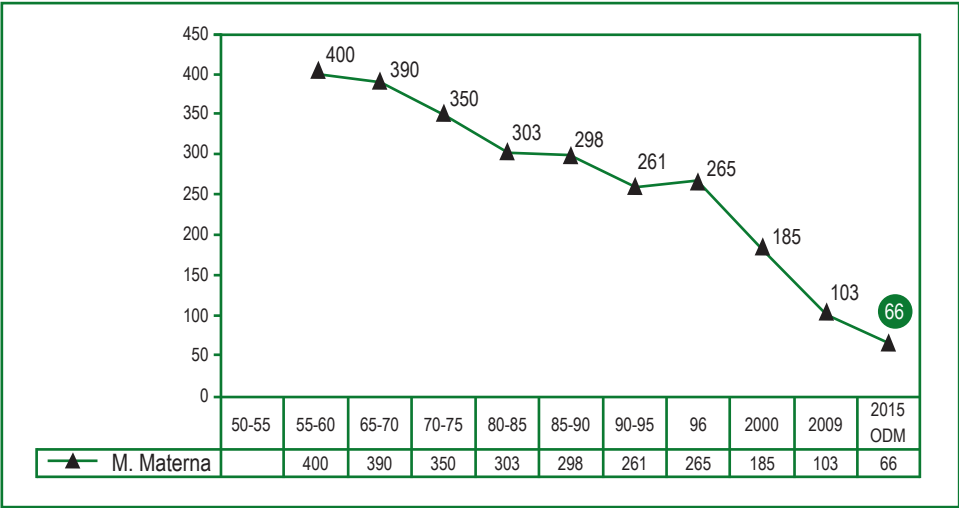
La literatura refiere varios modelos de marcos conceptuales para ayudar a entender los factores que determinan la mortalidad materna y neonatal (ver Documento técnico del Modelo de Intervención).

Cada año, más de medio millón de mujeres mueren por causas relacionadas con el embarazo, la mayoría de ellas ocurre en los países en desarrollo. El 40% de las mujeres embarazadas sufren problemas de salud relacionadas con el embarazo y 15% padecen complicaciones graves o de largo plazo³.

Cada año, alrededor de 11,000 mujeres mueren en América Latina y el Caribe de complicaciones asociadas a la gestación y el nacimiento. La mayoría de estas muertes eran prevenibles en la medida de que las gestantes hubiesen recibido una atención adecuada durante el embarazo, el parto y el período post natal. La magnitud de la inequidad en la mortalidad materna en las Américas se refleja en el hecho que el 20% de la población más pobre concentra el 50% de las muertes maternas, mientras que el quintil más rico solamente ocurre el 5% de estas muertes. Los embarazos en adolescentes, la mayoría no planeados, representan el 20% del total de los embarazos en muchos países, situación que implica grandes retos a esas futuras madres y sus niños⁴.

En el Perú, en el año 2008, murieron 536 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Según cifras oficiales de la Dirección General de Epidemiología del MINSA, la tasa de mortalidad materna para el año 2005 fue de 160 x 100,000 nacidos vivos, considerada muy alta de acuerdo a estándares internacionales, puesto que supera los 150 x 100,000 nacidos vivos⁵.

Gráfico N° 1
Evolución de la Mortalidad Materna en el Perú



Fuente INEI. ENDES 2009, DGE, 2015* META ODM

Del gráfico anterior, se puede notar que la mortalidad materna en el Perú ha disminuido de acuerdo a la información que se tiene desde 1955 hasta el 2009. La cifra oficial que tenemos, la tasa de mortalidad materna es de 103 defunciones x 100,000 nacidos vivos⁶.

La cifra que reporta el Ministerio de Salud para el año 2005 a través de la Dirección General de Epidemiología es que para el periodo 1995-2005 la tasa de mortalidad materna habría disminuido en 40%. (Es necesario

2 Ver referencia en el Documento Técnico del Modelo de Intervención. R.M. N° 223-MINSA
3 Cálculos recientes de la OMS, Fuente OMS: CO WAHT. OMS. 2006
4 Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave (Near Miss) en instituciones seleccionadas de América Latina. Comité de Mortalidad Materna y Perinatal FLASOG
5 MINSA. Presentación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Lima 2007
6 INEI. Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2009
* Información en Documento Técnico del Modelo de Intervención, DVD multimedia

considerar la situación crítica de sub registros en el sistema de salud). Especialistas en el tema señalan que, si no se toman medidas urgentes, es probable que el Perú no llegue a cumplir la meta establecida de reducir la mortalidad materna a 66 x 100,000 nacidos vivos para el año 2015.

Según la información de la DGE (MINSA), tomando la información del número absoluto de muertes maternas en 1997, se registró 769 MM. En el 2007, se registraron 513 MM; en una década, se habría reducido solo un 33.28%, tomando sólo como referencia para este cálculo los números de MM⁷.

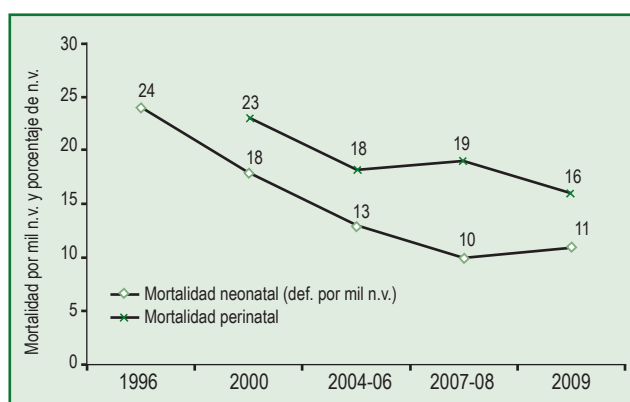
b. Situación de la Mortalidad Fetal y Neonatal:

Según la OMS, cada año, en la Región de América Latina, mueren más de 190,000 bebés durante los primeros 28 días de vida. El promedio regional de la tasa de mortalidad neonatal es de 14.3 por cada 1.000 nacidos vivos, mientras que la tasa de mortalidad perinatal es en promedio de 21.3 por cada 1.000 nacidos vivos. La mortalidad neonatal representa más del 60% de la mortalidad infantil y casi el 40% de la mortalidad de los menores de 5 años de edad⁸.

En el Perú, según ENDES 2009, en los últimos 15 años, la mortalidad infantil se redujo de 36 a 26 por cada 1000 nacidos vivos, mientras que la mortalidad neonatal se redujo (de 18 a 11 defunciones por mil nacidos vivos) En cuanto a la mortalidad perinatal, la tasa es de 16 x 1000 nacidos vivos⁹.

El 50% (ENDES 2006) de las muertes perinatales registradas correspondieron al periodo fetal, y 49% al neonatal precoz. El 7% (2,430) de muertes fetales se produjeron en el anteparto y el 48% (1554) en fetos que pesaron 2500 o más gramos. Del total de fetos muertos, el 15% (499) pesaron menos de 1000 gramos.

Gráfico N° 2
Evolución de la Mortalidad Neonatal y Perinatal en el Perú



Fuente INEI. ENDES 2009

El 79.36% (3,162) fueron muertes precoces, ocurrieron en la primera semana de vida. El 58.4% (1,874) de la mortalidad neonatal precoz se produjo dentro de las primeras 24 horas de vida. Así mismo, representó el 47% del total de muertes neonatales. El 44.3% (1,766) del total de recién nacidos pesaron 2500 gramos o más; y el 10.26% (409) de muertes neonatales ocurrieron en neonatos que pesaron al nacer menos de 1000 gramos.

Con relación a las causas de mortalidad neonatal, la asfixia constituyó la primera causa en el año 2006 con el 24% de todas las muertes, las infecciones contribuyeron con el 14%, el distrés respiratorio con el 10% y las malformaciones congénitas con el 9%.

Las cifras observadas tanto para mortalidad materna como para mortalidad neonatal sitúan al Perú entre los tres primeros países de Latinoamérica con estos problemas sanitarios, razón por la cual durante los últimos cinco años el Estado, con apoyo de diversas entidades cooperantes ha priorizado sus acciones

7 Ministerio de Salud. Presentación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Evaluación Nacional. Oct.2008

8 OPS. Estrategia y plan de acción regional para la salud neonatal en el marco del continuo de la atención materna, recién nacido y niñez, 2008-2015

9 INEI Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES 2009

S. Estrategia y plan de acción regional para la salud neonatal en el marco del continuo de la atención materna, recién nacido y niñez, 2008-2015

en la búsqueda de mejorar la salud materna y neonatal, sobre la base de evidencia desarrollada en varios países y que permiten cambiar estas cifras.

El Ministerio de Salud, en su esfuerzo de mejorar la situación de la salud materna y neonatal en el país, con el apoyo de las agencias cooperantes, ha desarrollado diferentes intervenciones en las regiones, que orienta los esfuerzos en mejorar las capacidades resolutivas de la oferta de servicios y otros dirigidas a la movilización de la demanda.

Según información del Ministerio de Salud, las regiones con alta ruralidad pese haber incrementado los partos institucionales, todavía enfrentan el desafío de incrementar el uso de los servicios por parte de las mujeres gestantes que sufren complicaciones obstétricas y de sus RN que sufren emergencias neonatales. Estas todavía no acceden oportunamente a servicios con calidad, que es, entre otras causas, una de las razones, de las altas tasas de mortalidad y morbilidad materna neonatal en estas zonas.

Para ser más eficiente en la reducción de la MMN, el MINSA ha considerado identificar estrategias costo efectivas, sistematizarlas y volverlas a socializar en el nivel nacional para reorientar esfuerzos desde el sector. Asimismo se busca la voluntad política en todos los niveles, la participación social y la movilización de todas las fuentes posibles para su implementación, teniendo en cuenta que el Perú aún es un país en vías de desarrollo, pluricultural y donde los recursos destinados a la inversión social todavía no son suficientes¹⁰. (Ver referencia complementaria en el Plan Estratégico Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015)

En este contexto, la región Ayacucho, desde el año 2000, fue uno de los pioneros en la organización de las Redes Obstétricas y Neonatales, los diferentes procesos se fueron enriqueciendo con la participación de los diferentes proyectos que desde esa fecha han intervenido en la región, estas evidencias generan el Modelo de intervención. (Ver Anexo N° 1: Contribución de otros proyectos, programas, agencias de la cooperación y del Sector en el esfuerzo de mejorar la salud Materna y Neonatal en la región Ayacucho en el periodo del estudio 2000-2005).

2. PROPUESTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL MODELO DE INTERVENCIÓN DISEÑADO PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL

2.1 Consideraciones previas que potencian la necesidad del MyE en las intervenciones para reducir la Mortalidad Materna y Neonatal

⇒ Marco internacional

Los compromisos del Estado Peruano en distintos espacios internacionales, a favor de la salud materna y neonatal, exigen, cada vez, reportar de manera permanente el logro de estos indicadores sanitarios de manera sostenible en los próximos años.

En este contexto, los compromisos internacionales que el Perú ha suscrito señalan la reducción de la Mortalidad Materna como un meta clave del desarrollo, entre ellos: La iniciativa de la maternidad segura, Nairobi (1987), la Cumbre de la Infancia (1990), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994), la Cuarta Conferencia sobre la Mujer (1995), y la Sesión Especial de la Asamblea General sobre la Niñez (2002).

En la Cumbre del Milenio, celebrada en el 2000, los Estados miembros de las Naciones Unidas acordaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en los que se exhorta a reducir en $\frac{3}{4}$ la mortalidad materna y mejorar la salud infantil antes del año 2015.

Para América Latina y el Caribe (ALC), la 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana adoptó una meta a medio plazo para reducir la mortalidad materna a menos de 100 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos.

Desde una perspectiva del desarrollo, la mortalidad materna es considerada como un indicador altamente sensible para evaluar el desempeño de los sistemas de salud de los países, toda vez que hace una evaluación rápida de las funciones de salud y de la capacidad de respuesta desde los servicios, la gestión y eficiencia del gasto público.

En el caso de mortalidad neonatal, OMS refiere que en América Latina mueren más de 190,000 bebés, durante los primeros 28 días de vida. El promedio regional de la tasa de mortalidad neonatal es de 14.3

10 Propuesta de enfoque de la mortalidad materna a nivel nacional desde la causalidad que fue trabajada por el MINSA a través de PARSalud

por cada 1.000 nacidos vivos, mientras que la tasa de mortalidad perinatal es en promedio de 21.3 por cada 1.000 nacidos vivos. La mortalidad neonatal representa más del 60% de la mortalidad infantil y casi el 40% de la mortalidad de los menores de 5 años de edad¹¹. Estas cifras han alertado a los tomadores de decisiones en la búsqueda de implementar mejores servicios no solamente obstétricos sino también neonatales.

⇒ El contexto nacional y las normas vigentes

Por otro lado, en el contexto nacional, el Acuerdo Nacional, el Plan Concertado en Salud y el Acuerdo de Partidos Políticos en Salud respaldan los objetivos sanitarios nacionales para reducir la Mortalidad Materna y Neonatal.

Los objetivos sanitarios exigen implementar acciones que permitan alcanzar el logro de las metas establecidas y, por lo tanto, hacer mediciones que establezcan, el progreso de los objetivos.

Objetivos sanitarios nacionales 2007-2020

1. Reducir la mortalidad materna

- ✓ Reducir el embarazo adolescente
- ✓ Reducir la complicaciones del embarazo, parto y puerperio
- ✓ Incrementar el parto institucional en zonas rurales y de extrema pobreza
- ✓ Ampliar el acceso a la planificación familiar

2. Reducir la mortalidad infantil

- ✓ Reducir la mortalidad perinatal, especialmente, en zonas de mayor exclusión social y económica

⇒ Los Programas del Estado

Como ha sido descrito ampliamente en el Documento Técnico del Modelo, el Estado esta destinando recursos para reducir la Mortalidad Materna y Neonatal a través de Presupuesto por Resultados (PpR)¹²; este es un nuevo enfoque que el Estado Peruano está empezando a utilizar para asignar los recursos públicos, pero que nos conduzca a obtener resultados. Es así, que exige a los niveles sub nacionales hacer mediciones de sus intervenciones, que permita conocer el logro de los resultados sanitarios de la salud materna y neonatal con prioridad en las regiones pobres del país.

Actualmente ya existen diversos PPE elaborados con metas al 2011; uno de ellos es el PPE de Salud Materno Neonatal cuyas metas son de reducir la MM de 185 x 100 mil nv a 120 x 100 mil nv y la TMN de 17.4 x 1,000 nv a 14.6 x 1,000 nv.

Esta situación hace expresa la necesidad de armonizar inter sectorialmente las intervenciones del Estado, las acciones y resultados de los programas sociales vigentes.

⇒ Rectoría del MINSA - Plan Nacional Estratégico para reducir la Mortalidad Materna y Perinatal 2009 - 2015 (Aprobado con R.M. N° 207-2009/MINSA del 27 de marzo 2009)

En el MINSA, la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva es la responsable de conducir el diseño, ejecución e implementación del Plan Nacional Estratégico para la Reducción de la Muerte Materna y Perinatal. Este se sostiene en los compromisos internacionales de carácter vinculante que el país ha asumido en materia de Derechos Humanos, Derechos Sexuales y Reproductivos, y de Derecho a la Igualdad de las Mujeres; en los compromisos del Estado en materia de salud; en el compromiso sobre el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio con las Naciones Unidas, en las prioridades sanitarias que fueron determinadas en el Acuerdo Nacional, así como en el Plan Nacional Concertado de Salud 2007-2020.

Es por ello necesario focalizar mejor nuestras intervenciones haciéndolas más eficaces y costo efectivas, por lo que el MINSA con el apoyo de las Agencias de Cooperación han hecho el esfuerzo de recoger las evidencias desarrolladas en las intervenciones regionales en el marco de la organización de las redes obstétricas y neonatales en las zonas rurales con la finalidad de mejorar la disponibilidad de los servicios de salud, la calidad de la atención, el incremento del uso de los servicios por parte de la población que sufre las complicaciones de las Emergencias Obstétricas y Neonatales que son causantes de las muertes.

Desarrollar el Modelo de Intervención en las regiones donde se inician las primeras etapas del Aseguramiento Universal (Ley N° 29334) contribuirá en el fortalecimiento de la gestión de la oferta de los servicios, según

11 OMS. Estrategia y plan de acción regional para la salud neonatal en el marco del continuo de la atención materna, recién nacido y niñez, 2008-2015

12 Directiva General para la Programación y Formulación del Presupuesto del Sector Público - Enfoque por Resultados. Diario Oficial El Peruano R.D. N° 002-2009 - EF/76.01, el 23 de mayo de 2009

niveles de capacidad resolutive y, así mismo, de las capacidades del personal de salud desde el nivel local.

2.2 Enfoque del Modelo: Focalizar la atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales reduce las causas de Muerte Materna y Neonatal

Las causas directas de muerte materna se deben a complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Las causas de mayor frecuencia son: hemorragia, preeclampsia / eclampsia, sepsis, complicaciones del aborto, parto obstruido, embarazo ectópico y ruptura uterina. De esta manera, se van visualizando las funciones obstétricas, necesarias a cumplir por los establecimientos de salud que tienen que resolver dichos problemas. Una característica importante de estas condiciones es que ocurren en su mayoría durante o cerca del parto. Por ejemplo, la hemorragia por retención de placenta durante el parto, retención de restos placentarios o por atonía uterina que sucede en el post parto inmediato; o la preeclampsia/eclampsia, que se da poco antes del parto o en el puerperio temprano.

Así, teóricamente, en el contexto internacional se, describen las intervenciones para reducir o prevenir las muertes maternas. Estas podrían darse a tres niveles¹³: a) reducir las posibilidades de embarazo, b) reducir las posibilidades que la mujer embarazada experimente complicaciones durante el embarazo o parto, y c) reducir las posibilidades de muerte entre mujeres que experimentan complicaciones.

a) Reducir las posibilidades de embarazo

Este primer nivel estaría orientado a evitar los embarazos no deseados o no programados, mediante la planificación familiar. Al haber menos embarazos, habría menos mujeres en riesgo de sufrir complicaciones obstétricas y, por lo tanto, menos muertes maternas. La lógica es clara, pero cubriría solo una parte del problema, pues ocurrido un embarazo seguiría el riesgo de muerte materna, ya que el objetivo de esta intervención no es evitar todos los embarazos.

b) Reducir las posibilidades de que la mujer embarazada experimente complicaciones durante el embarazo

Este nivel está orientado a la identificación de gestantes para realizar intervenciones dirigidas a prevenir posibles complicaciones. Es indudable que gestantes con ciertas condiciones están en mayor riesgo de sufrir complicaciones, como las mujeres adolescentes o mayores de 35 años, con ciertas condiciones médicas, multiparidad (mayor riesgo de atonía uterina o núlparas con mayor propensión de preeclampsia).

Sin embargo, estos factores de riesgo, exceptuando algunos pocos casos, tienen muy poco valor predictivo para identificar a las gestantes que sufrirán complicaciones. En el mejor de los casos, los factores de riesgo identificarían el 30% de gestantes que sufrirán alguna complicación. La mayoría de las complicaciones y muertes ocurren de manera inesperada y en gestantes aparentemente sin factores de riesgo. Hay que considerar como acciones preventivas de complicaciones el manejo activo del alumbramiento para reducir la hemorragia postparto y la reducción de la sepsis puerperal con el uso de medidas higiénicas preventivas y evitar tactos vaginales frecuentes en el monitoreo y evaluación obstétrica durante la labor de parto.

c) Reducir las posibilidades de muerte entre mujeres que experimentan complicaciones (Enfoque de los cuidados obstétricos de emergencia (COEm), propuesto por Deborah Maine y Colab)

La intervención del modelo FEMME se centró en esta última, que promueve el fortalecimiento y organización de los servicios rurales para lograr los estándares mínimos de infraestructura, equipamiento, personal de salud, insumos, medicamentos, equipos, además de servicios de salud que brindan atención 24 horas. Este proceso de organización progresiva y movilizador hasta los actores locales es conocido como Redes Obstétricas y Neonatales.*

Por lo tanto, el acceso rápido a los establecimientos que brindan atención de las EMON, debe ser el esfuerzo principal para reducir muertes de los RN y de las mujeres embarazadas que sufren complicaciones, con prioridad en las regiones con alta ruralidad y dispersas. Esto se basa en varias premisas: 1) una proporción de mujeres embarazadas desarrollará complicaciones obstétricas (15% de las gestantes esperadas van a sufrir emergencias obstétricas mayores que causan MM); 2) la mayor parte de estas complicaciones mayores prevenidas o evitadas; y 3) por lo tanto, las mujeres que sufren de complicaciones mayores necesitarán atención rápida para salvar sus vidas y prevenir discapacidad y morbilidad a largo plazo. Significa que el foco está centrado en brindar servicios con calidad para mujeres con complicaciones obstétricas mayores que causan muerte materna y atención oportuna en este mismo enfoque de las complicaciones de los RN, que garantice que todas las mujeres embarazadas y los RN puedan tener acceso a servicios con FON de calidad¹⁴.

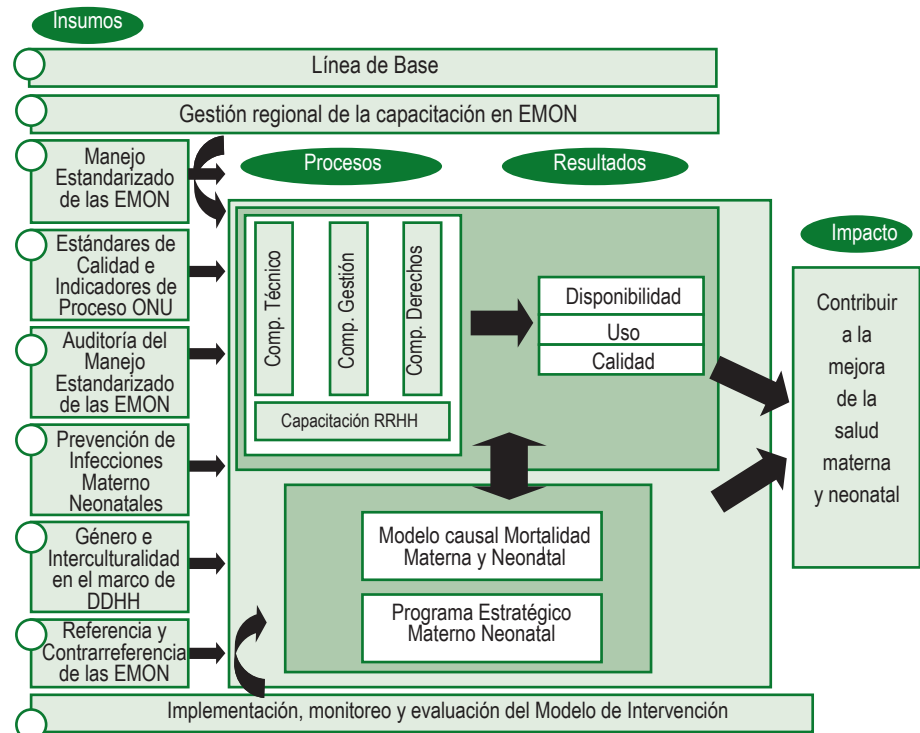
13 Deborah Maine. Programa AMDD. Universidad de Columbia. 1997

14 Deborah Maine, Universidad de Columbia y N.T. Funciones Obstétricas y Neonatales. MINSA. 2005

* Región Ayacucho validó Modelo de Intervención de la RON con calidad que brindan atención de las EMON en zonas rurales y dispersas

Sobre la base de lo observado en los diversos procesos generados para la disminución de la Mortalidad Materna y Neonatal, y considerando como base el enfoque del proyecto FEMME, además de lo planteado por MINSA/MEF para el tema Presupuesto por Resultados, presentamos el siguiente gráfico que trata de resumir y relacionar dichas actividades incluidas en los modelos desarrollados en la lógica causal de intervención (ver Gráfico 3: Documento Técnico del Modelo de Intervención R.M. N° 223-2009/MINSA).

Gráfico N° 3
Propuesta del Modelo de Intervención



Fuente: CARE Proyecto FEMME.

Como vemos, la propuesta incorpora los factores determinantes repasados en el modelo lógico causal, y que se complementan para poder lograr el impacto deseado en la mejora de la salud materna y neonatal. Así mismo, el Estado resalta la importancia del componente económico enlazado a las actividades de atención misma, pues, como bien sabemos, la incorporación y generación de procesos a partir de la mejora de la oferta amerita inversión pública. Para ello, actualmente, se maneja el Presupuesto por Resultados en los niveles ejecutores, en el marco de la lógica causal ya descrita en el Documento Técnico del Modelo de Intervención.

La implementación del Modelo de Intervención propuesto puede ser desarrollada desde el nivel de las redes de salud o desde nivel del ámbito regional, el cual se convierte en una alternativa para fortalecer los establecimientos de salud a través de las Redes Obstétricas y Neonatales en las zonas más dispersas a través de la disponibilidad de servicios que brinden FON debidamente implementados. Desde allí, se desarrolla un conjunto de procesos de fortalecimiento de capacidades relacionados con las habilidades y destrezas en el manejo de las EMON, según niveles de atención, gestión y fortalecimiento de los servicios, implementación de procesos de mejora de la calidad, manejo estandarizado de las EMON, calidad de las referencias, manejo de eventos adversos y prevención de infecciones, mejora de la calidad de la información desde el nivel local a través del uso de registros estandarizados y, finalmente, mejoras desde una perspectiva de la promoción de los derechos humanos en salud.

2.3 Monitoreo y Evaluación del Modelo

⇒ Iniciar con la Línea de Base

Para lograr resultados sanitarios en salud materna y neonatal es necesario definir con claridad el estado inicial (LB) las acciones a implementarse, definir mecanismos claros para el monitoreo y evaluación permanente de los procesos implementados y hacer mediciones de un periodo de un año (indicadores de procesos) para ir evaluando los logros en la salud materna y neonatal.

Podemos mencionar también que, actualmente, las evaluaciones de oferta de los servicios de salud, que hacen las regiones de salud, son aproximaciones de diagnósticos relacionados con las necesidades de la implementación de las Redes Obstétricas y Neonatales. Algunas de ellas son: necesidad de fortalecer la disponibilidad de servicios que brinden atención de EMON las 24 horas, con personal de salud calificado, equipos operativos, medicamentos y suministros disponibles, organización y desarrollo de procesos relacionados con la calidad de atención, gestión de la calidad, medios de transporte y comunicación para referencias de las emergencias desde la comunidad y los servicios de salud, funcionamiento de centros de abastecimiento de sangre segura, y necesidad de recursos para la supervisión capacitante a nivel de la Red Obstétrica y Neonatal de la región.

Se ha sistematizado la propuesta del Plan de Estudio para la Línea de Base, el cual contiene además los instrumentos validados (a. para el estudio de la oferta de servicios y b. estudio desde la perspectiva de la comunidad), que son parte de los documentos adjuntos en el presente Módulo. (Ver referencia del DVD Multimedia del presente Modelo)

3. ESTÁNDARES E INDICADORES DE CALIDAD PARA EL MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL MODELO

Para la implementación, MyE del Modelo, se tomará como base las Normas Técnicas del Ministerio de Salud, relacionadas con:

- ✓ Estándares e Indicadores de Calidad de los Establecimientos con FON
- ✓ Directiva Sanitaria de evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los establecimientos de salud
- ✓ Norma Técnica de Calidad y Auditoría en salud
- ✓ Sistema de Referencia y Contrarreferencia
- ✓ Categorización de los servicios de salud
- ✓ Prevención de infecciones
- ✓ Promoción de la salud (interculturalidad)
- ✓ Fortalecimiento de las competencias del personal de salud a través del CDC y otras vinculantes. (Ver DVD Multimedia)

Para el caso del Perú, las Funciones Obstétricas y Neonatales son las actividades relacionadas con la identificación, atención, seguimiento y cuidado en el proceso de la gestación, parto, puerperio y recién nacido y de la atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales que pudieran presentarse, de acuerdo al nivel de complejidad de los establecimientos de salud y del rol que cumplen en el sistema de salud local. Para el MINSA se clasifican de la siguiente manera¹⁵ (en adelante tomar en cuenta la actualización que el MINSA realice de la presente Norma).

3.1 Funciones Obstétricas y Neonatales, según niveles de atención

(Para mayor información ver la Directiva Sanitaria de evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los establecimientos de salud y el Documento Técnico Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los establecimientos de salud que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales).

| FON | FUNCIONES | INDICADORES |
|------|--|---|
| FONP | Comprende las actividades en el área materna, perinatal y planificación familiar que no pueden dejar de realizar aquellos establecimientos que cuentan con personal técnico en salud y/o profesionales de la salud. Dichos establecimientos, generalmente, | <ul style="list-style-type: none">• Porcentaje de gestantes en trabajo de parto que no pueden ser referidas y tienen el partograma registrado, según la norma• Porcentaje de gestantes que han tenido su parto en el establecimiento con FONP y que reciben 10 UI de Oxitocina intramuscular dentro del minuto después del nacimiento del bebé |

15 MINSA. R.M. 142-2007. Estándares y Atributos de Calidad de la Atención Materna Perinatal

| | FUNCIONES | INDICADORES |
|------|--|---|
| FONP | Brindan atención de 12 horas y, eventualmente, 24 horas. No cuentan con sala de partos, laboratorio, ni tampoco con hospitalización (mayormente, Puestos de Salud) | <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de gestantes que presentan una emergencia obstétrica y acuden a establecimiento con FONP, que son diagnosticadas, estabilizadas y referidas (DER), según la norma • Porcentaje de neonatos que presentan una emergencia y son llevados al establecimiento con FONP y que son diagnosticados, estabilizados y referidos (DER) de acuerdo a la norma |
| FONB | Comprende las actividades en el área materna, perinatal y planificación familiar que no pueden dejar de realizar los establecimientos que cuentan con personal profesional: médico, obstetra y enfermera. Dichos establecimientos, generalmente, brindan atención de 24 horas y cuentan con sala de partos, laboratorio, área de atención inmediata del recién nacido y hospitalización. No cuentan con Centro Quirúrgico (mayormente, Centros de Salud) | <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de gestantes en trabajo de parto que tienen registrado el partograma según la norma • Porcentaje de gestantes que han tenido su parto en el establecimiento con FONB y que reciben 10 UI de Oxitocina intramuscular dentro del minuto después del nacimiento del bebé • Porcentaje de gestantes con hipertensión arterial inducida por el embarazo: preclampsia severa y eclampsia que acuden al establecimiento con FONB y son diagnosticadas, estabilizadas y referidas (DER), según norma. • Porcentaje de gestantes con hemorragia obstétrica moderada o severa, que acuden al establecimiento con FONB y son diagnosticadas, estabilizadas y referidas (DER), según norma. • Porcentaje de gestantes y puérperas con sepsis, que acuden al establecimiento con FONB y son diagnosticadas, estabilizadas y referidas (DER), según norma • Porcentaje de neonatos que presentan una emergencia y son llevados al establecimiento con FONB y son diagnosticados, estabilizados y referidos (DER), según norma |
| FONE | Comprende las actividades en el área materna, perinatal y planificación familiar que no pueden dejar de realizar aquellos establecimientos que cuentan con personal profesional especializado. Dichos establecimientos brindan atención especializada 24 horas (Hospitales) | <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de gestantes en trabajo de parto que tienen registrado el partograma, según la norma • Porcentaje de gestantes que han tenido su parto en el establecimiento con FONE y que reciben 10 UI de Oxitocina intramuscular dentro del minuto después del nacimiento del bebé • Porcentaje de gestantes con hipertensión arterial inducida por el embarazo: preclampsia severa y eclampsia que acuden al establecimiento con FONE y reciben tratamiento, según norma • Porcentaje de gestantes con hemorragia obstétrica severa o shock hipovolémico, que acuden al establecimiento con FONE y reciben tratamiento, según norma • Porcentaje de gestantes y puérperas con sepsis, que acuden al establecimiento con FONE y reciben tratamiento según norma • Porcentaje de recién nacidos que presentan APGAR menor de 7 al minuto y que al ser reanimados presentan un APGAR igual o mayor de 7 a los cinco minutos |
| FONI | Comprende las actividades en el área materna, perinatal y planificación familiar que no pueden dejar de realizar los establecimientos que brindan atención especializada las 24 horas y cuentan con sala de partos, área de atención inmediata del recién nacido, hospitalización, centro quirúrgico, además de tener implementada la Unidad de Cuidados Intensivos Materna y Neonatal | <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de gestantes en trabajo de parto que presentan alguna complicación severa que pone en riesgo su vida, que son atendidas por un especialista en gineco obstetricia, con la asistencia del especialista en la patología motivo de la complicación • Porcentaje de recién nacidos menores de 1500 gramos y que son atendidos en la UCI neonatal • Porcentaje de recién nacidos que presentan asfixia severa y que han sido atendidos en UCI • Porcentaje de recién nacidos con ventilación asistida y que cuentan con valoración de gases en sangre • Porcentaje de puérperas con complicaciones severas que son monitorizadas electrónicamente en forma permanente durante todo el período de estado crítico |

4. ESTÁNDARES E INDICADORES DE PROCESO - ONU

La Guía para Monitorear la Disponibilidad y Uso de los Cuidados Obstétricos (Guide for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services), elaboradas por UNICEF, OMS y FNUAP en 1997, claramente describe la importancia de la información contenida en los Indicadores de Proceso de la ONU, y cómo recopilar e interpretar los datos.

Existe ahora un consenso internacional para hacer más seguros el embarazo y el parto, que incluye el asegurar que las mujeres con complicaciones obstétricas reciban oportunamente la atención médica necesaria. Los cuidados en la atención de las emergencias maternas son necesarios para manejar las complicaciones obstétricas directas que afectan al menos el 15% de las mujeres durante el embarazo, a la hora del parto o en el puerperio¹⁶. Por consiguiente, más gobiernos están integrando la atención de las emergencias obstétricas en el centro de los programas de salud materna, y reconocen la importancia de evitar la muerte y discapacidad entre las mujeres.

Los Indicadores de Proceso de la ONU se basan en la comprensión de que para prevenir las muertes maternas, se debe disponer de cierto tipo de cuidados obstétricos. Los Indicadores de Proceso de la ONU le indicarán si estos servicios están disponibles en suficiente cantidad, y si las mujeres que más los necesitan –aquellas que sufren una emergencia obstétrica que pone en peligro su vida, en realidad los usan. Los Indicadores de Proceso de la ONU nos indicará acerca de la calidad de la atención, aún cuando otras herramientas sean necesarias para investigar más a fondo la calidad. Los indicadores pueden ser usados tanto para hacer un diagnóstico de necesidades con el propósito de diseñar programas, como para monitorear el progreso de la implementación de dichos programas.

Los seis Indicadores de Proceso de la ONU son:

1. Cantidad de servicios que brindan atención de emergencias obstétricas
2. Distribución geográfica de los establecimientos que brinda EMO
3. Proporción de todos los nacimientos en los establecimientos que brindan atención de emergencias obstétricas
4. Necesidad satisfecha de los servicios en aquellos que brindan atención de emergencias obstétricas
5. Cesáreas como porcentaje de todos los nacimientos entre la población
6. Tasa de letalidad obstétrica

Cada uno de los indicadores tiene estándares de niveles aceptables –con los cuales se pueden comparar los datos reales. Los Indicadores de Proceso de la ONU y los niveles recomendados, (ver Anexo del Documento Técnico del Modelo de Intervención), que se han adaptado para los niveles sub regionales en el país, y que toman en cuenta la evidencia desarrollada, seguirán en proceso de adaptación en las regiones.

5. SISTEMATIZACIÓN DE EVIDENCIAS EN INTERVENCIONES PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL

Se han podido identificar un conjunto de estudios que documentan la efectividad de intervenciones orientadas a resolver las Emergencias Obstétricas y Neonatales. A continuación, presentaremos algunas evidencias específicas, pues el total de la literatura disponible sobre el tema es amplio. Para cada uno de los principales temas relacionados con la salud materna se brinda en los anexos un grupo de evidencias esquematizadas¹⁷.

- a. Un estudio de cohortes en una zona rural de la India documentó los resultados obstétricos y los costos del cuidado de mujeres residentes en 25 aldeas cercanas al pueblo de Jamkhed, lugar de un proyecto de salud rural. Entre otras intervenciones, este proyecto se llevó a cabo en un hospital que admitía 4000-5000 pacientes al año y que entrenaban trabajadores de salud para la zona rural. Estos trabajadores identificaban y seguían a las mujeres gestantes en sus aldeas, y registran detalles relevantes del embarazo y parto, e incluían el lugar del parto y las complicaciones que se presentasen.

En total, hubo 2861 partos de gestaciones ≥ 24 semanas. La mayoría de éstos (85%) ocurrieron en el domicilio, generalmente atendidos por un miembro de la familia. 23% de los partos domiciliarios fueron atendidos por los trabajadores de salud rurales y 4% por otras personas (médicos privados, trabajadores

16 La investigación ha demostrado que, aun en los países desarrollados, cerca del 15% de las mujeres embarazadas pueden tener complicaciones. Guía para monitorear la Disponibilidad y Uso de los Cuidados Obstétricos. UNICEF, OMS, FNUAP. 1997

17 Se citan las referencias más concretas de la literatura internacional, recopiladas la mayoría por Deborah Maine. Esta evidencia y la incorporada como anexo a este documento han permitido desarrollar el actual Modelo Conceptual de la Mortalidad Materna, esbozado por el MINSA/PARSalud en el año 2005

de salud gubernamentales o parteras tradicionales). Aproximadamente, 15% de las gestantes tuvieron complicaciones durante el embarazo, pero ellas tuvieron mayor probabilidad de tener parto en un hospital o un centro de salud privado (79%), una situación que los autores atribuyen al conocimiento de la población de los signos de alarma de complicaciones obstétricas y la disposición de buscar atención especializada (auto-referencia).

- b. En Guinea Bissau, África, de 10,931 gestaciones registradas en una cohorte de 6 años, 85 resultaron en muerte materna. Además de las variables sociodemográficas y otras recogidas a nivel individual, el estudio consignó información de otros factores relacionados a la disponibilidad y el uso de sistemas de salud: presencia de un puesto de salud en la comunidad, distancia al centro de salud más cercano y distancia al hospital más cercano. La mortalidad materna estuvo fuertemente asociada con una mayor distancia (6-25 Km. vs. 0-5 Km.) del Hospital. Una distancia mayor a 25 Km. incrementó aún más el riesgo de muerte materna.

Ni la presencia de una posta médica en la comunidad ni la proximidad a un centro de salud resultaron ser factores predictivos. En este estudio representativo del nivel nacional, más del 92% de la población de estudio vivía a 5 ó más kilómetros del hospital más cercano. Resultó que la mayoría de mujeres estudiadas tuvieron un riesgo incrementado de muerte materna debido a la falta de acceso a los hospitales.

- c. En Mali, un estudio prospectivo mostró que el acceso a los cuidados obstétricos no es suficiente si no es de buena calidad. Se hizo un seguimiento de todos los embarazos en un periodo de 3 años, desde la captación de la gestante hasta 1 año postparto. La RMM obtenida de 327 x 100 000 era consistente con los datos de otras zonas urbanas del oeste de África. Casi el 90% de las mujeres de la cohorte tuvieron sus partos en hospitales, y todas ellas tuvieron fácil acceso a cuidados obstétricos de emergencia.

Algunas de las causas de las muertes registradas sugieren atención obstétrica de mala calidad. Por ejemplo, una mujer falleció de hemorragia luego de ruptura uterina, a pesar de haber tenido un parto hospitalario; otras dos murieron de sepsis luego de partos por cesárea. Se concluyó que la escasa calidad de la atención obstétrica puede resultar en una RMM más alta de lo que se suele esperar en situaciones en las cuales los servicios con funciones obstétricas se encuentran disponibles.

- d. En el siglo XIX, las condiciones de vida (nutricionales, sanitarias, etc.) mejoraron en Europa y Norteamérica, lo que generó importantes reducciones de mortalidad infantil y mortalidad debido a enfermedades infecciosas, antes que la tecnología haya sido desarrollada para combatir directamente estas enfermedades en ese periodo, sin embargo, la mortalidad materna no se redujo.

Desde 1840 (cuando recién hubo disponibilidad de información sobre muertes maternas), en el Reino Unido, la mortalidad materna permaneció alta por más de un siglo, mientras las otras causas de muerte tuvieron una reducción dramática. En 1934, hubo en el Reino Unido (excepto Escocia) 441 muertes por 100 000 nacidos vivos, en 1950 hubo 87 y en 1960, 39. Esta reducción en la mortalidad se debió fundamentalmente a la disponibilidad de tecnología para el manejo de las emergencias obstétricas: antibióticos (las primeras sulfas y la penicilina), para el manejo de infecciones, bancos de sangre para transfusión y técnicas quirúrgicas seguras y apropiadas (cesárea).

- e. En Sri Lanka la Tasa de Mortalidad Materna se redujo a la mitad (de 1056 a 486) entre 1947 y 1950 (3 años). En Malasia, la TMM también se redujo a la mitad (de 534 a 282) en un periodo de 7 años (1950 - 1957). Ambos países lograron reducir nuevamente sus RMMs a la mitad en los 13 años subsiguientes y, en la actualidad, tienen muy bajos niveles de mortalidad materna. Estas reducciones dramáticas fueron atribuidas a la implementación de intervenciones paso a paso, de acuerdo con las capacidades de sus sistemas de salud.

Los esfuerzos iniciales, para la reducción de la mortalidad se focalizaron en mejorar la disponibilidad de los servicios, lo que se logró por medio de una red creciente de establecimientos rurales que fueron capaces de tratar y referir emergencias.

Una vez que la disponibilidad básica estuvo asegurada, los esfuerzos se dirigieron primero hacia incrementar el uso y luego hacia la mejora de la calidad. Los factores clave fueron la profesionalización de la atención obstétrica, pero no de manera aislada, sino como parte integral de una red creciente de establecimientos proveídos de medicamentos y equipamiento, con el respaldo de un sistema de referencia a establecimientos con mayor capacidad resolutoria (FONB/FONE/FONI) para el manejo de complicaciones, que no pudieron ser manejadas en establecimientos rurales (FONP).

Por último, el uso de información generada por medio de registros vitales, auditorías médicas, etc., permitió retroalimentar las experiencias obtenidas, las que faticitaron sostenibilidad del compromiso político inicial. La experiencia de estos países resulta instructiva y, además, paradigmática, puesto que las reducciones en la mortalidad materna ocurrieron cuando ambos países tuvieron productos brutos internos (PBI) per cápita bastante bajos y con gastos en salud bastante modestos (comparables a los gastos en salud y los PBI per cápita que se observan actualmente en muchos países muy pobres con alta RMM). Los estudios concluyen que los resultados extraordinarios obtenidos por Malasia y Sri Lanka no provinieron de su nivel de gasto, sino de haber definido las políticas correctas.

Existen diversas experiencias sobre la importancia del trabajo en mejorar las funciones obstétricas. Muchas de ellas han permitido su réplica a nivel nacional, como son las generadas en diversas regiones con altas tasas de mortalidad materna como Ayacucho, Huánuco y otras. Como ya se ha mencionado, las evidencias permiten la generación de un modelo causal para reconocer estos factores determinantes de la Mortalidad Materna. En el Anexo N° 8, se resumen las evidencias sustentatorias validadas de experiencias positivas para cada factor propuesto en el Modelo de Intervención.

6. DEFINICIONES Y CONCEPTOS BÁSICOS EN MONITOREO Y EVALUACIÓN RELACIONADOS CON EL MODELO DE INTERVENCIÓN

6.1 Monitoreo

Mecanismo de recolección, procesamiento, análisis, presentación y uso de la información que comprende la retroalimentación, mediante el cual –en forma continua, en todos los niveles–, se examina, la ejecución de actividades, productos y resultados intermedios para asegurar el cumplimiento del plan operativo del Modelo de Intervención.

El monitoreo a desarrollarse en el presente Modelo de Intervención estará orientado a:

- ✓ Apoyar la gestión centrada en la solución de problemas que se presentan durante la ejecución del Modelo
- ✓ Desarrollar capacidades de gestión de los actores participantes
- ✓ Ser fuente de análisis de la información (retroalimentación de los procesos)
- ✓ Seguimiento de las acciones estratégicas para el logro de los resultados
- ✓ Fortalecer las alianzas estratégicas con otros socios y actores locales
- ✓ Contribuir a la memoria institucional mediante la sistematización y lecciones aprendidas
- ✓ Servir de Línea de Base para otros proyectos

6.2 Evaluación

Conjunto de procesos que permite medir si el Modelo logra su propósito y contribuye, efectivamente, a la finalidad del mismo. Para ello, determina sistemáticamente la pertinencia y eficacia de las actividades y productos para lograr los efectos e impactos respecto a los beneficiarios previstos.

Se distinguen los siguientes tipos de evaluación:

6.2.1 Evaluación Interna:

Evaluación continua o de proceso: mediante el análisis permanente con el Equipo de Gestión de la Red Obstétrica y Neonatal de la DIRESA/DISA/GERESA, para evaluar la pertinencia de las acciones que contribuirán a alcanzar los efectos, resultados e impactos posibles en el periodo establecido de la intervención. Además se evaluará, si es necesario realizar ajustes en la intervención, y se desarrollará bajo una cultura institucional participativa.

6.2.2 Evaluación Externa (o Mixta):

Se hará uso de los siguientes tipos de evaluación:

- a. Evaluación temática: Se llevará a cabo con la finalidad de evaluar un aspecto en particular (ejemplo: capacitación de profesionales - pasantías, relación proveedor - usuaria, relación con socios, trabajo con los hospitales, trabajo con los gobiernos locales, con la comunidad y ACS, etc.).
- b. Evaluación de mitad de término: Se revisará el avance y logros alcanzados a medio término, con el fin de realizar ajustes, y/o focalizar mejor los esfuerzos del proyecto. Se concentrará en los procesos y los productos/resultados. En esta etapa, deberá identificarse las acciones claves para la transferencia de metodologías y experiencias validadas.
- c. Evaluación final: En esta etapa se identificarán los resultados alcanzados, los efectos y posibles impactos logrados del Modelo en el periodo de intervención. La evaluación determinará los procesos que deben tener continuidad para la sostenibilidad y replicabilidad de experiencias exitosas y validadas, así como lecciones aprendidas.
- d. Evaluación ex post: Mide el nivel de impacto alcanzado con relación a la finalidad prevista. (Se evaluará la pertinencia de su desarrollo concluida la intervención)

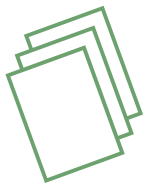
6.3 Indicador

Un indicador es un medio dirigido a demostrar un cambio o grado de avance a partir de características observables. Se entiende como un instrumento destinado a simplificar, medir y comunicar acontecimientos complejos y tendencias.

- ✓ Simplificar: La realidad tiene múltiples dimensiones, pero se toma los aspectos que uno considera relevantes.
- ✓ Medir: Permite demostrar el cambio (se hará comprobando el antes y después).
- ✓ Comunicar: Debemos transmitir información, dar cuenta, de la situación del cambio a los distintos actores a quienes nos interesa influenciar.

6.4 Meta

Es obtener un indicador cuantificado en los distintos niveles de la cadena lógica de la intervención.

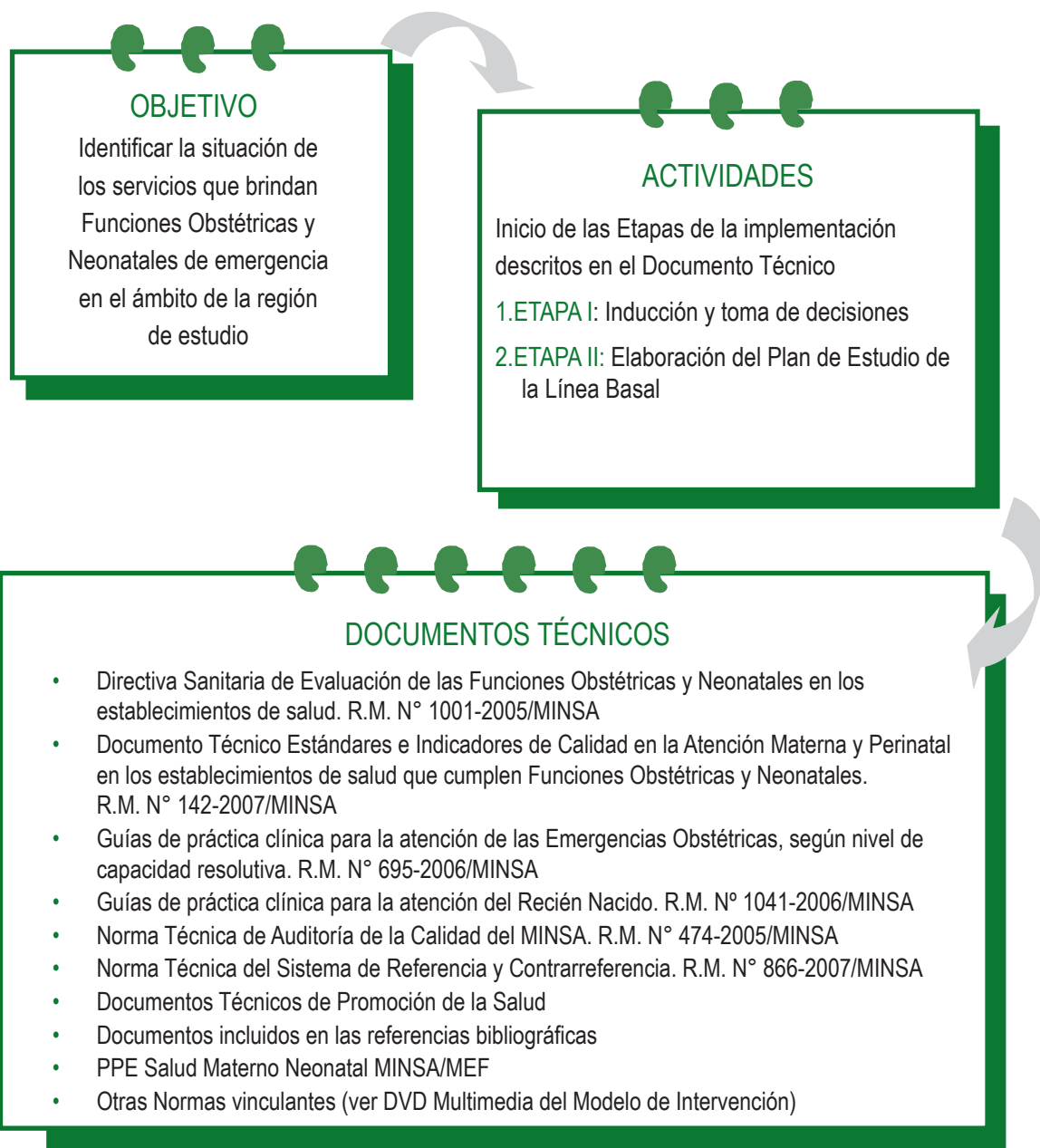


ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES:

II. MOMENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL MODELO PARA MEJORAR LA DISPONIBILIDAD, CALIDAD Y USO DE LOS ESTABLECIMIENTOS QUE CUMPLEN CON FUNCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES

MOMENTO 1: IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA PARA EL DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL MODELO (LÍNEA DE BASE). SOCIALIZACIÓN DEL ESTUDIO (RESULTADOS)*

A partir de este espacio, se describirán las Etapas de la implementación descritos en el Documento Técnico del Modelo de Intervención (R.M. N° 223-2009/MINSA)



INICIO DE LAS ETAPAS DE LA IMPLEMENTACIÓN

En el Documento Técnico del Modelo de Intervención, se describe los momentos (que para hacerlo más comprensible será desarrollado por etapas) a seguir para la implementación del Modelo. Este proceso debe tener el apoyo de las autoridades regionales, quienes han determinado como prioridad la intervención de estrategias para reducir la mortalidad materna y neonatal en la región.

a. El financiamiento para la Línea de Base (LB)

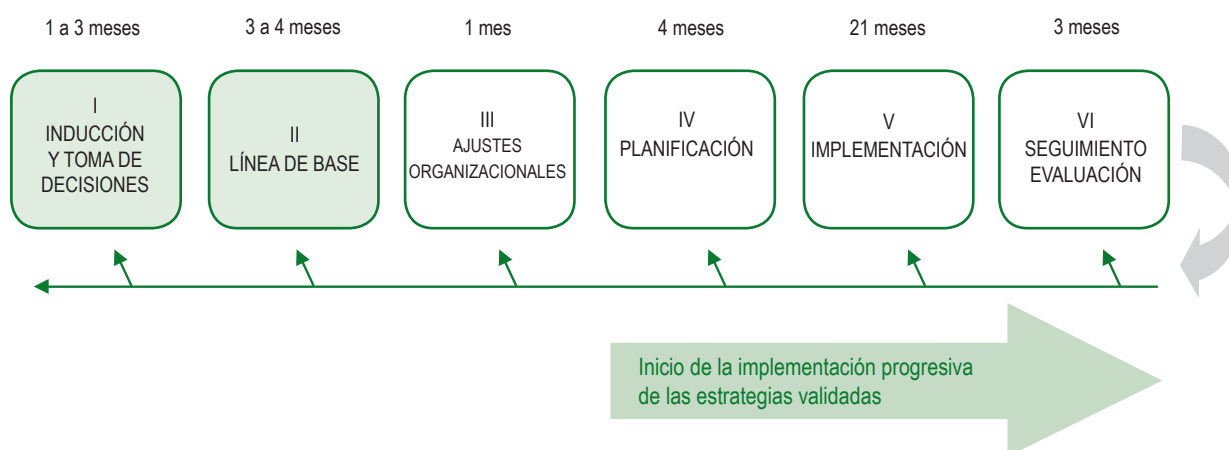
Para buscar el financiamiento de la LB es necesario que la Región de Salud cuente con el Plan de estudios de la LB el cual debe incluir: a) estudio de la oferta de servicios y b) estudio de la demanda.

Luego, se propone tres formas para buscar el financiamiento:

- ✓ La GERESA/DIRESA/DISA puede disponer de los fondos,
- ✓ La GERESA/DIRESA/DISA puede buscar fondos canalizando a fuentes donantes, empresas privadas,
- ✓ El Gobierno Regional ha aprobado y está en implementación un proyecto regional materno neonatal en el marco SNIP, cuyas líneas de acción, incluye desarrollar una LB,
- ✓ Otras fuentes posibles

b. ETAPAS para la implementación

La implementación del Modelo está organizada en seis Etapas, con tiempos sugeridos a partir de la experiencia desarrollada, los cuales son referenciales y dependerá de las dinámicas propias de las regiones o proyectos:



1. ETAPA I: INDUCCIÓN Y TOMA DE DECISIONES (1-3 Meses)

Es concebido como un momento que busca el apoyo y la decisión política para el desarrollo del Modelo. En este, se analiza los beneficios del Modelo, el interés regional e institucional y la factibilidad técnica, política y económica de su implementación.

Para ello, se convoca a los representantes del Gobierno Regional, Dirección de Salud, Equipos de gestión, Universidad local, Colegios profesionales, comunidad organizada y otros actores representativos de la localidad y entidades financieras, con la asistencia técnica del EQUIPO GESTOR NACIONAL DEL MODELO DE INTERVENCIÓN, se realiza el análisis respectivo para luego arribar al compromiso de la implementación respectiva. Este momento también abarca la definición del EQUIPO GESTOR/ CONDUCTOR REGIONAL, los niveles de coordinación y la firma de convenios con entidades técnicas y financieras para la implementación. Los objetivos que se proponen para este momento son:

- ✓ Analizar la viabilidad política, técnica y financiera de la implementación del Modelo
- ✓ Decidir la implementación del Modelo a partir de información relevante, evidencias y análisis de la viabilidad

Para ello, se sugiere la realización de las siguientes actividades:

- ✓ Convocatoria de actores claves
- ✓ Reuniones técnicas para tomar decisiones a partir de información relevante:

- Análisis de la factibilidad política de la implementación del Modelo en la región
 - Análisis de la factibilidad técnica de la implementación del Modelo en la región, para lo cual se debe revisar la situación de la salud materna y neonatal de la región y el presente modelo como alternativa de mejora de la situación (es posible adaptaciones de las estrategias)
 - Análisis de la factibilidad financiera de la implementación del Modelo en la región
 - Conformación del Equipo Gestor Regional - Niveles de Coordinación Nacional y Regional - Plan de trabajo - Acuerdos y compromisos
 - ✓ Emisión de Resoluciones y Normas legales
 - ✓ Firma de convenios o contratos
- Los productos que se espera alcanzar son:

- ✓ Acta de compromiso para la implementación del Modelo en la región, firmada por actores claves
- ✓ Equipo Gestor Regional conformado y formalizado
- ✓ Niveles establecidos de Coordinación Nacional y Regional
- ✓ Plan de trabajo del Equipo Gestor Regional
- ✓ Resoluciones y normas que regulan la implementación del Modelo, emitidas y firmadas
- ✓ Convenios o contratos firmados
- ✓ Compromiso de Financiamiento por actores claves para elaboración de la Línea de Base

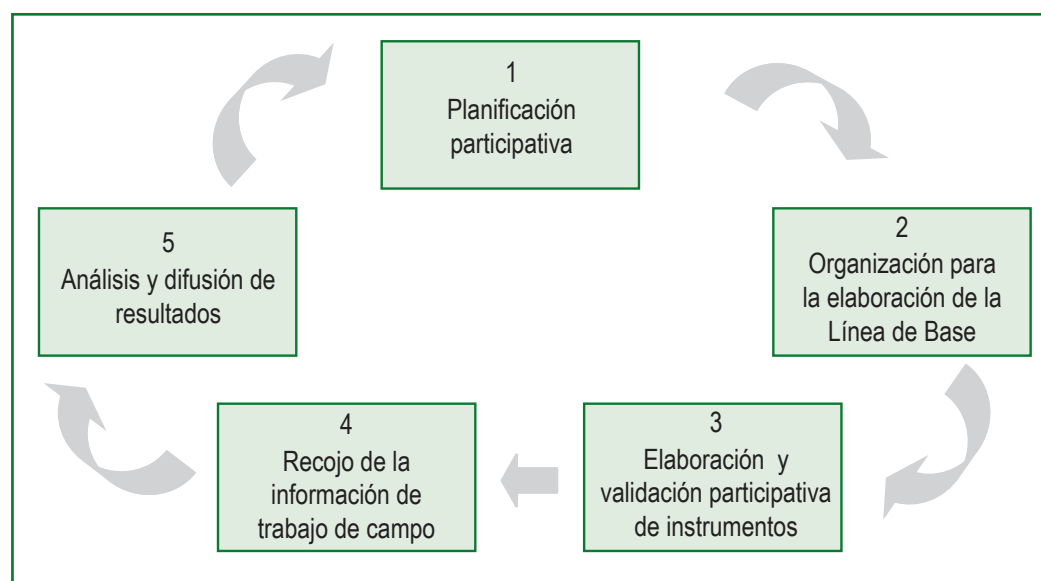
2. ETAPA II: ELABORACIÓN DEL PLAN DE ESTUDIO DE LA LÍNEA DE BASE (3-4 meses)

Obtenida la aprobación y los compromisos respectivos, se procede al estudio de la Línea de Base de cada una de las Estrategias del Modelo, la disponibilidad, calidad y uso de los servicios que brindan atención de Emergencias Obstétricas y Neonatales, así como también al desarrollo de un diagnóstico cualitativo comunitario.

Estos resultados permitirán la determinación de las brechas y, por consiguiente, constituyen el punto de partida para la planificación de las prioridades a ser incorporadas en el plan de implementación del Modelo, el cual involucrará a los diferentes actores en todos los niveles.

La DIRESA/DISA/GERESA puede optar por otros esquemas de investigación. Aquí, desarrollaremos la metodología para realizar una Línea de Base, en la que se considera la experiencia desarrollada por CARE Perú, en el tema. (Ver material de la referencia DVD Multimedia del presente Modelo de Intervención).

La Línea de Base considera las siguientes etapas:



Elaboración por CARE Perú - ESNSSR/MINSA-PERÚ

Se sugiere que el estudio de Línea de Base sea realizado por una institución u equipo externo a los procesos desarrollados en una región de salud, de manera que sea lo más válido y confiable posible en sus resultados. Sin embargo, esto no significa que la DIRESA/DISA/GERESA no lidere y tenga un control de la conducción técnica y administrativa del estudio.

- **Rol de los Comités Regionales de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal**

Los Comités Regionales de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal lideran este proceso y pueden convertirse en el EQUIPO GESTOR REGIONAL, a su vez, contribuyen en determinar las causas que provocan la MMPN; así como promover la implementación de diversas acciones en los servicios de salud y en la comunidad, desde un trabajo concertado dentro de la institución y otros aliados y miembros de la sociedad civil en la región. (Mayor información ver la Pág. 53)

- **Antecedentes a considerar en una Línea Basal:**

La propuesta del Modelo se basa en la evidencia del éxito del Proyecto FEMME en Ayacucho, en la mejora de la disponibilidad, acceso y uso de los servicios obstétricos de emergencia (2000-2005). Su finalidad fue mejorar la disponibilidad, calidad y uso de los servicios que brindan cuidados obstétricos de emergencia, además de promover la promoción de los derechos en salud en los establecimientos, disminuir las brechas e inequidades de género, la promoción de la participación ciudadana y el respeto de la cultura local que contribuyan a mejorar la accesibilidad de la población a la atención en salud materna y neonatal.

Los estándares e indicadores de calidad de los establecimientos que cumplen FON y los Indicadores de Proceso de la ONU, así como el SRCR, la categorización de los servicios, la salud materna y neonatal, los recursos humanos y otros, son necesarios para generar la LB, además para el seguimiento y monitoreo del Modelo de Intervención.

- a) **Componentes claves para generar la Línea Basal**

Para poder generar una Línea de Base debemos tener primero componentes claves que como mínimo serían:

- ✓ **Componente de Información:** Generar la información materna y neonatal, según instrumentos validados de la LB, a partir de los datos de los registros, su procesamiento y análisis, de manera que se obtengan los indicadores deseados, que luego serán informados y difundidos en el establecimiento y red de salud de la región. Tomar en cuenta las fuentes de información de los servicios como los registros de los servicios, SIP2000, SIS, SRCR, buscando ser consistentes y verificando la validez de los datos en el recojo de la información.
- ✓ **Componente de Gestión:** Sustener reuniones para conocer el estado de la situación de la gestión sanitaria de los servicios en las redes y microrredes relacionado con la situación de los recursos humanos, infraestructura, equipos, gestión de los medicamentos, sistema de transportes para las referencias, la situación de la casa de espera, adecuación cultural de los servicios, etc.
- ✓ **Componente Técnico:** La situación del personal de salud, sus habilidades y destrezas en el manejo estandarizado de la atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales, disponibilidad de guías y flujogramas de atención, CDC regionales, programas de supervisión continua por parte de los hospitales regionales, talleres de capacitación, etc.
- ✓ **Entrevista con la comunidad:** La Línea de Base propuesta recomienda no sólo tener el estudio de la oferta de servicios, sino también conocer las percepciones de los servicios de salud por parte de las autoridades locales, mujeres que sufrieron complicaciones obstétricas, madres que tuvieron RN con complicaciones, familiares de mujeres que murieron por causas relacionadas con su maternidad, agentes comunitarios de salud-ACS. Información complementaria que fortalecerá los hallazgos del estudio. Este proceso es parte del estudio cualitativo.

- b) **Descripción del ámbito**

Es necesario definir el ámbito del estudio (Región, Red, Microrred), tomando en cuenta las características geográficas para definir la organización técnica y administrativa del trabajo de campo con los equipos responsables.

- c) **Modo de operación**

Por el rol de rectoría sanitaria, será la GERESA/DIRESA/DISA/RED quien tenga a su cargo la conducción de la LB, aun sea un equipo externo que esté encargado de su desarrollo.

- d) **Diseño de la Línea Basal**

Los objetivos del estudio de la LB serán: Evaluar la Disponibilidad, Calidad y Uso de los servicios que brindan atención de las EMON, además de conocer el diagnóstico actual de las 8 estrategias del Modelo de Intervención. El Plan de investigación de la oferta de servicios plantea los siguientes ejes de estudio:

| Ejes del Estudio | Variables |
|--|--|
| Disponibilidad de servicios o atención, infraestructura y equipamiento | Servicios básicos Camas disponibles Horarios de atención Infraestructura (ambientes físicos) Funciones Obstétricas y Neonatales Servicios disponibles Equipos, materiales, insumos |
| Disponibilidad de recursos humanos | Número de RRHH (profesionales y técnicos) por servicio y según nivel de atención |
| Calidad de registros de información | Disponibilidad y calidad de registros Uso por parte del personal Calidad de la información |
| Calidad de atención | Auditoría Acreditación Seguridad del paciente Manejo de complicaciones Letalidad obstétrica Letalidad neonatal |
| Sistema de referencia y contrarreferencia | Existencia de mecanismos de referencia Equipos de comunicación y transporte Funcionamiento de la Red Número de Referencia que tiene Contrarreferencia |
| Uso | Atenciones obstétricas Morbilidad por complicaciones obstétricas Mortalidad materna Atenciones neonatales Morbilidad y mortalidad neonatal Referencias por Emergencias Obstétricas y Neonatales Parto institucional Acceso a cesáreas |
| Programa regional de capacitación | La región de salud cuenta con un CDC regional funcionando para la capacitación de salud materna y neonatal |

- e) **Instrumentos** Los instrumentos sugeridos pueden ser adaptados en cada contexto
Se tiene como referencia instrumentos validados: (ver DVD Multimedia LB)

| Código | Nombre instrumento | Tipo instrumento | Área de exploración |
|--------|---|---|--|
| I-1 | Caracterización y calificación del EE.SS. | Lista de chequeo | Oferta de servicios, referencia, acreditación, calidad de atención |
| I-2 | Sistema de registro de información | Lista de chequeo | Registro de atenciones obstétricas y neonatales: EMON, quirúrgicas, MMN, SRCR |
| I-3 | Estadística sobre morbi-mortalidad obstétrica | Ficha de recolección de datos secundarios | Admisiones obstétricas, partos, cesáreas, complicaciones, MMN y sus causas |
| I-4 | Estadística sobre morbi-mortalidad neonatal | Ficha de recolección de datos secundarios | Internamientos neonatales, diagnósticos, muertes y sus causas |
| I-5 | Disponibilidad de recursos humanos y capacitación | Cuestionario semi-estructurado | Número y tipo de personal de salud, nivel de capacitación, disponibilidad, necesidad de capacitación |

Fuente: Proyecto FEMME

| Código | Nombre instrumento | Tipo instrumento | Área de exploración |
|--------|--|------------------|---|
| I-6 | Determinación de la capacidad resolutive en establecimientos FON | Lista de chequeo | Disponibilidad de elementos FONI, FONE, FONB según aplicativo FON |
| I-7 | Disponibilidad de infraestructura | Lista de chequeo | Existencia de condiciones básicas de infraestructura para las atenciones obstétricas y neonatales |
| I-8 | Situación de los servicios que brindan atención a las EMON | Entrevista | Caracterización de la atención EMON |

Fuente: Proyecto FEMME

f) Capacitación y validación de los instrumentos

El equipo consultor encargado del levantamiento de la LB, en coordinación con el equipo implementador del Modelo de Intervención de la GERESA/DIRESA/DISA, convoca al personal que brinda atención de Salud Materna y Neonatal que desee participar en el levantamiento de la información de los servicios, por lo general que no esten vinculadas directamente con los servicios.

El programa de capacitación para el uso de los instrumentos, según la experiencia desarrollada, toma tres días: 1 día capacitación y validación de los instrumentos para la evaluación de necesidades de los servicios de salud, 1 día para revisión y validación de los instrumentos cualitativos y 1 día más para organizar la logística, grupos de trabajo, cronograma y plan de trabajo para el recojo de información¹⁸.

g) Recolección de información

La GERESA/DIRESA/DISA se encarga de coordinar con las redes y asegurar que el plan de trabajo y el cronograma para el levantamiento de la información se desarrollen en los plazos previstos. De presentarse dificultades por falta de coordinación, obligaría a volver al equipo de trabajo, significando gastos adicionales no previstos.

Los equipos conformados para el recojo de la información pueden organizarse tomando criterios de distribución geográfica, redes de salud, etc. Se debe designar a un responsable por equipo, quien se encargará de la validación de la información y la calidad de ésta. Tomar nota de los principales hallazgos, testimonios de los proveedores de salud, de las familias que encuentra en el establecimiento en el momento de la intervención, fotos, etc. que pueden ser útiles en el momento del análisis de la información. Concluido el levantamiento de la información en un establecimiento seleccionado para el estudio (incluye servicios y entrevistas a la comunidad), el equipo recién podrá desplazarse al siguiente establecimiento de salud. Por ello, es necesario que las coordinaciones desde el nivel regional puedan garantizar el cumplimiento del trabajo por los equipos al 100%. Los instrumentos se anexan en formato electrónico. (ver DVD Multimedia).

h) Procesamiento y análisis

Cada responsable de los equipos de salud, encargado del levantamiento de la información de la región, coordinará con el equipo consultor responsable del estudio. El equipo de análisis de la información de la LB hará un control de calidad de consistencia a la información recogida, y verificará las fuentes de datos de la región de salud (SIS, SIP2000, HIS, SRCR, etc.). Este paso debe definirse con el Equipo Gestor Regional.

El equipo encargado del análisis de la información se encarga del diseño y elaboración de la base de datos, la misma que puede utilizar el programa SPSS para Windows, por ejemplo. Para el análisis, se consideró la generación de algunas tablas, las mismas que se describen a continuación y que representan las aplicaciones específicas para los ejes de Uso, Disponibilidad y Calidad de las Emergencias Obstétricas y Neonatales.

Eje disponibilidad:

- ✓ Camas disponibles en los servicios materno y neonatales
- ✓ Servicios básicos
- ✓ Sistema SRCR
- ✓ FONI, FONE, FONB: ejecución de las funciones

¹⁸ Tomar como referencia del programa de capacitación para LB del Proyecto de salud Materna y Neonatal que se desarrolla en la Región Ancash 2007- 2010. con apoyo del Fondo Minero Antamina

- ✓ Calidad de atención, auditoría
- ✓ Manejo de complicaciones del parto
- ✓ Manejo del tercer periodo del parto
- ✓ Manejo de la atención del recién nacido
- ✓ Manejo de las complicaciones obstétricas
- ✓ Manejo de las complicaciones neonatales
- ✓ Infraestructura
- ✓ Equipos, materiales, medicamentos, insumos
- ✓ Recursos humanos y su capacitación en EMON
- ✓ Sistema de registro de datos

Eje Calidad de registro, Información e Indicadores de Proceso:

- ✓ Disponibilidad de registros de atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales - EMON
- ✓ Uso de los registros EMO y EN
- ✓ Uso del SIP2000
- ✓ Uso del HIS y otros registros
- ✓ Uso de la Ficha de vigilancia epidemiología de la Mortalidad Materna y Neonatal

Eje Calidad y Auditoría:

- ✓ Auditoría, acreditación, seguridad del paciente
- ✓ Letalidad obstétrica y neonatal
- ✓ Situación de la atención en casos de Mortalidad Materna y Neonatal

Eje Sistema Referencia -Contrarreferencia:

- ✓ Disponibilidad y mecanismos de referencias en casos de EMON
- ✓ Funcionamiento de las referencias de las EMON
- ✓ MMN evitadas por los mecanismos oportunos de las referencias

Eje Uso, Manejo estandarizado:

- ✓ Atenciones obstétricas, que incluyen partos eutócicos y cesáreas
- ✓ Morbilidad, complicaciones obstétricas
- ✓ Mortalidad Materna y Neonatal
- ✓ Referencias por Emergencias Obstétricas y Neonatales
- ✓ Indicaciones de cesárea
- ✓ Atenciones neonatales que incluye recién nacidos normales y con complicaciones
- ✓ Morbilidad neonatal

Nota: El equipo de investigación puede identificar otros ejes

i) **Elaboración del informe de LB**

El equipo responsable del estudio es el encargado de elaborar el informe de la LB, donde previamente se ha revisado la consistencia, análisis de datos, cruce de tablas. También, se elaborará una estructura de la presentación de la LB.

Cada avance debe ser socializado con el Equipo Gestor Regional.

(Ver estructura de informe de LB recomendado del informe de estudio del proyecto materno neonatal de la región Ancash, adjunto en el DVD Multimedia-Línea de Base)

j) **Socialización de resultados**

Es necesario difundir los resultados de la Línea Basal, de manera que todo el personal de salud tenga conocimiento del estado actual de las Funciones Obstétricas y Neonatales que cumple la red de servicios y cómo éstas repercuten en la prevención de la Mortalidad Materna y Neonatal de su jurisdicción.

Sobre la base de la normatividad del MINSA, que establece el Aplicativo para la Evaluación de las FON y los Estándares e Indicadores de Calidad según FON, se puede generar el diagnóstico basal. El equipo responsable realizará una reunión de consolidación y presentación de los indicadores, que permitirá dar a conocer la problemática existente, y generar el análisis pertinente para reforzar, mejorar o iniciar acciones que permitan mantener en positivo los indicadores de proceso y resultado propuestos.

La información obtenida del análisis de la base de datos integrados, debe ser organizada y seleccionada, para luego por medio de reportes presentarla, de manera sencilla, a los diversos implicados, a nivel de la GERESA/DIRESA/DISA y sus diversas dependencias administrativas, las oficinas del Ministerio (Dirección General de Salud de las Personas, Dirección General de Promoción de la Salud, Oficina General de Epidemiología, Oficina General de Estadística e Informática, etc.) y otros organismos e instituciones interesadas, pero básicamente a las autoridades regionales y locales, sociedad civil y comunidad organizada.

Así mismo, la información recogida, podrá dar suficientes elementos para conocer como se encuentra el SRCR y la calidad de los servicios, así como, la percepción de la comunidad con relación a la MMN y su contacto con los servicios, entre otros.

Concluidos el análisis y las revisiones con el equipo de la GERESA/DISA/DIRESA, debe ser publicado y socializado en todos los niveles, talleres, reuniones técnicas, foros, universidades, colgado en la páginas web tanto de la región de salud, como del Gobierno Regional para que estén disponibles al personal de salud y la comunidad en general.



NOTA:

Instrumentos para elaborar la Línea de Base puede ver referencia en el DVD Multimedia del Modelo de Intervención.



MOMENTO 2: AJUSTES ORGANIZACIONALES, PLANIFICACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA RED OBSTÉTRICA Y NEONATAL ———

OBJETIVO

Planificar la organización de la RON que incluye las etapas de ajuste, planificación e implementación de las 8 estrategias del Modelo de Intervención

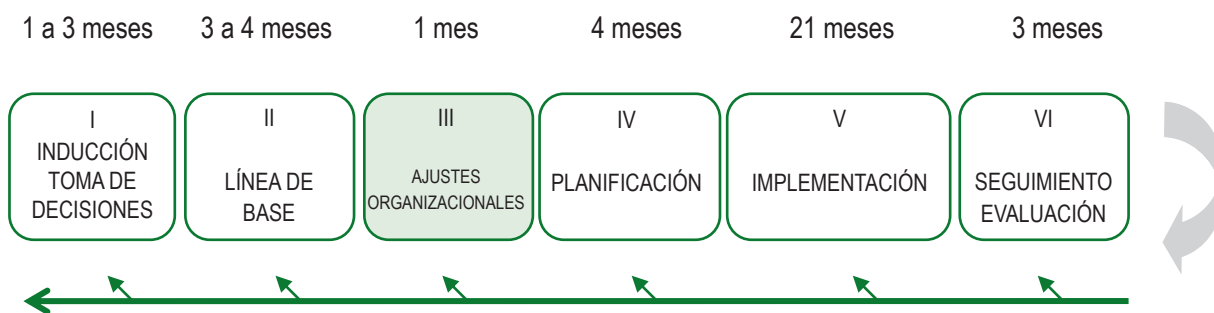
ACTIVIDADES

1. ETAPA III. Ajustes organizacionales para la implementación del Modelo
2. ETAPA IV. Planificación
 - a. Consideraciones previas para la Planificación de la Intervención
 - b. Elaboración del Perfil del proyecto del Modelo de Intervención - Marco Lógico orientador y componentes claves
 - c. Organización del presupuesto
3. ETAPA V. Implementación de la Red Obstétrica y Neonatal Regional
 - a. Pasos para organizar la implementación
 - b. Criterios para desarrollar la Red Obstétrica y Neonatal Regional
 - c. Metodología sugerida para la implementación de la Red Obstétrica y Neonatal. Plan de arranque
 - d. Conformación del Equipo Gestor Local
4. Estructura sugerida para la implementación de las 8 estrategias validadas

DOCUMENTOS TÉCNICOS

- Directiva Sanitaria de Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los establecimientos de salud. R.M. N° 1001-2005/MINSA
- Documento Técnico Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los establecimientos de salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales. R.M. N° 142-2007/MINSA
- Guías de práctica clínica para la atención de las Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive. R.M. N° 695-2006/MINSA
- Guías de práctica clínica para la atención del Recién Nacido. R.M. N° 1041-2006/MINSA
- Norma Técnica de Auditoría de la Calidad del MINSA. R.M. N° 474-2005/MINSA
- Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia. R.M. N° 866-2007/MINSA
- Documentos Técnicos de Promoción de la Salud
- Documentos incluidos en las referencias bibliográficas
- PPE Salud Materno Neonatal MINSA/MEF
- Otras Normas vinculantes (ver DVD Multimedia del Modelo de Intervención)

1. ETAPA III: AJUSTES ORGANIZACIONALES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO (1 Mes)



Luego de haber concluido con el Momento 1, donde se logró conocer la situación actual de los servicios de salud, de la Disponibilidad, Calidad y Uso de los servicios que brindan atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales y de la percepción de la comunidad, el Equipo Gestor Regional inicia el momento 2, relacionado con los ajustes organizacionales para el inicio de las etapas de la implementación del Modelo.

En este momento, se debe organizar los diferentes equipos de trabajo tomando en cuenta los ya existentes, quienes estarán a cargo de la implementación de la Red Obstétrica y Neonatal. Se sugiere realizar los siguientes pasos:

- ✓ Identificación de los equipos (tomar en cuenta los ya existentes)
- ✓ Descripción de funciones de los equipos implementadores
- ✓ Propuesta de alternativas de organización e implementación
- ✓ Determinación de los integrantes de los equipos implementadores y los niveles de coordinación con el Equipo Gestor. Se recomienda que estos equipos sean multidisciplinarios
- ✓ Determinación de metodologías participativas e instrumentos para el trabajo de los equipos implementadores (planes de mejora, guías de supervisión, listas de chequeo, otros) su aplicación puede tener una periodicidad flexible, según la marcha de los procesos, las cuales pueden ser semanal, quincenal o mensual.

Los Equipos implementadores del Modelo de Intervención pueden conformar, a su vez los siguientes equipos:

- ✓ Equipo de respuesta a la emergencia
- ✓ Equipo de supervisión interna
- ✓ Equipo de análisis de la información y de la vigilancia de la Mortalidad Materna y Neonatal
- ✓ Equipo de auditoría y calidad
- ✓ Equipo de generación de capacidades
- ✓ Equipo de SRCR

La elección de estos equipos se realiza en el primer Taller de Arranque con la participación del personal de salud del establecimiento y del ámbito de su referencia.

Estos equipos deberán adecuarse a los existentes en el establecimiento o red y a la disponibilidad de los recursos humanos. (Las funciones de estos equipos se describen más adelante).

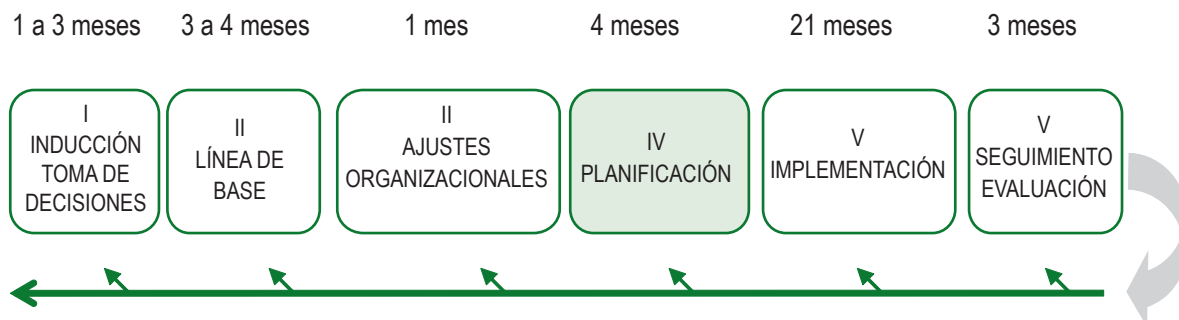
Estos equipos deben ser reconocidos por la GERESA/DIRESA/DISA por Resolución Directoral para cumplir sus funciones a nivel de los establecimientos de su jurisdicción.



NOTA IMPORTANTE:

Los equipos implementadores y de gestión deberán tener un acompañamiento para fortalecer sus competencias y habilidades para el trabajo en equipo, manejo y resolución de conflictos, además de autoestima y liderazgo, entre otros temas vinculantes. Esta condición potencia los resultados esperados de la implementación del Modelo en la Red Obstétrica y Neonatal.

2. ETAPA IV: PLANIFICACIÓN (4 Meses)



Este momento es conducido por el Equipo Gestor Regional del Modelo, en la que participan los equipos implementadores de los establecimientos seleccionados de la Red Obstétrica y Neonatal para definir y priorizar las líneas de acción del Plan de Intervención Regional.

En el caso de ser desarrollada por el nivel de una red/microrred de salud, se debe convocar a los establecimientos del ámbito y referencia para organizar el plan de intervención.

Las actividades más importantes son:

- ✓ Elaboración del Plan de intervención del Modelo tomando en cuenta los resultados y hallazgos de la Línea de Base, (definir el marco lógico del Modelo y establecer finalidad, objetivos, indicadores, resultados y actividades, donde se incorporen el desarrollo de las 8 estrategias validadas descritas en el presente Modelo de Intervención)
- ✓ Aprobación del Plan de Intervención del Modelo, por la GERESA/DIRESA/DISA o la Red de Salud, quienes han identificado las fuentes de financiamiento para su implementación

a. Consideraciones previas para la planificación de la intervención

Para la planificación de la implementación de la Red Obstétrica y Neonatal, se requiere considerar tres aspectos:

- ✓ Características del ámbito de intervención
- ✓ Características de los servicios de salud en la zona de intervención, estudios de brechas de acceso a los servicios de salud con prioridad en las zonas rurales
- ✓ La voluntad política de las autoridades locales - regionales y de la participación de la ciudadanía en todos los niveles

Características geográficas y de la población en el ámbito de intervención

Los que estén a cargo de liderar el proceso de la Planificación de la Intervención van a requerir tomar en cuenta algunas características claves para su diseño, que tienen que ser validadas con los equipos implementadores de la Red Obstétrica y Neonatal de la región, por ejemplo: accesibilidad geográfica de los establecimientos de salud (definirá donde fortalecer los FONB y FONE, ubicar casas maternas en zonas claves y cercanas a establecimientos con capacidad resolutoria y adecuados culturalmente, definirá el fortalecimiento del SRCR con medios transporte y comunicaciones), las características sociales, económicas y culturales de la población beneficiaria (determinará el nivel de aseguramiento de la salud, estrategias de interculturalidad, trabajo con la familia para el Plan de Parto, otros) etc. (Ver consideraciones claves para la organización de la RON. pág. 59).

El énfasis de la intervención de algunas estrategias dependerán de las condiciones socio culturales geográficas de las regiones.

- Características demográficas: Habitantes, número de gestantes esperadas por año de intervención, número de nacimientos esperados por año de intervención, mujeres en edad fértil-MEF, porcentaje esperado de Emergencias Obstétricas y Neonatales por año, otros. Estos datos estarán relacionados con la oferta de servicios, según el análisis interno en la Región de Salud y la LB será una fuente primaria para su planificación.
- Características socioeconómicas: Datos de pobreza por quintiles, ruralidad, población priorizada por los programas sociales (JUNTOS, CRECER) que potencie los resultados esperados y mejore el acceso a los servicios en las zonas rurales más dispersas, nivel educativo de las mujeres, entre otros datos.

- c. Características de la Demanda: Situación de salud por grupos por edad, demanda de servicios materno y neonatal, percepción de derechos en salud por parte de la población y de la comunidad, participación organizada de los actores locales para mejorar la salud materna y neonatal –espacios de concertación–, situación de género en las familias, la comunidad y el contexto intercultural.

Para identificar la población beneficiaria que hará uso de los servicios a ser intervenidos, puede tomarse como referencia el cuadro adjunto. Ejemplo:

Cuadro: Población beneficiaria directa de la intervención, 2010-2012

| REDES DE SALUD | POBLAC. TOTAL | POBLACIÓN 2009 | | GESTANTES ESPERADAS | | | EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS ESPERADAS | | | NACIMIENTOS ESPERADOS | | |
|----------------|---------------|----------------|----------------|---------------------|------|------|-----------------------------------|------|------|-----------------------|------|------|
| | | 0-28 D | MEF 15-49 AÑOS | 2010 | 2011 | 2012 | 2010 | 2011 | 2012 | 2010 | 2011 | 2012 |
| X1 | | | | | | | | | | | | |
| X2 | | | | | | | | | | | | |
| X... | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | |

Fuente: Proyecto Emergencias Obstétricas y Neonatales. CARE Ancash, 2007

Características de la oferta de servicios de salud materno infantil en el ámbito de la intervención

El Equipo Gestor Regional Implementador y los Equipos implementadores locales, a la luz de la LB, conocen la situación actual y características de los servicios materno neonatales por redes y hospitales del ámbito de intervención.

Es importante caracterizar: la **disponibilidad** de la oferta de servicios hasta en las zonas más pobres y dispersas de la región, si cuentan o no con personal de salud 24 horas al día por todo el año; con los estándares del aplicativo FON a nivel de equipamiento, insumos, vestuarios, medicamentos, sistema de referencia funcionando 24 horas, equipos operativos, según niveles, y si cuenta con el RRHH con las competencias para la atención de las EMON por niveles de capacidad resolutive.

La **calidad** de atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales tendrá relación con las necesidades de capacitación del personal de salud, la falta de equipos, deficiencias en el manejo estandarizado de las emergencias, la existencia o no de planes de mejora, la oportunidad de la atención de las EMON a nivel de la Red Obstétrica y Neonatal.

El **uso** de los servicios por parte de la población materna y neonatal, medido a través de la cobertura de parto institucional, el número de atenciones a gestantes, número de emergencias obstétricas atendidas por niveles, número de atención de los RN, número de emergencias neonatales atendidas, referencias realizadas, tasas de letalidad en los servicios materno y neonatal, otros.

Además, se puede definir las acciones que deben ser tomados en cuenta para movilizar a las autoridades locales desde los recursos de los municipios (ejemplo; existen municipios que están apoyando la construcción, remodelación, ampliación de la infraestructura de los servicios de salud, compran equipamiento, pagan personal de salud o financian la casa materna u otros).

Cuadro: Redes y microrredes de la Dirección Regional de Salud

| Redes de Salud | Población asignada | Nº Microrredes | Establecimientos de Salud | | | Concentración de profesionales (por 10.000 habitantes) | | |
|----------------|--------------------|----------------|---------------------------|---------|---------|--|-------------|------------|
| | | | Hospitales | Centros | Puestos | Médicos | Obstetricas | Enfermeras |
| Red 1 | | | | | | | | |
| Red 2 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | |

Voluntad política en todos los niveles y la participación ciudadana en salud:

Las evidencias recogidas en las intervenciones exitosas que han logrado reducir la mortalidad materna y neonatal, han confirmado que no solo es necesario –estrategias eficientes, costo efectivos o basadas en evidencias– sino también lograr el financiamiento para intervención de programas y proyectos de envergadura

regional/nacional, pese que los esfuerzos de los gestores de salud pueden lograr movilizar estos recursos, no se tendrá el éxito esperado si no se tiene el apoyo político en todos los niveles.

Se puede hacer la siguiente estructura para desarrollar con éxito el Modelo de Intervención en el país:

| Voluntad política de las autoridades | | Rectoría sanitaria por niveles |
|--------------------------------------|---|--|
| Nivel nacional | → | Prioridad del Estado (PPE SMN/MINSA-MEF) MINSA y lineamientos de políticas |
| Nivel regional | → | Gobierno Regional, prioridad en las políticas públicas regionales, DIRESA - Conducción de estrategias Equipo Gestor Regional |
| Nivel local | → | Municipios, priorizan la SMN Redes de Salud - Equipos Implementadores de la Redes Obstétricas y Neonatales comprometidos y empoderados con el tema |

Elaboración propia



NOTA IMPORTANTE:

La participación del Hospital de mayor capacidad resolutive de la Región en la implementación de este proceso es clave, porque el Modelo articulará procesos de mejora continua de la calidad en un sistema de red de servicios de manera efectiva y organizada por niveles de capacidad resolutive.

El Hospital Regional asumirá la implementación del Modelo Regional del CDC y del manejo de Emergencias Obstétricas y Neonatales, convirtiéndose en el referente regional y tendrá a su cargo la supervisión capacitante, auditoría del manejo estandarizado a nivel de la Red Obstétrica y Neonatal y apoyará todas las acciones de implementación, de todas las estrategias del Modelo, en coordinación con la GERESA/DIRESA/DISA y las redes, microrredes.

(El éxito en Ayacucho fue el liderazgo y compromiso del personal de salud de los servicios de Obstetricia y Neonatología del Hospital Regional, especialmente de los médicos especialistas).

b. Elaboración del Perfil de Proyecto del Modelo de Intervención - Marco Lógico orientador y Componentes Claves

Según lo revisado en los ítems anteriores, el Equipo Gestor Regional, con la información de la LB que dispone de la situación de la oferta de servicios para la atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales, está en condiciones de elaborar el Perfil de proyecto. Se adjunta una estructura sugerida del Modelo.

Título:

“Proyecto regional para el fortalecimiento de la Disponibilidad, Calidad y Uso de los servicios de salud para reducir la Mortalidad Materna y Neonatal en la Región de Salud” 2010-2012

I PARTE

1. Desarrollo de la propuesta técnica

- 1.1. Resumen ejecutivo
- 1.2. Contexto
- 1.3. Características de la zona y la población ámbito de intervención
- 1.4. Características de la demanda
- 1.5. Características de la oferta de servicios materno infantil
- 1.6. Ámbito de influencia
- 1.7. Contexto político actual

2. Descripción de las líneas de acción estratégicas

- 2.1 Componente 1: Técnico - Fortalecimiento de capacidades
- 2.2 Componente 2: Gestión- Organización de la Red Obstétrica y Neonatal
- 2.3 Componente 3: Comunicación y Educación - Orientada a la demanda y servicios
- 2.4 Componente 4: Género, interculturalidad en el marco de los DD.HH. en salud
- 2.5 Duración del proyecto
- 2.6 Gestión del proyecto
- 2.7 Estrategias claves
- 2.8 Marco lógico del proyecto/indicadores

II PARTE

- ✓ Propuesta económica
- ✓ Remuneraciones
- ✓ Materiales, insumos herramientas
- ✓ Gastos operativos
- ✓ Servicios por terceros
- ✓ Administración institucional

ANEXOS

Lista de Indicadores y Estándares de los documentos Normas Técnicas del MINSA (relacionados con las 8 estrategias)

Mapa de Indicadores de Proceso de ONU (adaptado para regiones)

Mapas:

- Mapa regional de la Red Obstétrica y Neonatal a intervenir
- Mapa regional del SRCR (transportes y comunicaciones)
- Mapa regional de las casas maternas
- Mapa regional de acceso a laboratorio, centros de hemoterapia y Banco de Sangre

BIBLIOGRAFÍA

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Propuesta de la Finalidad y Propósito del Marco Lógico del Modelo de Intervención (incluye la incorporación de las 8 estrategias)

| FINALIDAD | INDICADORES | MEDIOS DE VERIFICACIÓN | RIESGOS / SUPUESTOS |
|--|--|---|---|
| Contribuir en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal en la región de salud durante el periodo 2010 – 2012 | <ul style="list-style-type: none"> Razón de mortalidad materna Tasa de mortalidad neonatal | <ul style="list-style-type: none"> Informes de Evaluación anual de la DIRESA / ASIS Registros de los servicios de salud Evaluaciones de los POIs de las redes de salud y Hospitales Informes anuales de monitoreo y supervisión de la región Unidad del sistema de información (SIP2000) SIS | <ul style="list-style-type: none"> El Ministerio de Salud tiene entre sus principales lineamientos de gestión 2007-2020 disminuir la mortalidad materna y neonatal El Gobierno Regional tiene entre sus prioridades reducir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal El Gobierno Regional expresa su voluntad política de desarrollar estrategias que estén orientados a mejorar la calidad de vida de las familias que viven en las zonas de extrema pobreza de la región. La DIRESA tiene como prioridad implementar el Modelo de Intervención en el ámbito regional. Las empresas privadas tienen disponibilidad para apoyar acciones del Modelo. |
| FINALIDAD | INDICADORES | MEDIOS DE VERIFICACIÓN | RIESGOS / SUPUESTOS |
| <ul style="list-style-type: none"> Mejorar la disponibilidad, acceso y uso de los servicios de salud que brindan atención de las EMON en la Red Obstétrica y Neonatal durante el periodo 2010 – 2012 | <ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de establecimientos de salud, según categoría, implementado y que cumplen con más del 80% sus FON Número de establecimientos de salud con atención 24 horas con personal de salud certificado para el atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales Porcentaje de establecimientos que brindan atención estandarizada de las EMON Porcentaje de Emergencias Obstétricas y Neonatales referidas por SRCR, según manejo estandarizado Porcentaje de necesidades satisfechas en los servicios de la RON (EMON resueltas) Cobertura de parto institucional (con prioridad en la zonas rurales) Tasa de cesárea | <ul style="list-style-type: none"> Informes de evaluación y supervisión Registros de auto evaluación, según Norma de categorización de los servicios de Salud Fichas de supervisión y monitoreo: Infraestructura, farmacia, laboratorio, servicios de emergencias, capacidad resolutiva, etc. Ficha de evaluación de las capacidades, competencias y habilidades del personal de salud en EMON, según nivel de capacidad resolutiva Informes de auditoría del manejo estandarizado de las EMON en la Red Obstétrica y Neonatal por niveles de capacidad resolutiva Ficha de satisfacción de usuarios por tiempos de espera en los servicios Base de datos del SIS Regional Reportes del Sistema Informático Perinatal – SIP 2000 Informes del análisis de la información del SRCR (para los casos referidos) | <ul style="list-style-type: none"> La voluntad política de actual gobierno es llevar a cabo las políticas de descentralización y aseguramiento en donde las capacidades de los gobiernos regionales estarán en priorizar los lineamientos de salud, según la realidad regional, y fortalecer la capacidad respuesta de los servicios públicos a nivel de la cobertura y calidad. El gobierno central está brindando recursos financieros a través del Shock de inversiones para el fortalecimiento de infraestructura y equipamiento, la Región está en proceso de implementación de sus planes de inversión. El Gobierno Regional viene apoyando lineamientos para mejorar la salud materna neonatal en la región. La región tiene disponibilidad del canon minero y fideicomiso que está orientando recursos para fortalecer los programas sociales en la región (para el caso de regiones con canon minero). |
| <ul style="list-style-type: none"> Mejorar la calidad de atención de los servicios que resuelven EMON | <ul style="list-style-type: none"> Tasa de letalidad materna Tasa de letalidad neonatal | <ul style="list-style-type: none"> Registros de Emergencias Obstétricas y Neonatales de los centros FONE y FONB | |
| <ul style="list-style-type: none"> Involucrar a los gobiernos locales y la sociedad civil organizada para desarrollar estrategias que favorecen la maternidad segura y saludable, y la del recién nacido saludable. | <ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de gobiernos locales que han incluido y ejecutan en sus planes concertados estrategias para promover una maternidad segura y saludable, y la del recién nacido civil que participan en la gestión a favor de la salud materno neonatal | <ul style="list-style-type: none"> Planes concertados con recursos para salud en los Gobiernos Locales Actas de acuerdos en las reuniones con la sociedad civil a favor de la salud materno neonatal Informes de seguimiento y monitoreo | <ul style="list-style-type: none"> Existe mayor voluntad política en el nivel local para desarrollar propuestas que mejoren las condiciones de vida de la población. Se evidencia mayor participación de la sociedad civil en espacios de concertación. |

Propuesta de Niveles de Componente y Acción del Marco lógico del Modelo de Intervención

| COMPONENTE / ACCIÓN | INDICADORES (SUGERIDOS) | MEDIOS DE VERIFICACIÓN | RIESGOS / SUPUESTOS |
|---|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Elaboración de la Línea de Base: "Evaluación de necesidades de las FON del ámbito de la región de salud (el período es el año anterior)"• Evaluación de la percepción de la comunidad respecto de las Emergencias Obstétricas, y Neonatales y la atención en la Red Obstétrica y Neonatal en la región | <ul style="list-style-type: none">• 1 estudio de la LB publicado y socializado | Informe del diagnóstico rápido de los servicios de salud que brindan funciones obstétricas y neonatales de emergencia en la RON de la región de salud y percepción de la comunidad | Los servicios de salud de la región que brindan atención a la madre y al recién nacido requieren fortalecer sus capacidades para brindar atención de oportuna con calidad y calidez |
| COMPONENTE 1: TÉCNICO | INDICADORES | MEDIOS DE VERIFICACIÓN | RIESGOS / SUPUESTOS |
| Organizar y contribuir en la mejora de la calidad de atención de la RON de la región de Salud: (Nombrar los establecimientos a intervenir, sean FONI, FONE, FONB) | <ul style="list-style-type: none">• Porcentaje de establecimientos de salud de la RON con atención 24 horas con personal de salud con competencias en la atención de Emergencias Obstétricas y Neonatales.• Porcentaje de establecimientos de la Red Obstétrica y Neonatal que brindan atención estandarizada de las EMON• Porcentaje de Emergencias Obstétricas y Neonatales referidas por SRCR, según manejo estandarizado.• Porcentaje de necesidades satisfechas en los servicios• Cobertura de parto institucional (con prioridad en la zonas rurales)• Tasa de letalidad (materna y neonatal)• Planes de mejora de la calidad en los establecimientos intervenidos | <ul style="list-style-type: none">• Registros de evaluación de los servicios de salud• Informes de auditoría, según niveles de capacidad resolutive y a nivel del SRCR• Lista de chequeo• Registros de los centros RON• Estadística básica del SIP 2000• Informes de los planes de mejora continua | Con el apoyo de otras fuentes, se viene apoyando el fortalecimiento en equipamiento, infraestructura y transporte por lo que la propuesta hace sinergia con las intervenciones a desarrollarse en los próximos 3 - 5 años |
| Acción 1.1. Implementar al 100% los hospitales, centros de salud y puestos de salud con las guías nacionales de atención de Emergencias Obstétricas y Neonatales, según niveles de capacidad resolutive. | <ul style="list-style-type: none">• Número de establecimientos y profesionales que cuentan con las guías de atención y de flujogramas• Número de facilitadores regionales certificados por la DIRESA para capacitar en Emergencias Obstétricas y Neonatales en el nivel regional.• Número de talleres por redes realizados• Porcentaje de personal de salud del ámbito de las redes salud capacitados• 100% de establecimientos de salud que implementaron las Guías y Flujogramas en los servicios de salud. | <ul style="list-style-type: none">• Impresión de Guías - Flujogramas• Distribución de Guías a los establecimientos de salud en número suficiente para los profesionales de los servicios maternos y neonatales• Informe del Plan de capacitación | |

| COMPONENTE 1: TÉCNICO | INDICADORES (SUGERIDOS) | MEDIOS DE VERIFICACIÓN | RIESGOS / SUPUESTOS |
|--|---|---|---|
| <p>Acción 1.2. Desarrollar y fortalecer permanentemente al personal de salud en competencias relacionadas con la atención del parto, las Emergencias Obstétricas y Neonatales en los EE.SS. de la RON</p> <p>(Nota: Tomar en cuenta que la RON incluye fortalecer competencias además en: UCI Materna, UCI Neonatal; anestesia, cirugía, EMON para profesionales y técnicos de enfermería, bienestar fetal, otros)</p> | <ul style="list-style-type: none"> 1 Plan para calificar y acreditar centros regionales de capacitación en EMON 1 ó 2 centros CDC calificados por el MINSA (DGRRRH, DGSP) 1 Plan de capacitación en Emergencias Obstétricas y Neonatales para profesionales de salud aprobado y validado. Taller de capacitación en EMON para técnicos de enfermería 1 Plan integral regional, según niveles de capacidad resolutiva aprobado para el Monitoreo y Supervisión del personal de salud capacitado en los centros de capacitación. (Metodología Supervisión capacitante) (DIRESA, Centros de Capacitación) | <ul style="list-style-type: none"> Proyecto de calificación de los CDC regionales Plan de asistencia técnica para apoyar la acreditación de los CDC Certificación del MINSA como CDC Regional Planes de pasantías revisados y aprobados Plan Integral Regional, según niveles de capacidad resolutiva de monitoreo y supervisión aprobado y con financiamiento | <p>Existe la voluntad política de las autoridades de la DIRESA y de los directores de los hospitales regionales de la región de lograr la certificación del MINSA (DGSP, ex IDREH) para ser calificados como centros regionales de capacitación en Emergencias Obstétricas y Neonatales</p> |
| <p>Acción 1.3. Implementar, validar y sistematizar las herramientas de gestión de la calidad para los establecimientos de la Red Obstétrica y Neonatal</p> | <ul style="list-style-type: none"> Número de herramientas revisadas y validas con el MINSA, DIRESA, establecimientos FONI regional, FONE y FONB, para el desarrollo de la estrategia de gestión de la calidad de la Red Obstétrica y Neonatal de la región Porcentaje de establecimientos que han logrado implementar los procesos de mejora continua de la calidad Número de establecimientos de la intervención que promueven y respetan los derechos de los usuarios Porcentaje de establecimientos que han implementado estrategias de adecuación intercultural Número de establecimientos que desarrollan reuniones de problematización y educación permanente en Salud-EPS | <ul style="list-style-type: none"> Fichas impresas para ser usadas en la supervisión y monitoreo Informes de satisfacción del usuario Informes de supervisión Informes de las reuniones de los servicios Informes de los fichas de auditoría de los servicios | |
| <p>Acción 1.4. Mejorar las competencias del personal profesional de los Hospitales (Departamento de Obstetricia y Ginecología y Servicio de Neonatología) y de los Servicios Intermedios (Ecografía, Laboratorio Hemoterapia - Banco de Sangre y Farmacia)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 Plan de capacitación para ecografía nivel I (FONB) y II, aprobado y validado 1 Plan de capacitación para laboratorio, hemoterapia y banco de sangre aprobado y validado | <ul style="list-style-type: none"> 1 Plan de Necesidades de capacitación de los hospitales, en la Red de Laboratorio, Banco de Sangre y centros de hemoterapia de la región 1 plan de seguimiento, monitoreo y capacitación en servicio, post pasantía de los centros nacionales de capacitación | <p>Informe Plan de capacitación aprobado con financiamiento</p> <p>Plan de monitoreo y seguimiento a pasantes con financiamiento</p> | |
| <p>Acción 1.5. Fortalecimiento de las competencias en el manejo estandarizado en Emergencias Obstétricas y Neonatales en centros de formación universitaria y los establecimientos de salud de ESSalud y la Sanidad de las Fuerzas Policiales</p> | <ul style="list-style-type: none"> Número de docentes universitarios capacitados y acreditados en el Taller de implementación de las Guías y Flujogramas de atención de las EMON Número de universidades que han implementado en su red de laboratorios docentes, las Guías y Flujogramas de EMON | <ul style="list-style-type: none"> Acta de compromiso Lista de registros de docentes capacitados Informes de avance y resultados | |

| COMPONENTE 2: GESTIÓN | INDICADORES | MEDIOS DE VERIFICACIÓN | RIESGOS / SUPUESTOS |
|---|---|--|--|
| Acción 2.1. Implementar un Plan de Monitoreo y supervisión, según los estándares para la RON | <ul style="list-style-type: none"> 1 Plan de supervisión, Monitoreo y Evaluación para la RON Número de Proyectos de Mejora Continua de calidad -PMCC implementados en las FONE/FONB Número de EE.SS. que cumplen con los estándares de la RON | <ul style="list-style-type: none"> Informe de Monitoreo a los PMCC de los FONE FONB Informes de auto evaluación y evaluación externa | La acreditación es un proceso instalado |
| Acción 2.2. Identificar las necesidades y cubrir el déficit de personal de salud en los establecimientos de salud de intervención del ámbito de la región | <ul style="list-style-type: none"> 1 Plan de necesidades de RR.HH. requeridos y con propuesta de implementación y financiamiento con prioridad en la RON | <ul style="list-style-type: none"> Informe de Plan elaborado Informes de avances de resultados | Los funcionarios actuales de los principales hospitales y de la DIRESA están considerando el fortalecimiento de la capacidad resolutiva como una estrategia complementaria de otros procesos que viene desarrollando la región |
| Acción 2.3. Identificar y cubrir el déficit de infraestructura de salud y considerar las siguientes opciones: remodelar, habilitar, ampliar | <ul style="list-style-type: none"> Plan de remodelación de infraestructura. (En los centros de CDC incluir habilitación de alojamiento para Pasantes) Número de Unidades de Cuidados especiales obstétricos (UCEO) implementados y funcionando Número de FONB que incluye otras fuente de financiamiento en el nivel local para cubrir el plan de remodelación o habilitación, o de sostenibilidad de las casas maternas | <ul style="list-style-type: none"> Informe del Plan de diagnóstico de la situación de infraestructura de los servicios Informe o actas de acuerdos de recursos de otras fuentes identificados para mejorar infraestructura | |
| Acción 2.4. Establecer un plan de requerimiento de equipamiento (mínimo aceptable, según los estándares) para fortalecer la capacidad resolutiva de la RON | <ul style="list-style-type: none"> Plan de requerimientos de equipamientos aprobados y con financiamiento Porcentaje de establecimientos intervenidos equipados Porcentaje de FONB equipados con recursos locales | <ul style="list-style-type: none"> Informe final de implementación Estándares e Indicadores de Calidad | Existen otras fuentes de inversión como el shock de inversiones del Estado que están equipando algunos hospitales y centros de salud y también cuentan con los fondos del Canon y de los Gobiernos Locales |
| Acción 2.5. Establecer un plan de requerimiento e implementación para lograr la disponibilidad de los medicamentos e insumos a nivel de los servicios, Farmacia, Banco de Sangre, centros de Hemoterapia y laboratorios, para la atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales en los EE.SS. | <ul style="list-style-type: none"> 1 plan de implementación regional de requerimientos de medicamentos e insumos para la atención de Emergencias Obstétricas y Neonatales. Porcentaje de establecimientos implementados con medicamentos requeridos para la atención de EMON | <ul style="list-style-type: none"> Informe del Plan de implementación a nivel de la DIRESA | |
| Acción 2.6. Evaluar y validar registros estandarizados para los servicios de la Red Obstétrica y Neonatal en el ámbito regional para el monitoreo de Indicadores del Proceso, resultados y de calidad | <ul style="list-style-type: none"> Informe de la Línea de Base de la situación del sistema de información Número de registros estandarizados y validados para los establecimientos de salud de la RON implementados en el nivel regional SIP 2000 implementados en los establecimientos de la RON | <ul style="list-style-type: none"> Impresión de los libros de registros Lista de indicadores Informe de supervisión y monitoreo HC impresas e implementadas | Hay voluntad política y disposición de los equipos técnicos de la DIRESA y de los Servicios de Salud para mejorar el sistema de registros |

| COMPONENTE 2: GESTIÓN | | INDICADORES | MEDIOS DE VERIFICACIÓN | RIESGOS / SUPUESTOS |
|--|--|--|---|--|
| Acción 2.7. Apoyar la organización del Sistema de Referencia y Contrarreferencia para el manejo de las Emergencias Obstétricas y Neonatales, según niveles de capacidad resolutive | | <ul style="list-style-type: none"> 1 Plan de Desarrollo Regional del SRCR aprobado y en proceso de implementación SRCR con software implementado y operativo SRCR implementado con equipo esencial de comunicación Número de EE.SS. priorizados e implementados con Red de Transporte neonatal Número de EE.SS. implementados con unidades de referencia funcionando las 24 horas Número de acciones implementadas para mejorar el proceso del SRCR en las EON Número de unidades de SRCR funcionando con estándares de calidad Sistema de Referencia Comunal organizado e implementado en los centros FONB y FONP | <ul style="list-style-type: none"> Informe de implementación del plan regional Informe de la implementación del SRCR Fichas de Monitoreo Evaluación del sistema Auditoría del SRCR, según niveles de capacidad resolutive Informes del plan del seguimiento y monitoreo por red de salud | La DIRESA está iniciando el proceso de implementación del SRCR, reconoce que es importante hacerlo. Recoger las experiencias exitosas de otras regiones será una oportunidad generadora de nuevas iniciativas |
| COMPONENTE 3: COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN | | INDICADORES | MEDIOS DE VERIFICACIÓN | RIESGOS / SUPUESTOS |
| Acción 3.1. Implementar el Programa de Comunicación y Educación | | <ul style="list-style-type: none"> 1 plan de comunicación y educación en salud con adecuación cultural aprobado que promueve la maternidad segura y saludable y un RN saludable difundiendo la cartera de servicios de salud en la comunidad Reunión Técnica para implementar Programa de Comunicación y Educación en Salud Número de personal de salud capacitados en comunicación y educación Porcentaje de ACS capacitados en educación y comunicación para promover una maternidad segura y saludable y un RN saludable | <ul style="list-style-type: none"> Informes de supervisión y monitoreo del Plan de comunicación Planes e Informes de capacitación Fichas de los ACS Informe del programa | Elaborar estrategias de comunicación permanente sumando en cuenta la condiciones socio culturales de la población, donde se le brinde información respecto del auto cuidado de su salud y de sus familias, mejora el nivel de cocimiento e incrementará el acceso a los servicios de salud |
| COMPONENTE 4: GÉNERO, INTERCULTURALIDAD DESDE LOS DERECHOS HUMANOS EN SALUD | | INDICADORES | MEDIOS DE VERIFICACIÓN | RIESGOS / SUPUESTOS |
| Acción 4.1 Fortalecer las capacidades del personal de la Red Obstétrica y Neonatal en género e interculturalidad desde los Derechos Humanos en Salud (Los establecimientos de salud establecen planes de mejora respecto a la promoción y respeto de los Derechos Humanos en Salud de los usuarios internos y de las usuarias y sus familias) | | <ul style="list-style-type: none"> Número de planes de adecuación intercultural de los servicios implementados Nivel de conocimiento del personal de salud de los derechos en salud Número de EE.SS. que han implementado la atención del parto vertical con adecuación intercultural | <ul style="list-style-type: none"> Planes de mejora que promuevan los derechos en los servicios de salud Informes de supervisión y monitoreo Registro de instalación de funcionamiento y seguimiento de las casas de espera Planes multisectoriales | La tendencia actual en los sistemas de salud es mejorar el abordaje en los servicios de salud la promoción y respeto de los derechos humanos |

| COMPONENTE 4: GÉNERO, INTERCULTURALIDAD DESDE LOS DERECHOS HUMANOS EN SALUD | INDICADORES | MEDIOS DE VERIFICACIÓN | RIESGOS / SUPUESTOS |
|---|---|---|---|
| Incluye el ejercicio de derechos desde una perspectiva intercultural y de género, derechos a la identidad, derecho a hacer uso del SIS, derechos a la privacidad en la atención, acceso a la información, confidencialidad, buen trato, consentimiento informado. Señalización de los servicios incluir señalización con adecuación intercultural en las zonas rurales, implementar casas de espera, desarrollar trabajo concertado con la comunidad sus autoridades y las organizaciones de base a favor de la salud materna neonatal. | <ul style="list-style-type: none"> Encuestas de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud Número de EE.SS. que implementan Buenas Prácticas y promueven y respetan los derechos de los usuarios y sus familias Porcentaje de establecimientos de salud que promueven y respetan los derechos de los usuarios Porcentaje de casas maternales implementadas y sostenibles en lugares estratégicos de la región con la participación de los gobiernos locales Número de Comités Multisectoriales para la reducción de la mortalidad materna neonatal operativos | Actas de acuerdos y compromisos | El personal en su gran mayoría tiene interés de mejorar su nivel de comportamiento y de operativizar algunas acciones que promuevan la interculturalidad, en los servicios de salud |
| Acción 4.2. Generar capacidades en el equipo de salud de la RON para el diseño e implementación de un modelo de generación, seguimiento y evaluación de políticas públicas | <ul style="list-style-type: none"> Número de espacios de concertación de la sociedad civil que han incorporado en los planes locales las acciones a favor de la salud materna y neonatal Número de políticas públicas generadas por los espacios locales, provinciales, regionales, a favor salud materna y neonatal Reuniones técnicas con la defensoría del pueblo para el monitoreo y vigilancia de los derechos en salud Número de defensorías comunales/municipal que vigilan la no vulnerabilidad de los derechos de las usuarias y sus familias en los servicios de salud Número de políticas públicas generadas e implementadas para mejorar la salud materna y neonatal | Actas de reuniones regionales Planes de acción concertada publicados Ordenanzas publicadas Registro de denuncias Acta de acuerdos y de negociación con los servicios Informes de la defensorías comunales Informes de las reuniones de vigilancia a las políticas con los hacedores de política | |

Según el criterio de cada GERESA/DIRESA/DISA, para completar el diseño del perfil del Modelo de Intervención que incluye el marco lógico propuesto, debe aprobarse por el Equipo Gestor Regional y las redes de salud para contar con un proyecto regional participativo. Luego, se podrá canalizar que la búsqueda de recursos sea por fuente de inversión pública regional o local, canon, canon, empresas privadas u otras fuentes donantes.

Una vez aprobado el financiamiento del Proyecto elaborado para la implementación del Modelo de Intervención debe ser elevado al Gobierno Regional y a quienes corresponda para iniciar su implementación.

c. Organización del presupuesto del Modelo de Intervención

Para desarrollar el Presupuesto del Proyecto, puede tomarse como referencia la matriz del SNIP.

Coordinarlo estrechamente con la Oficina de planeamiento de la GERESA/DIRESA/DISA a fin de conciliar los presupuestos destinados a la inversión en salud que llegan del MEF por Presupuesto por Resultado-PpR, otros recursos ordinarios o de los recursos del GR, y conciliar la información con las redes de salud para conocer la inversión que las autoridades locales están destinando a salud en sus diferentes modalidades para el fortalecimiento del sistema local.

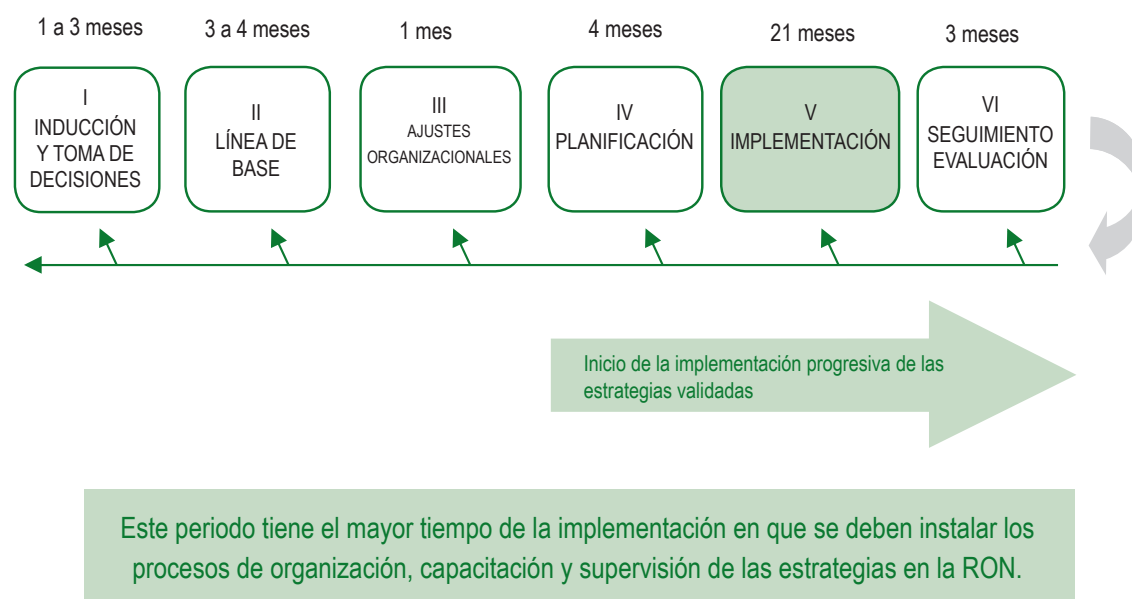
También es posible movilizar aportes desde las empresas privadas, como los que se vienen desarrollando con apoyo de las empresas mineras en las regiones de La Libertad y Ancash, que a través del canon minero se vienen haciendo inversiones a favor de la Salud Materna y Neonatal.

En la matriz general del presupuesto, debe detallarse los gastos que ocasionará la implementación. En el financiamiento deben estar detallados desde los materiales, insumos y herramientas, otros gastos operativos (viajes, viáticos, pasajes, talleres, etc), servicios por terceros, administración institucional.

Si el proyecto considera el fortalecimiento de infraestructura, equipamiento (que ha sido priorizada en el taller regional con las redes) debe usar las herramientas que justifiquen esta inversión y se anexasen al Proyecto final.

El perfil del proyecto y el presupuesto deben ser elevados a los canales correspondientes para su financiamiento e inicio de la implementación.

3. ETAPA V: IMPLEMENTACIÓN DE LA RED OBSTÉTRICA Y NEONATAL (21 Meses)



a. Pasos para organizar la implementación

✓ Aprobación del Plan de intervención

Antes de iniciar el proceso de implementación, el Equipo Gestor Regional conjuntamente con el Equipo del Proyecto ha elaborado el Plan de Implementación de la Red Obstétrica y Neonatal. Este es aprobado por la GERESA/DIRESA/DISA y elevado al GR para que el Equipo del Proyecto inicie la implementación regional.

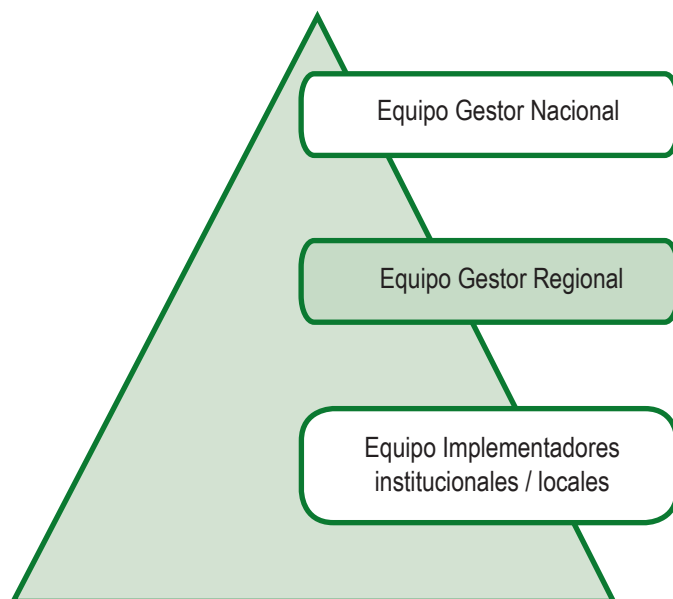
✓ Reunión técnica para planificar el proceso de implementación regional

En el Documento Técnico, se han definido los equipos implementadores y sus roles.

El Modelo tiene tres niveles de gestión:

El Equipo Gestor Nacional

Tiene un Rol Facilitador y de asistencia técnica con las regiones de salud, para lograr la implementación de los procesos. (Integrantes en el nivel nacional ver Documento Técnico del Modelo de Intervención R.M. N° 223-2009/MINSA)



El Equipo Gestor Regional

En cada región, se conformarán EQUIPOS GESTORES REGIONALES quienes realizarán la gestión técnica y administrativa del Modelo en su Región y cumplirán los roles de conducción y facilitación regional. La conducción consiste en convocar y orientar a las instituciones del Sector, además movilizar instituciones y grupos sociales de la Región para el apoyo a la implementación del Modelo. La facilitación está relacionada con la asistencia técnica para la implementación de los procesos.

Así mismo, gestionarán la viabilidad, sostenibilidad e institucionalización del Modelo a nivel regional.

Es necesario que estos equipos gestores regionales definan actividades y responsabilidades en el marco de la mejora de la gestión de las 8 estrategias y que, a su vez, prioricen la capacitación y el monitoreo continuo.

EL EQUIPO GESTOR REGIONAL está integrado por: Comité Regional de Prevención de Mortalidad Materna y Perinatal, además del representante de la Gerencia de Desarrollo Social. Además del:

- ✓ Dirección Regional de Salud
- ✓ Dirección de Salud de las Personas
- ✓ Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva
- ✓ Etapa de Vida Niño
- ✓ Dirección de Calidad
- ✓ Dirección de Epidemiología
- ✓ Dirección de Promoción de Salud
- ✓ Dirección de Recursos Humanos
- ✓ Dirección de Servicios - SRCR
- ✓ SIS / DIGEMID / responsable de banco de sangre y de laboratorio
- ✓ Dirección del Hospital Regional
- ✓ Jefatura de Cabeceras de las Redes de Salud
- ✓ Otros miembros que se consideran de importancia

Quiénes desarrollarán una reunión técnica donde los productos serán:

- ✓ Aprobar el plan de implementación en las redes de salud con cronograma y responsables (aquí la participación de la GERESA/DIRESA/DISA y los miembros del Equipo Gestor Regional es clave, así como del Hospital Regional)

- ✓ Definir el nivel de implementación progresiva de las 8 estrategias, tomando en cuenta los criterios sanitarios de la región de salud y del avance de los procesos. Para ello, los coordinadores de salud, relacionados con las estrategias del Modelo de Intervención, expondrán el grado de avance del fortalecimiento de salud y el equipo propondrá la estructura del progreso de la implementación de los módulos.

En este contexto, el Equipo Gestor Regional puede revisar y tomar los siguientes criterios que se describen a continuación para organizar las Redes Obstétricas y Neonatales de la región:

b. Criterios para desarrollar la Red Obstétrica y Neonatal Regional

⇒ Cambiando paradigmas

| Cambiando el paradigma de intervención | |
|--|---|
| Viejos paradigmas | ¡Nuevo paradigma ! |
| Mujeres de alto riesgo | Toda mujer embarazada corre el riesgo de sufrir complicaciones obstétricas |
| Parteras empíricas | Toda mujer embarazada debe tener acceso a servicios de emergencia obstétrica |
| Riesgo y Predictibilidad | Objetivo: mejorar la disponibilidad, la calidad y la utilización de los servicios que brindan atención de emergencias obstétricas |

Fuente: AMMD

En el contexto internacional, se ha cambiado el enfoque de los paradigmas de intervención para reducir la mortalidad materna y neonatal, ya no se considera necesariamente al enfoque de riesgo ni la predictibilidad. Los gobiernos y los programas están transitando hacia la organización de los servicios de calidad bajo estándares y con capacidad resolutive, según niveles de atención.

⇒ El Uso de Indicadores de Proceso de la ONU para organizar las RON

Los Indicadores de Proceso de la ONU son el referente internacional para determinar si los sistemas de salud en los países en desarrollo cuentan con servicios de salud que brindan atención de Emergencias Obstétricas y Neonatales¹⁸.

Estos indicadores hacen notar las deficiencias a la hora de planificar los servicios disponibles, toda vez que son las zonas rurales, las que no cuentan con suficientes servicios, con el personal de salud calificado para atender EMON, que no funcionan las 24 horas, falta equipos, medicamentos o movilidad de transporte para referir.

A continuación, se presenta una adaptación de los Indicadores de Proceso de la ONU, que brinda orientaciones para organizar la RON. Esta adaptación es una propuesta que recoge las intervenciones de campo de las regiones rurales del país¹⁹.

18 Por la adaptación de los Indicadores de Proceso de la ONU, para el caso peruano, al vincular la organización de las RON en el marco de la normatividad sectorial, se incluye la atención neonatal. Las N.T. relacionan para su implementación Indicadores de Proceso, Estructura y Resultado que no son incompatibles con los Indicadores ONU; por lo contrario, hacen sinergia y se fortalecen.

19 Estudio de Sistematización del Proyecto FEMME. MINSA/CARE Perú. 2007-2009

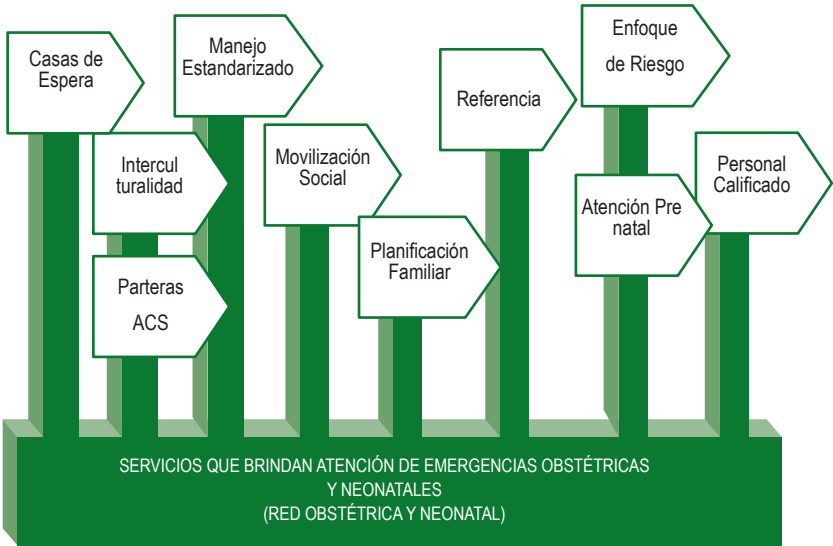
| Indicador de Proceso Naciones Unidas | Definición | Nivel recomendado | NUMERADOR | DENOMINADOR | Tipo de indicador |
|--|---|--|--|--|-------------------|
| 1. Cantidad disponible de establecimientos quebrindan atención de Emergencias Obstétricas y Neonatales | Número de establecimientos con FONB Número de establecimientos con FONE | FONB: criterios sugeridos - Perú: -Ubicación zona rural, dispersa y pobre -Población 10 a 30 mil habitantes -Partos: mínimo 70 - 80 anuales -2-4 horas al FONE Los hospitales con FONE en el Perú están definidos | <ul style="list-style-type: none"> Número de establecimientos con FONB implementados que cumplen con más del 80% de las FON Número de establecimientos con FONE implementados que cumplen con más del 80% de las FON | <ul style="list-style-type: none"> Número de establecimientos con FONB requeridos Número de establecimientos con FONE requeridos | DISPONIBILIDAD |
| 2. Distribución geográfica de los establecimientos con FON | Conformación de la Red Obstétrica y Neonatal | 100% de las regiones cuentan con el número mínimo aceptable de establecimientos con FONE y FONB | Red Obstétrica y Neonatal organizada y funcional por región | Número de regiones a nivel nacional | DISPONIBILIDAD |
| 3. Proporción de todos los nacimientos en establecimientos con FON | Partos atendidos en establecimientos con FONB y FONE | Mínimo: 80% de partos esperados | <ul style="list-style-type: none"> Número de partos atendidos en establecimiento con FONB Número de partos atendidos en establecimiento con FONE | <ul style="list-style-type: none"> Número de partos esperados en establecimiento con FONB Número de partos esperados en establecimiento con FONE | USO |
| 4. Necesidad satisfecha de atención de las complicaciones obstétricas en los establecimientos con FON | Proporción de mujeres con complicaciones obstétricas tratadas en los establecimientos con FON | Mínimo: 80% de las complicaciones atendidas (se estima que el 15% de las gestantes se complican) | <ul style="list-style-type: none"> Número de complicaciones resueltas en establecimiento con FONB Número de complicaciones resueltas en establecimientos con FONE | <ul style="list-style-type: none"> Número de complicaciones esperados en establecimiento con FONB Número de complicaciones esperados en establecimiento con FONE | USO |
| 5. Acceso a la cesárea | Partos por cesárea de gestantes que proceden de zona rural o de los quintiles I y II de pobreza | Mínimo: 10% | Número de cesáreas en mujeres que proceden de quintil I y II de pobreza | Número de gestantes esperadas que provienen de quintiles I y II de pobreza | USO |
| 6. Tasa de letalidad | Proporción de mujeres con complicaciones obstétricas admitidas en un establecimiento que fallecen | Máximo: 1% | Número de muertes maternas en los EE.SS. | Total de mujeres con complicaciones obstétricas admitidas en los EE.SS. | CALIDAD |

20 Uso de Indicadores de Proceso de la ONU para los Cuidados Obstétricos de Emergencia (COEm). Preguntas y Respuestas. Anne Paxtóm, Deborah Maine, Nadia Hijab. Programa Monitoreo y Evaluación AMDD. Universidad de Columbia. Enero 2003
Nota: En regiones que cuenten con establecimientos con FONI incluirlos para el análisis de los indicadores arriba descritos.

⇒ Focalizar la atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales

En las últimas décadas, los gobiernos han invertido considerables recursos para mejorar la salud materna y neonatal. Fueron diversos los enfoques que se desarrollaron para reducir y mejorar la situación MN, desde casas de espera, trabajo con parteras, capacitación al personal de salud, etc. Sin embargo, mientras todas las acciones desarrolladas hasta la fecha buscaban un mismo objetivo, no serían suficientes, porque es evidente que las Emergencias Obstétricas y Neonatales si bien no pueden ser prevenibles, si pueden ser tratadas si se acude a los servicios de salud con capacidad resolutive, implementadas según norma, operativos y funcionando 24 horas todo el año con personal calificado.

Atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales es la ¡BASE!



Enfoque: Proyecto FEMME. AMDD. Universidad de Columbia.
Adaptado por CARE Perú / ESNSSR-MINSA

⇒ ¿Porqué intervenir en sistema de red de servicios?

Haciendo énfasis en el enfoque de la atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales como base para reducir la MMN, es necesario entender que la Red Obstétrica y Neonatal debe cubrir todo su ámbito y fortalecer los servicios, según los criterios y estándares aquí descritos. Porque las evidencias de la mortalidad materna en el mundo, en el Perú y en las regiones de alta mortalidad materna, nos dicen que la primera causa de mortalidad son las hemorragias, y se tiene dos horas para poder salvarlas. Las mujeres requieren de servicios con capacidad resolutive que atiendan 24 horas, que cuente con personal calificado con los insumos necesarios y el equipamiento según niveles de capacidad resolutive.

Estimación del tiempo desde el inicio de la complicación hasta la muerte

| ¿Por qué estimar tiempos en la organización de las Redes Obstétrica y Neonatales? | Complicación | Horas | Días |
|---|-----------------|-------|------|
| Los recursos financieros no siempre estarán disponibles, debemos ser estratégicos para organizar la RON, implementando las evidencias generadas podemos alcanzar resultados en el mediano plazo. Hay mínimos aceptables y las evidencias dicen que es posible alcanzar resultados. | Hemorragia: | | |
| | Postparto | 2 | |
| | Anteparto | 12 | |
| | Ruptura uterina | | 1 |
| | Eclampsia | | 2 |
| | Parto obstruido | | 3 |
| | Infección | | 6 |

Fuente: Anne Paxton, Oficina Principal de Programas, Monitoreo y Evaluación, AMDD Deborah Maine, Directora de Programas, AMD Nadia Hijab, Consultora, AMDD. <http://www.amdd.hs.columbia.edu>

⇒ Definiendo categorías de conceptos

El Modelo de la Intervención ha definido como eje de resultados a alcanzar:



Mejorar la **Disponibilidad** de los servicios que brindan atención de las EMON con prioridad en las zonas rurales, pobres y dispersas del país donde ocurre la mayor concentración de MMN.



Mejorar la **Calidad** de atención en los servicios que brindan atención de EMON y hacer uso de estrategias que fortalecen la Mejora Continua de la Calidad. Indicadores claves: Medir la disminución de la tasa de letalidad materna y neonatal en los servicios de salud.



Incrementar el uso de los servicios por parte de las mujeres y RN que sufren complicaciones obstétricas. La MMN tiene una relación directa con el uso de los servicios de la RON. Si las mujeres y los RN, desde antes de sufrir la complicación usan los servicios de salud con capacidad resolutive, entonces, hay una disminución clara de la MMN.

Las regiones con alta MMN tienen baja cobertura de las EMON, alta tasa de letalidad, y no disponen de servicios rurales organizados bajo estándares de las RON.


| CATEGORÍA DE LOS CONCEPTOS | ¿Qué significa? Usualmente ¿qué se encuentra en las regiones? |
|--|--|
| ¡Construyendo indicadores eficaces y medibles! | <ul style="list-style-type: none">• Existe hoy consenso internacional para hacer más seguros el embarazo y el parto, que incluye asegurar que las mujeres con complicaciones obstétricas y sus RN reciban oportunamente la atención médica necesaria• El enfoque hacia la atención de la emergencia es necesaria para reducir la morbilidad materna y neonatal• Más gobiernos están integrando la atención de las EMON en el centro de los programas de salud materna y neonatal, y reconocen la importancia de evitar la muerte y discapacidad entre las mujeres y los RN |
| Disponibilidad | <ul style="list-style-type: none">• Caracterizar la Disponibilidad, Calidad y Uso en los servicios de salud están descritos en documentos internacionales y desde los DESC (Observatorio 14)• Los Indicadores de Proceso de Naciones Unidas definen, por disponibilidad, contar con establecimientos bajo estándares, disponibles y ubicados en las zonas de mayor dificultad de acceso, funcionando 24 horas los 365 días del año• No será disponible si solo se tiene infraestructura• No será disponible si teniendo infraestructura, no cuenta con el equipamiento, insumos, medicamentos para las EMON, vestuarios, y otros disponibles, según categoría• No será disponible si teniendo lo anterior no cuenta con personal de salud debidamente calificado para la atención de las EMON• Menos todavía si no cuenta con un SRCR organizado desde la comunidad hasta los niveles de mayor capacidad resolutive en la red de servicios de salud de la región• No será disponible si el servicio ubicado en zona rural, sea andina o amazónica, no brinda una atención con enfoque intercultural en el marco de los derechos en salud• Mucho más desde un enfoque de derechos, no será disponible si no se ha logrado disminuir las brechas geográficas (casas maternas), del idioma y económicas (el aseguramiento), de manera participativa con la comunidad y las autoridades locales• Considerando el marco legal aquí descrito y destacando la Ley N° 29334 del Aseguramiento Universal –donde se faculta el acceso y uso de los servicios con calidad y oportunidad como principios básicos del ejercicio de los derechos en salud de las mujeres pobres que viven en zonas de riesgo, no es disponible si por razones de la oferta, no hacen uso de los servicios de salud |

| CATEGORÍA DE LOS CONCEPTOS | ¿Qué significa? Usualmente ¿qué se encuentra en las regiones? |
|---|---|
| Calidad | <ul style="list-style-type: none"> • Los Indicadores de Calidad por excelencia son: la TASA DE LETALIDAD OBSTÉTRICA y la TASA DE LETALIDAD NEONATAL. • Otros Indicadores de Calidad están descritos en la N.T. estándares de calidad de FON, sea como estructura, proceso y resultado • También, desde el enfoque de la MCC, se evaluarán “procesos” de la organización de los servicios de salud • Todos los módulos del Modelo de Intervención están orientados a buscar estándares de calidad |
| Uso | <ul style="list-style-type: none"> • Incremento del uso de los servicios, sea a nivel de partos institucionales, atención de Emergencias Obstétricas y Neonatales • Incremento de la tasa de cesárea en las zonas rurales y en los quintiles más pobres • Para medir el uso es necesario contar con información confiable de las atenciones de las EMON en los servicios de salud intervenidos, disponer de registros estandarizados en los niveles locales y contar con sistema de información actualizada del SIP2000, SIS, SRCR • Establecer la tendencia en un periodo de la intervención del uso de los servicios en la RON, por parte de las mujeres que sufrieron complicaciones obstétricas, así como sus RN |
| DISPONIBILIDAD + CALIDAD + USO = CARACTERIZACIÓN DE LA RED OBSTÉTRICA Y NEONATAL QUE DEBE SER CONSTRUIDA CON LA GESTIÓN Y LA PARTICIPACIÓN DE ACTORES DESDE EL NIVEL REGIONAL / LOCAL | |
| Finalidad de la Red Obstétrica y Neonatal: | <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la disponibilidad de los establecimientos que brindan atención de las EMON • Mejorar la distribución de estos establecimientos • Mejorar el acceso a estos establecimientos • Incrementar el uso de las mujeres gestantes y sus RN que sufren complicaciones • Mejorar la calidad de los servicios que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales |
| Contribución del Enfoque del Modelo de Intervención: | <ul style="list-style-type: none"> • Enfatiza el funcionamiento de Establecimientos bajo estándares • Estimula revisiones de políticas regional - local • Mejora la disponibilidad de los Establecimientos que brindan atención de las EMON • Identifica intervenciones necesarias, como: <ul style="list-style-type: none"> - Capacitación clínica en CDC - Supervisión capacitante (permanente) - Protocolos estandarizados - Auditoría para mejora de procesos - Logística para equipamiento y mantenimiento - Procesos varios de mejora continua de la calidad - Logística para medicamentos e insumos - SRCR manejo estandarizado y atención oportuna - Según la realidad local, incorporará la adecuación intercultural y otros |

| CATEGORÍA DE LOS CONCEPTOS | ¿Qué significa? Usualmente ¿qué se encuentra en las regiones? |
|----------------------------------|---|
| Capacidad Resolutiva por niveles | <ul style="list-style-type: none">Los Establecimientos de Salud pueden jugar un rol muy importante en la reducción de la MMN (ubicados estratégicamente y con criterios)Mejorando los Establecimientos de Salud, según niveles de capacidad resolutiva, las FONB:<ul style="list-style-type: none">Descongestiona los hospitales (inclusive en las ciudades urbanas)Mantiene los costos del sistema más bajoDisminuye distancias y reduce costos al acceso de la demanda al EE.SS.Cumple con las expectativas de la población rural de tener el sistema de salud más cerca de sus comunidadesFortalece todo el sistema de Red de Servicios |

Fuente: sistematización FEMME. 2009

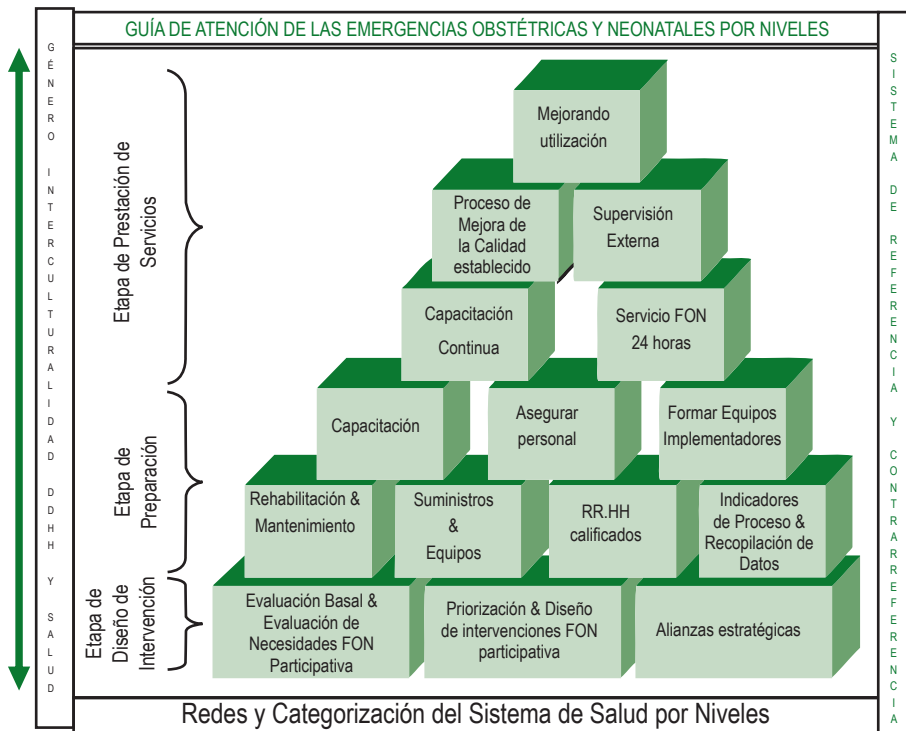
⇒ Consideraciones claves para la organización de la Red Obstétrica y Neonatal

| | |
|---|---|
| <p>1) Distribución geográfica:</p> <p>Un país puede organizar y mejorar la disponibilidad de servicios que brindan atención de EMON, implementando la red de servicios en las regiones. La distribución geográfica de la RON debe cubrir todo el ámbito de la región. Es clave considerar a los corredores económicos - sociales. Zonas dispersas y excluidas a 3 mil y/o 4 mil m.s.n.m.</p> | <p>Ejemplo: RON - Ayacucho</p>  |
| <p>2) Distancias y tiempos:</p> <p>Los establecimientos FONB pueden estar disponibles entre 2 y 4 horas (entre ellas y el FONE).</p> <p>Los establecimientos FONE mejoran su disponibilidad en promedio de 6 horas de distancia de otro FONE.</p> <p>Sin embargo, tomando en cuenta criterios de dispersión geográfica y difícil acceso, el sistema de salud puede mejorar e incrementando otros FONB y FONE utilizando criterios para zonas de alta dispersión geográfica y de extrema pobreza.</p> | |
| <p>3) Población:</p> <p>Estándar ONU: cada 125 mil habitantes--- 1 COEm Básico (FONB) cada 500 mil habitantes --- 1 COEm Completo (FONE)</p> <p>Propuesta PERÚ: en zonas rurales, dispersas con difícil acceso hay lecciones aprendidas que permiten establecer un FONB en comunidades entre 8-10 mil hasta 30 mil habitantes dependiendo de la accesibilidad y la dispersión. Objetivo: mejorar la disponibilidad de los servicios en las zonas más deprimidas</p> | <p>4) Producción de los servicios:</p> <p>Siguiendo el criterio anterior, podremos encontrar que estos EE.SS. van a atender entre 80 - 150/200 partos al año (para seleccionar un FONB puede considerar este criterio)</p> <p>Implementar FONB es clave para promover los partos institucionales en las zonas rurales y se pueden atender las Emergencias Obstétricas y Neonatales según niveles de Capacidad Resolutiva</p> |

| | |
|---|---|
| <p>5) Criterios de Organización y Gestión:</p> <p>Organizada la Red Obstétrica y Neonatal estas deben cumplir con FON según niveles de atención.</p> <p>Ejemplo, Un establecimiento con las FONB:</p> <ul style="list-style-type: none">• Deben funcionar 24 horas del día todo el año.• Tener personal de salud capacitados con competencias y disponibles las 24 horas• Tener infraestructura adecuada, equipamiento operativo, insumos, medicamentos, vestuarios, mobiliarios, SRCR, según estándares y niveles de capacidad resolutive | <p>6) La Práctica en los Servicios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cumplimiento de las Funciones Obstétricas y Neonatales por niveles• Manejo estandarizado de las EMON• Competencias y habilidades del personal• HC completas y de calidad• Registros estandarizados EMON a nivel de la Red Obstétrica y Neonatal• Auditoría de la calidad• Acciones de prevención de eventos adversos, seguridad del paciente e IIH |
| <p>7) SRCR y Red de Laboratorios y Centros de Hemoterapia:</p> <ul style="list-style-type: none">• La RON debe tener un SRCR regional, red de laboratorios y centros de hemoterapia instalados y funcionando• La Unidad del SRCR debe ubicarse de preferencia cerca a la emergencia• Debe contar con medios de comunicación y transporte, estar disponible las 24 horas del día y publicados, según rol• El SRCR coordina y comunica las EMON desde los primeros niveles de atención y el hospital apoya y asiste el traslado, espera y brinda atención oportuna y de calidad a las EMON referidas• Las Emergencias Obstétricas y Neonatales deben referirse, según guías de atención y manejo estandarizado | <p>8) Equipos implementadores de la Red Obstétrica y Neonatal</p> <p>El Comité para reducir la Mortalidad Materna y Perinatal debe liderar el proceso de implementación de la RON y promover la conformación de los equipos implementadores:</p> <ul style="list-style-type: none">• Equipo de respuesta a la emergencia• Equipo de supervisión interna• Equipo de analisis de la información• Equipo de fortalecimiento de competencias y capacidades• Equipo de Auditoría y Calidad• Equipo de SRCR |

Fuente: sistematización Proyecto FEMME. 2009

⇒ **Etapas de la organización de la Red Obstétrica y Neonatal**



El Modelo de Intervención para la RON sigue las etapas descritas en el gráfico adjunto. Cada etapa tiene un ciclo de la intervención que se va fortaleciendo y desarrollando: capacidades de gestión, habilidades y destrezas en el Personal de alud, etc. Para el caso del Perú, se han considerado las Normas del MINSA, promover la interculturalidad y los derechos en salud, manejo estandarizado y la categorización de los servicios.

Fuente: AMDD. Universidad de Columbia. USA. 2007.
Adaptado por CARE Perú/ESNSSR-MINSA

c. Metodología sugerida para la implementación de la Red Obstétrica y Neonatal a nivel de las redes de salud (los Anexos del Módulo 8 están relacionados con la implementación del Modelo de Intervención)

Es la etapa donde se desarrollan las actividades previstas en la planificación, ya sea a nivel regional o a nivel de la red de salud. En este proceso, se puede contar con el apoyo o asistencia técnica externa del MINSA, GERESA/DIRESA/DISA, el Hospital Regional de mayor capacidad resolutive u otros facilitadores.

Este momento cuenta con un Plan de Arranque de la implementación (taller de tres días), el cual se desarrolla en todos los establecimientos de la Red Obstétrica y Neonatal seleccionadas para la intervención. Como producto del taller, el establecimiento intervenido conoce todos los procesos a desarrollarse, establece una ruta para implementar las 8 estrategias validadas y define acciones para mantener los estándares mínimos para cumplir Funciones Obstétricas y Neonatales. Así, también, asume el compromiso, se empoderan con el proceso y logra movilizar a las autoridades locales y grupos organizados de la comunidad para mejorar la Salud Materna y Neonatal.

La propuesta de inicio de la implementación de las Redes Obstétricas y Neonatales en cada ámbito de intervención se realiza luego de la socialización de los resultados de la Línea de Base de la Disponibilidad, Calidad y Uso de los servicios en la atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales.

El Plan Regional de Implementación de la RON debe ser revisado y aprobado por el Equipo Gestor Regional. Los integrantes se organizan para desarrollar este proceso a nivel de las redes de salud consideradas claves para la intervención. Los plazos son muy importantes a partir de esta fase, porque las acciones a desarrollar concentran la implementación de procesos regionales para mejorar la organización de la oferta de servicios, fortalecer lo que ya puede estar instalado, o volver a replantear las estrategias contenidas en el Modelo de Intervención.

El Equipo Gestor Regional, debe apoyar la incidencia del tema con las autoridades locales y actores claves de la comunidad para movilizar los esfuerzos y compromisos a favor de la Salud Materna y Neonatal.



Los miembros responsables de la implementación en las Redes de Salud, tienen cualidades de liderazgo y reconocimiento. Deben tener capacidad de convocatoria, habilidades para incidencia con las autoridades y debe ser conocedor de la implementación de todos los procesos, para tener solvencia en la asistencia técnica.

La GERESA/DIRESA/DISA debe prever la capacitación de este Equipo.

Los implementadores deben tener en cuenta que el proyecto tiene un periodo de tiempo (de 3 a 5 años) y, en este periodo, se espera alcanzar las metas establecidas.

(La propuesta de Plan de Arranque para revisar / adaptar ver referencia Pág. 63)

A continuación, revisemos la Hoja de Ruta para la implementación de la Red Obstétrica y Neonatal.

Hoja de Ruta para la implementación de la Red Obstétrica y Neonatal

| MOMENTOS | Estrategias | Contenidos / herramientas | p e n s a r e n l a s o s t e n i b i l i d a d d e s d e e l i n i c i o |
|---|---|---|---|
| INICIO: <ul style="list-style-type: none"> Sensibilización - Reuniones técnicas con autoridades Visita a los Establecimientos de salud FON Conformación Equipos de Trabajo: <ol style="list-style-type: none"> Respuesta a la emergencia Supervisión interna Calidad y auditoría Análisis de la información Desarrollo de Competencia y Capacidades SRCR | Inicio de la Organización de la Red Obstétrica y Neonatal por REDES (1 ^{er} Taller de Arranque por Redes) Clave: Compromiso de GERESA/ DIRESA/DISA, GR y Municipios | <ul style="list-style-type: none"> Instrumentos de implementación (monitoreo): <ul style="list-style-type: none"> Resultados de la LB Plan de Visitas (Recorrido) por los servicios por niveles Cuaderno del Facilitador Plan de MCC para mantener estándares (bimensual) | |
| IMPLEMENTACIÓN: <ol style="list-style-type: none"> Capacitación de equipos de trabajo, problematización y socialización de los procesos y resultados que los equipos de trabajo desarrollarán y acompañamiento Implementación de las 8 estrategias validadas en la Organización de la Red Obstétrica y Neonatal Metodología del sistema de monitoreo y supervisión de la Red Obstétrica y Neonatal | <ul style="list-style-type: none"> Continúa con la Organización de la Red Obstétrica y Neonatal por GERESA/DIRESA/DISA, según cronograma. Implementación 8 Estrategias: <ol style="list-style-type: none"> Manejo estandarizado CDC - EMON Auditoría y calidad Estándares - Indicadores- Registros estandarizados SRCR Gestión del riesgo seguridad del paciente y PIIM Género, Interculturalidad y DD.HH en salud Implementación, MyE | <ul style="list-style-type: none"> Instrumentos para monitoreo Plan de Visitas (Recorrido) por los servicios Plan de Trabajo de Acción Cuaderno de trabajo para cada Equipo, con herramientas definidas y validadas Las 8 estrategias tienen una estructura, contenido por desarrollar. (ver módulos) Intercambio de experiencias Supervisiones cruzada Metodología de la Supervisión Capacitante | |
| FORTALECIMIENTO DEL MODELO: Involucrar en esta etapa, a las autoridades sanitarias, políticas y sociedad civil para incorporarlos al proceso de transferencia y consolidación del modelo | Incidencia política y alianzas estratégicas | <ul style="list-style-type: none"> Cuaderno de Incidencia Política. (Para el personal de salud) Doc. Capacitación sistematizados Documentación de resultados para difundir a escala | |
| CONSOLIDACIÓN Y TRANSFERENCIA: <ul style="list-style-type: none"> Reforzar y consolidar el modelo de la Red Obstétrica y Neonatal Transferir MINSA | <ul style="list-style-type: none"> Fortalecer capacidades en el equipo de salud a nivel de gestión y el trabajo técnico y de DD.HH desde GERESA/ DIRESA/REDES Involucrar a las universidades e institutos tecnológicos | <ul style="list-style-type: none"> Cuaderno de incidencia política Documentos de capacitación sistematizados Documentación de resultados y Difusión de la intervención (evaluaciones, boletines, sistematización de experiencias, videos, etc.) | |
| FASE DE EVALUACIÓN Concluida la intervención, definir el Plan de Evaluación final | <ul style="list-style-type: none"> Desarrollar este proceso de manera participativa con los actores claves | <ul style="list-style-type: none"> Indicadores claves Retroalimentación Monitoreo y Seguimiento | |

Sistematización FEMME. Elaboración propia. Actualizado febrero de 2009 CARE Perú / ESNSSR-MINSA

✓ INICIO - Modelo del Taller de Arranque

El Equipo Gestor Regional, con el equipo encargado de la implementación del Proyecto, inician el proceso de implementación en las redes de salud, mediante el 1^{er}. Taller de Arranque, que organiza la Red Obstétrica y Neonatal. En este Taller se socializa los resultados de la LB, se informa de los procesos que se instalarán en la intervención (8 estrategias), se conforman equipos de trabajos para sostener la implementación del Modelo y se evalúa los estándares del servicio (puede ser FONB, FONE, FONI regional). Luego, se elaborará un Plan de Acción el cual se evaluará cada dos/tres meses. Finalmente, se hace incidencia con las autoridades locales para apoyar las acciones a favor de la salud materna y neonatal en el ámbito local.

A continuación, presentamos el Modelo del Plan de Arranque de la DIRESA Ancash que se desarrolla para la implementación de la RON.

Plan de Implementación para mejorar la disponibilidad, acceso uso y calidad de la atención de las Redes Obstétricas y Neonatales en las Redes de Salud - Ancash.
Junio, 2008

TALLER PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE REDES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES EN LA REGIÓN DE SALUD - ANCASH, junio de 2008

I.- Antecedentes

Más de 10 millones de niños y medio millón de madres mueren cada año en el mundo, pese a que la mayoría de estas defunciones pueden evitarse, 70 millones de madres y sus recién nacidos están excluidos de una atención sanitaria a la que tienen derecho. Son este grupo los que representan el bienestar de una sociedad y el potencial del futuro.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF estiman que cerca de 585,000 mujeres mueren cada año debido a complicaciones en el embarazo o parto, las cuales se constituyen en la primera causa de muerte y de discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva a nivel mundial, mientras que los niveles de mortalidad infantil son, en promedio, 10 veces mayores en los países en desarrollo que en los desarrollados.

La mortalidad materna, según la ENDES 2000, fue de 185 por cada 100 mil nacidos vivos. El Perú se ubica en el tercer lugar, después de Haití y Bolivia. Su razón de muerte materna era 1.5 veces más alta que el promedio de América Latina²¹.

Por otro lado, la Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud realizó estimaciones para el año 2001, encontró que la razón de mortalidad materna a nivel nacional era de 168 por cada cien mil nacidos vivos, que muestra amplias variaciones entre regiones. Se destaca que, para la región Ancash, el riesgo de morir para una mujer al momento del parto es 4 veces mayor que en la región Ica.

Bajo esta perspectiva el Gobierno peruano ha reorientado los programas dirigidos a las poblaciones pobres y de extrema pobreza, y a la reducción de la mortalidad materna y neonatal (del 2004 al 2006), apoyado en:

Los lineamientos de política del Sector reconocen la muerte materna e infantil como problemas prioritarios a resolver, se plantea la extensión y universalización del aseguramiento en salud, y fortalecer las acciones del SIS y un nuevo modelo de atención integral de salud.

En relación con el Presupuesto por Resultados, se trata de identificar las brechas de cobertura y calidad en los servicios esenciales que debe brindar el Estado en cada distrito, provincia y región, para dar prioridad a la asignación de los recursos públicos y cubrir las necesidades y resolver los problemas existentes en esas áreas.

En esa misma línea, el Acuerdo Nacional, suscrito el 22 de julio del 2002, con representación nacional y del gobierno para establecer Políticas de Estado, así en 10 de las 29 políticas acordadas, reafirma el compromiso de actuar para generar un desarrollo humano integral, superar la pobreza, y promover la igualdad de acceso a las oportunidades sin ningún tipo de discriminación.

21 La razón de muerte materna corresponde al periodo de 10 años previos a la encuesta

Para regular la organización y los procesos del sistema de referencia y contrarreferencia, se emite la R.M. N° 751-2004 / MINSA donde se homogenizan los lineamientos técnico-normativos que garantizan la continuidad de la atención de salud de la población. Esta norma es complementada con las directivas de categorización.

Además, los programas responsables de la descentralización y municipalización como el Programa Juntos está canalizando en forma responsable los recursos del Estado en beneficio de las familias más pobres de la población rural.

En el ámbito regional, la Región de Salud Ancash, aún mantiene tasas considerables de morbilidad y mortalidad materna y neonatal, las cuales incrementan las brechas si se compara entre provincias, Huari, Pomabamba, Sihuas, Mariscal Luzuriaga y Antonio Raymondi son las más afectadas. A nivel de la Región Ancash, la mortalidad materna en el 2006 fue de 101 x 100,000 nacidos vivos, y la tasa de mortalidad perinatal fue de 21 por 1000 nacidos vivos.

Es prioridad del Gobierno Regional de Ancash y de las políticas regionales de salud, mejorar las condiciones de vida de las familias, sobre todo, las que viven en las zonas rurales y en condiciones difíciles, y promueve programas y proyecto sociales de manera concertada, a fin de lograr la sostenibilidad en la región.

Para la DIRESA Ancash, el sistema sanitario cuenta con 410 establecimientos de salud dependientes del MINSA (341 puestos, 57 centros y 12 hospitales), organizados en 6 redes, 29 microrredes y 2 Hospitales referenciales, Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón de Chimbote y el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz. En el 49% de los establecimientos, se cuenta solo con personal técnico y la concentración de profesionales por 10,000 habitantes es de 3.01 médicos, 2.39 enfermeras y 1.25 obstétrices.

Actualmente, la Región Ancash cuenta con fondos del canon minero, el mismo que constituye una gran oportunidad para contribuir a la resolución de problemas sanitarios prioritarios como la morbi mortalidad materno neonatal. Bajo esta perspectiva, se está implementando el Proyecto de Fortalecimiento de la Atención de Emergencias Obstétricas y Neonatales en los Servicios de Salud. Este nace como una iniciativa de la Dirección Regional de Salud Ancash y CARE, luego de conocer la intervención de la experiencia del proyecto FEMME en Ayacucho, su finalidad fue mejorar la disponibilidad, calidad, acceso y uso de los servicios obstétricos de emergencia por parte de las mujeres gestantes de la región (2000-2005), la validación de estrategias basada en evidencias para reducir la mortalidad materna, su diseño y resultados que han sido la base para la elaboración del presente proyecto.

El proyecto incide, específicamente, en los objetivos 4 y 5 de la declaración del Milenio ODM. En la Cumbre del Milenio, celebrada en 2000, los Estados Miembros de las Naciones Unidas acordaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en los que se exhorta a reducir en $\frac{3}{4}$ la mortalidad materna y mejorar la salud infantil antes del año 2015.

El Proyecto tiene como finalidad: Contribuir en la reducción de la morbimortalidad materna neonatal con prioridad en la zona rural más pobre de la región Ancash, que involucra la participación de la sociedad civil concertada, durante el periodo 2007-2010.

II.- Objetivo general

Acompañamiento al Equipo Técnico responsable de las Redes de Salud de la Región Ancash, en la implementación, monitoreo y supervisión del “Modelo de Intervención” de las Redes Obstétricas y Neonatales en el ámbito del proyecto “Fortalecimiento de la Atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales en los Servicios de Salud en la región Ancash 2007-2010” (Alli Mama Alli Wawa).

2.1 Objetivos específicos:

- Socializar con el personal de salud de las Redes de Salud, los resultados generales del Estudio Basal: Evaluación de la Disponibilidad, Calidad y Uso de los servicios obstétricos y neonatales y Diagnóstico Cualitativo: Percepción de la Comunidad y los Servicios de Salud en el ámbito de intervención de la Región Ancash 2007
- Socialización de las Estrategias Validadas del proyecto FEMME/CARE y Averting Maternal Death and Disability²² - AMDD (Universidad de Columbia - USA):

22 AMMD: Es un programa de la Universidad de Columbia-USA, que implementó iniciativas para reducir la mortalidad materna en más de 50 países.
Traducción: Disminuyendo la Mortalidad y Discapacidad Materna

Estrategias Cuidados Obstétricos de Emergencia - COEm²³ - claves para la reducir la mortalidad materna

- Socialización del Plan de implementación y la construcción participativa del Plan de Trabajo con cronograma y responsables para el inicio de la implementación de la Red Obstétrica y Neonatal en las Redes de Salud en los próximos años

III.- Resultados esperados del Taller:

- El personal de salud de las Redes participantes conocen los resultados del Estudio de Evaluación de la Disponibilidad, Calidad y Uso de los servicios obstétricos y neonatales y Diagnóstico cualitativo: Percepción de la comunidad y del personal de salud sobre la atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales en los servicios de salud en la Región Ancash. 2007
- El Equipo Técnico encargado del proceso de implementación de las redes obstétricas y neonatales en el ámbito de intervención, inicia la aplicación de los conceptos estratégicos del enfoque “Emergencias Obstétricas y Neonatales”, a nivel de las Redes Obstétricas y Neonatales, y son actores claves en el inicio de la implementación y los demás procesos
- El Equipo y el personal de salud de las Redes de Salud se comprometen, identifican y priorizan procesos, estrategias y aliados estratégicos para iniciar el Plan de Implementación de la Red Obstétrica y Neonatal en su Red de Salud y establecen un cronograma de trabajo.

IV.- Metodología:

Expositiva / participativa / ejercicios / trabajos en grupos/ recorrido por los servicios/ presentación videos/ plenarias

V.- Sede y fecha:

Hospitales de apoyo/ Municipalidad/ Colegio

- Red Conchucos
- Red Huaylas
- Red Pacífico

VI.- Organizadores:

DIRESA Ancash

Equipo de la Red Obstétrica y Neonatal

Redes de Salud: Huaylas, Conchucos y Pacífico

Hospitales involucrados

CARE: Coordinación Nacional

Equipo Técnico del Proyecto Alli Mama Alli Wawa-Oficina Regional CARE Ancash

VII.- Recursos:

7.1 Participantes:

Representantes de la Dirección de servicios, ESNSSR, Etapa de Vida Niño del MINSA
INMP

EX IDREH

Representantes de la DIRESA - Ancash

Directores de las Redes de Salud

Autoridades locales y representantes de la sociedad civil

Equipo Técnico de la Red de Salud encargado de la implementación de la Red Obstétrica y Neonatal:

- Equipo Técnico de la Red Obstétrica y Neonatal de la Dires-Ancash /Directores de Hospitales de apoyo/Jefe de la Oficina de Desarrollo Institucional /Jefe de Personal / Responsables de Capacitación / Responsable de la Dirección de servicios /

23 COEm: Modelo y Estrategia internacional para reducir la Mortalidad Materna: Cuidados Obstétricos de Emergencia, en el Perú el Ministerio de Salud ha denominado FON: Funciones Obstétricas y Neonatales

Responsable de la ESNSSR / Responsable de la Etapa de Vida Niño / Responsable de Promoción de la Salud / Responsable de Calidad / Responsable del SIS / Responsable SRCR/ Responsable de Farmacia / Responsable de Laboratorio/Responsable de Estadística / Jefatura del Departamento de Obstetricia y Ginecología / Jefatura del Servicio de Neonatología / Jefatura del Departamento de Emergencia / Jefatura de Enfermería /Jefatura de Obstetricia y Personal de salud profesional y técnico con compromiso institucional y liderazgo

7.2 Materiales:

- Libro de la Línea de Base
- Equipo Multimedia (Data show-Computadora)
- Impresora
- Materiales de capacitación y de escritorio (papelógrafos, plumones, masking tape, banners, pionners, solapines, lapiceros, pizarra acrílica, fotocopias, cuaderno, otros)

7.3 Financiamiento:

- Fondo Minero Antamina

PROGRAMA DEL TALLER

| DÍAS | HORA | CONTENIDOS |
|---------|---------------|---|
| 1er Día | 08:00 - 08:30 | Inscripción y entrega de materiales |
| | 08:30 - 08:45 | Bienvenida a los participantes a cargo del Director de la Red de salud sede del taller |
| | 08:45 - 09:00 | Inauguración del Taller a cargo del Director Regional de la DIRESA Ancash |
| | 09:00 - 09:10 | Presentación de los objetivos del taller y resultados esperados - DIRESA Ancash |
| | 09:10 - 09:45 | Indicadores de Proceso - ONU en estrategias de programas de reducción de la mortalidad materna |
| | 09:45 - 10:00 | REFRIGERIO |
| | 10:00 - 12:00 | Socialización de los resultados de la Evaluación Basal de la Disponibilidad, Calidad y Uso de los servicios obstétricos y neonatales y del Diagnóstico Cualitativo “Percepción de la Comunidad y del personal de salud en los Servicios de Salud”, Región Ancash 2007 |
| | 12:00 - 13:00 | Comentarios, Preguntas y Respuestas. |
| | 13:00 - 14:30 | Ocho Estrategias Validadas para la reducción de la Mortalidad Materna proyecto FEMME de CARE Perú-AMDD |
| | 14:30 - 15:30 | ALMUERZO |
| | 15:30 - 16:00 | ¿Por qué la Estrategia de las Redes Obstétricas y Neonatales?, conceptos básicos y adaptación del Modelo para la Organización de la Red Obstétrica y Neonatal en la Región Ancash. Preguntas y comentarios |
| | 16:00 - 16:30 | Manejo Estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales como estrategia para reducir la MMN en la Región Ancash. Comentarios, sugerencias y preguntas |
| | 16:30 - 17:30 | Situación y uso de los Registros Estandarizados en la Red Obstétrica y Neonatal en las Redes de Salud |
| | 17:30 - 18:00 | Trabajo de grupo: Propuestas para mejorar el sistema de registros Materno y neonatal los servicios de las Redes de Salud (Resultados a ser tomados en cuenta en el Plan de Trabajo de las Redes) |
| | | Plenaria |
| | | EVALUACIÓN DEL PRIMER DÍA (Equipo 1) |

| DÍAS | HORA | CONTENIDOS |
|---------|---------------|---|
| 2do día | 08:00 - 08:30 | La estrategia del CDC como medio para el fortalecimiento de las competencias y habilidades del personal de salud en el manejo estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales y la reducción de la MMN –Avances de la implementación del CDC - Ancash |
| | 08:30 - 09:45 | Calidad en los servicios de Salud en la atención materna perinatal y el Uso de la Auditoría Basada en Criterios (DIRESA/RED-Proyecto) Calidad MINSA-SEUS, seguridad paciente, auditoría macro procesos, planes de mejora |
| | 09:45 - 10:20 | Sistema de Referencia y Contrarreferencia en la Red Obstétrica y Neonatal como estrategia mejorar la oportunidad y calidad de atención. |
| | 10:20 - 11:45 | REFRIGERIO |
| | 11:45 - 12:15 | Trabajo en grupo para elaborar los flujos de referencia, según niveles de capacidad resolutive, elaboración medios de comunicación y transporte. Plenaria |
| | 12:15 - 13:00 | Prevención de infección de Infecciones intra hospitalarias en centros que brindan cuidados obstétricos y neonatales de emergencia |
| | 13:00 - 14:30 | Interculturalidad y Derechos Humanos en Programas de Reducción de Mortalidad Materna y Neonatal (Presentación de video) |
| | 14:30 - 15:30 | ALMUERZO |
| | 15:30 - 16:30 | Sistema de Monitoreo y Evaluación de las Redes Obstétricas y Neonatales en las Redes de Salud |
| | 16:30 - 17:00 | Socialización de la propuesta Plan de Implementación para la Red Obstétrica y Neonatal del área de intervención (enfocando: Etapas-Estrategias y Contenidos |
| | 17:00 - 17:15 | Conformación de los implementar La Red Obstétrica y Neonatal a) Respuesta a la Emergencia b) Supervisión interna c) Auditoría y Calidad d) Análisis de la información e) Fortalecimiento de Capacidades (capacitación) f) SRCR |
| | 17:15 - 17:45 | REFRIGERIO |
| | 17:45 - 18:00 | Juramentación de los 6 Equipos conformados Organización del Plan de Recorrido de los Servicios para la Elaboración del Plan de Trabajo para la implementación de la RON EVALUACIÓN DEL SEGUNDO DÍA (Equipo 2) |
| 3er día | 8:00 - 10:00 | Visita por grupos a los ambientes del Hospital (FONI regional/FONE/FONB) para el inicio de la aplicación de la herramienta “El recorrido a los servicios” para implementar y mantener estándares de calidad en la Red Obstétrica y Neonatal de las Redes de Salud |
| | 10:00 - 10:30 | REFRIGERIO |
| | 10:30 - 13:00 | Exposición y socialización de los hallazgos en el recorrido a los servicios |
| | 13:00 - 14:30 | Desarrollo del Plan de Trabajo para la Implementación de La Red Obstétrica y Neonatal basado en estándares de calidad en las Redes de Salud. Compromisos mutuos de trabajo, asocio y alianzas estratégicas |
| | 14:30 - 17:45 | ALMUERZO |
| | 17:45 - 18:00 | Continúa el trabajo - firma de acuerdos y compromisos EVALUACIÓN DEL TERCER DÍA (Equipo 3) CLAUSURA - con programa |

Consideraciones sugeridas a los equipos implementadores a tener en cuenta:

- ✓ Este Modelo de Intervención es previamente coordinado con los jefes de redes, directores de los hospitales y jefes de servicios, coordinadores y los que correspondan en funciones, en vista de que la intervención en su conjunto será presentada en el 1er Taller de Arranque, y va requerir que todo el equipo de salud participe y asuman los roles y tareas que el Plan del establecimiento defina para elevar sus estándares:

Ejemplo 1. En un establecimiento de salud, no pudo asistir el responsable de farmacia y fue necesario solicitar su presencia en el taller, e hicieron de su conocimiento que es importante garantizar la disponibilidad de medicamentos usados en la atención de las EMON en las unidades de los servicios de emergencias, sala de partos y SOP. El farmacéutico mencionó que eso no es de su conocimiento. El acuerdo asumido es que coordinará con el equipo de supervisión interna para que no falten los medicamentos de Emergencias Obstétricas y Neonatales, los resultados fueron positivos en el monitoreo.

Ejemplo 2. En otro establecimiento existían dificultades para la disponibilidad de transporte de emergencias, el personal de transporte no participaba en el taller y no identificaba lo grave de la situación de la organización del servicio para responder con oportunidad a las emergencias. Se logró que se incluya en el proceso, se elaboró un plan que organice la respuesta inmediata de la ambulancia con combustible, conductor, y que este operativa. El personal logró identificar su rol en la RON de su Red de Salud.) etc.

Tradicionalmente, desarrollar estos temas en los servicios de salud no incluye al resto de las unidades y programas, y se pierde la oportunidad de que RR.HH., con liderazgo y habilidades de gestión, complementen y hagan sinergia con el trabajo de quienes tienen a cargo la respuesta a las emergencias en los servicios. Involucrar al personal de salud los compromete y anima a desarrollar nuevos procesos participativos y pueden ser innovadores en sus propuestas locales.

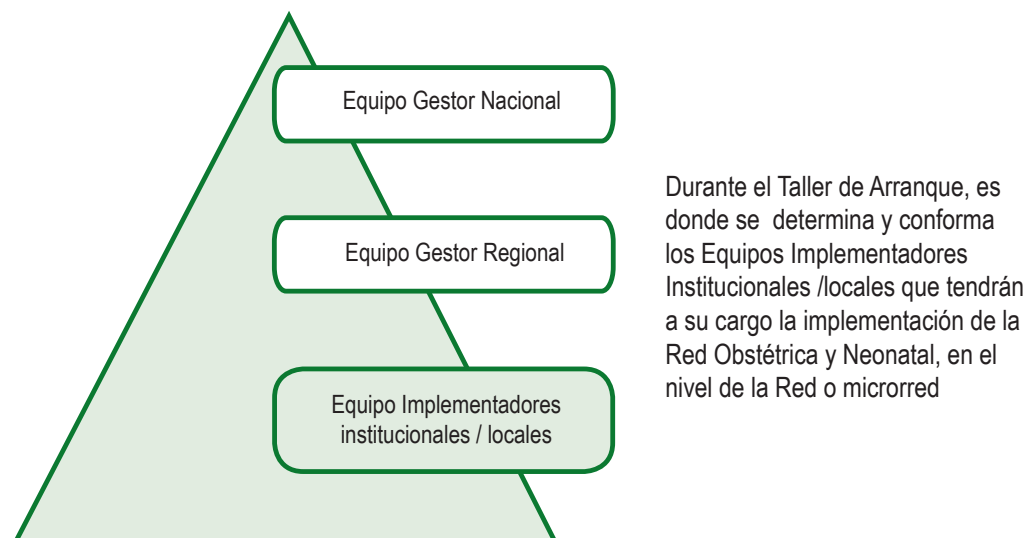
- ✓ Es necesario movilizar el liderazgo del personal médico en los establecimientos de la intervención, porque facilita el logro de los resultados y desarrolla el trabajo en equipo.
- ✓ A nivel de las redes de salud, en el 1er Taller de Arranque, se puede convocar a los FONP, porque facilita la organización de los procesos de mejora, por ejemplo, referir, según manejo estandarizado; coordinar con las autoridades de las comunidades para fortalecer las referencias comunales, o identificar las necesidades de capacitación del personal de salud para establecer un cronograma de capacitación, etc.
- ✓ Si el taller de Arranque se lleva a cabo en un FONE, y se ha convocado a los FONB y FONP, en los acuerdos del Plan de Acción, los FONB y los FONP participantes deben desarrollar los mismos procesos, según su nivel de capacidad resolutoria. El equipo de la red de salud se hará cargo del seguimiento y del monitoreo a los FONB y FONP.
- ✓ Socializar con el personal la Propuesta del Plan de Implementación, así el personal identificará el rol que asume en todo el proceso, según el programa del Taller se desarrolla el día 3. (Ver Plan de Arranque descrito anteriormente)
- ✓ En el 3º día, convocar a las autoridades locales y actores claves de la provincia/distrito para socializar los resultados del Plan y de las necesidades que se requieren para lograr alcanzar los estándares definidos, según la Norma FON y su nivel de categoría, será necesario el apoyo de las autoridades locales. Las autoridades locales, por lo general, asumen diferentes compromisos, es necesario dar seguimiento para el logro de los objetivos.
- ✓ Es necesario definir la próxima visita de evaluación del Plan de Acción (por lo general, son dos meses, al año debe hacerse por lo menos 3 a 4 visitas de Asistencia Técnica). Durante el periodo de la implementación (21 meses), se ha logrado implementar las 8 estrategias. Todos los participantes firman el Plan de Acción, con las acciones definidas y responsables para su cumplimiento en los plazos establecidos.
- ✓ Debe quedar establecido que, en los siguientes meses de iniciado el Plan de Arranque, se desarrollará la implementación o fortalecimiento de las 8 estrategias de manera progresiva.
- ✓ El Plan de Acción debe ser elevado al gobierno local, la Red de Salud y la DIRESA para su gestión y monitoreo.
- ✓ El equipo implementador local lleva a cabo lo planificado, cuyas acciones específicas se describen en los respectivos módulos.

Una vez iniciado y completado el proceso de implementación en los establecimientos de intervención de la Red Obstétrica y Neonatal de la región, los establecimientos de salud tienen el primer Plan de Trabajo de Mejora Continua de la Calidad para mejorar la oferta de los servicios que brindan atención de las

Emergencias Obstétricas y Neonatales. Se recibirá visitas de monitoreo por los menos de 3 a 4 veces por año, con una duración de 1 a 2 días, con un programa definido para cada visita, con el equipo Gestor Regional y Facilitadores Regionales.

d. Conformación del Equipo Gestor Local

El programa tiene tres niveles de gestión:



Como se ha mencionado anteriormente, este es el momento de análisis para la organización de los Equipos, tomando en consideración los ya existentes en el establecimiento y la Red de Salud; también, es posible integrar a algunos responsables de los FONP. Se sugiere realizar los siguientes pasos:

- ✓ Identificación de los Equipos (tomar en cuenta los ya existentes)
- ✓ Descripción de funciones de los Equipos Implementadores
- ✓ Propuesta de alternativas de organización e implementación
- ✓ Determinación de los integrantes de los Equipos Implementadores y los niveles de coordinación con el Equipo Gestor Regional. Se recomienda que estos equipos sean multidisciplinarios
- ✓ En el nivel local estos Equipos conformados deben tener el reconocimiento resolutivo de la Red o Microrred por el periodo de un año
- ✓ Determinación de metodologías participativas e instrumentos para el trabajo de los Equipos Implementadores (planes de mejora, guías de supervisión, listas de chequeo, otros. Su aplicación puede tener una periodicidad flexible, según la marcha de los procesos, las cuales pueden ser: semanal, quincenal o mensual)

Los Equipos Implementadores Institucionales / Locales está integrado por: Comité Local de Prevención de Mortalidad Materna y Perinatal, además por los representantes de los Equipos de Salud del establecimiento. Los Equipos Implementadores del establecimiento para la implementación de la Red Obstétrica y Neonatal en el nivel local sugeridos son:

- ✓ Equipo de respuesta a la emergencia
- ✓ Equipo de supervisión interna
- ✓ Equipo de análisis de la información
- ✓ Equipo de auditoría y calidad
- ✓ Equipo de generación de competencias y capacidades
- ✓ Equipo de SRCR

Los responsables de los Equipos deben darle dedicación a las funciones y planes de trabajo a implementarse en los diferentes procesos del Modelo, cuyos resultados optimizarán el funcionamiento de la RON desde los primeros niveles de atención.

A continuación, se describe las funciones a cumplir por los equipos:

Tabla: Funciones de los Equipos Implementadores en los establecimientos de la Red Obstétrica y Neonatal

| EQUIPOS IMPLEMENTADORES | Funciones que deberán cumplir | Material bibliográfico referencial /actividades |
|--|---|---|
| <p>1. Respuesta a la Emergencia (Integrantes: Personal de Salud, que cubren la atención de los servicios materno y neonatal en el Establecimiento de Salud)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar y verificar que el personal de salud profesional o técnico de enfermería asignado a los servicios de Emergencias, sala de partos, hospitalización, SOP, otros. Aseguren su permanencia en los turnos dispuestos según su nivel de atención (Para el caso de los FONB, con el Jefe de personal, se asegura los turnos de retén) • A su vez, asegura que este Equipo está capacitado a nivel de destrezas, conocimientos, habilidades en el manejo de EMON. Para ello coordina con el equipo de Fortalecimiento de competencias y capacidades. | <ul style="list-style-type: none"> • Conformar o fortalecer el Equipo en el 1^{er} Taller de Arranque y que la Red / Hospital / CS lo reconozca formalmente • Reunión con el hospital/CS para identificar el personal a cargo de la atención en los servicios materno neonatales y socializar como se organiza la atención las 24 horas por semana x mes y que la Red / Hospital / CS lo reconozca formalmente • Es probable identificar déficit de personal - por lo que será agenda para el Equipo Técnico coordinar con la GERESA/DIRESA/DISA o la municipalidad para contratar personal y cubrir todos los turnos • Canalizar las necesidades de capacitación a nivel de la red de salud, el CDC regional u otros talleres locales • Definir las actividades del personal, según claves para el manejo de Emergencias Obstétricas en el primer nivel |
| <p>2. Supervisión Interna (Integrantes: Por lo general, el equipo de Salud elige al personal con cierto reconocimiento y liderazgo, integran logística, farmacia, personal de los servicios de obstetricia y neonatología)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Verificar el cumplimiento de los estándares para el funcionamiento óptimo de la RON (Situación del equipamiento, vestuario, mobiliario, medicamentos, insumos, para la atención de Emergencias Obstétricas y Neonatales. Identifica la situación de la infraestructura de los servicios maternos y neonatales. Coordina y busca soluciones, informa y dialoga con los demás equipos y/o con las autoridades locales para mejorar la disponibilidad y operatividad de los requerimientos indicados) • Incluye mantener la disponibilidad del SRCR (comunicación y transporte) • Incluye trabajar sobre la satisfacción de usuario interno/externo • Incluye monitorear aspectos de promoción y respeto a los derechos de las usuarias y sus familias en el servicio • Vigilar los estándares puede aplicarse de manera diaria, quincenal, mensual. Está en contacto permanente con el equipo de gestión del Hospital o red de salud para la resolución de problemas. Hace anotaciones para el MyE. • Vigila la implementación y USO de las CLAVES | <ul style="list-style-type: none"> • Conformar o fortalecer el Equipo en el 1^{er} Taller de Arranque • La Red / Hospital / CS lo debe reconocer formalmente. • Organizar un programa de entrenamiento • Organizar sesiones conjuntas hasta que se logre su institucionalización como buenas prácticas • Fomentar reuniones de problematización con el servicio para promover el cambio • Herramienta clave: Plan de Recorrido, según nivel de capacidad resolutoria (FONB, FONE, FONI) |

| EQUIPOS IMPLEMENTADORES | Funciones que deberán cumplir | Material bibliográfico referencial / actividades sugeridas |
|---|--|---|
| <p>3. Calidad y Auditoría (Integrantes: Es el equipo de Auditoría del Establecimiento de Salud pero pueden incorporarse otros profesionales como médicos, obstetras y enfermeras. Este personal tiene reconocida capacidad técnica, solvencia moral y ética y capacidad de trabajo en equipo) Se sugiere incluir otros profesionales porque la práctica de la auditoría del manejo estandarizado de las EMON no solo lo hará en su Establecimiento de Salud, sino en la Red de su referencia, según corresponda FONE-FONB-FONP</p> | <ul style="list-style-type: none"> • El equipo reúne ciertas características de liderazgo, confiabilidad, ética, compromiso • Conoce de la metodología de auditoría y puede hacer revisiones de las HC puede ser en forma diaria, semanal, mensual. • Hace un corte e informe semestral del ciclo del manejo estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales en el servicio, algunos temas son: manejo de partograma, cesáreas, manejo de las complicaciones obstétricas y neonatales, puede auditarse los casos de referencias recibidas y enviadas a otros establecimientos de mayor capacidad resolutive, también debe hacer el ejercicio de supervisión externa a los FONB y FONP en el caso de ser FONE • Establece e implementa los planes de mejora continua de los ciclos de la auditoría establecidos por los hallazgos • Socializa al personal de salud, y a nivel de la Red Obstétrica y Neonatal para retroalimentación | <p>Conformar o fortalecer el Equipo en el 1^{er} Taller de Arranque y que la Red / Hospital / CS lo reconozca formalmente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizar un programa de entrenamiento • Organizar sesiones conjuntas hasta que se logre su institucionalización como buenas prácticas • Establecer los instrumentos de auditoría, validarlos y que el servicio los conozca y acepte • Fomentar reuniones de problematización con el servicio para promover el cambio • Herramienta Clave: Módulo de Auditoría del Manejo Estandarizado de las EMON y Supervisión capacitante del Módulo de MyE |
| <p>4. Análisis de la Información (Integrantes: Responsable del SIP 2000, SIS, personal de los servicios materno neonatal, responsable de la oficina de estadística e informática, responsable de epidemiología)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • El equipo debe asegurar la calidad de la información en los registros de las EMON, según CIE 10 • Hace seguimiento de la calidad de la HC. • Analiza la información de la salud materna y neonatal en el establecimiento, lo publica y socializa en el servicio • Conoce, maneja y analiza los estándares de Calidad del FON y de los Indicadores de Proceso de ONU • Coordina, si encuentra dificultades con el personal encargado del llenado de la información ejemplo: inconsistencias, no coherencia con CIE 10, diagnósticos, tratamientos, orden de los registros, calidad de los registros, y actualización de los registros • Analiza y vigila al calidad del llenado de la Fichas de la vigilancia de la mortalidad materna | <ul style="list-style-type: none"> • Conformar o fortalecer el Equipo en el 1^{er} Taller de Arranque y que la Red / Hospital / CS lo reconozca formalmente • Organizar un programa de entrenamiento • Organizar sesiones conjuntas hasta que se logre su institucionalización como buenas prácticas • Fomentar reuniones de problematización con el servicio para promover el cambio • Registrar los procesos • Evaluar periódica de los estándares de calidad del FON y de los Indicadores de Proceso ONU • Herramienta Clave: Módulo de Indicadores |
| <p>5. Fortalecimiento de desarrollo de Competencias y Capacidades (Designar un responsable para fortalecer el área de capacitación en el tema)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Determina las brechas del personal de salud en la capacitación del manejo estandarizado EMON • Coordina con el CDC regional a fin de lograr las pasantías en servicio para el personal de la red • Coordina con los tutores y facilitadores para promover talleres de capacitación en los temas materno neonatal y otros relacionados al fortalecimiento de capacidades para la RON de su ámbito | <ul style="list-style-type: none"> • Conformar o fortalecer el Equipo en el 1^{er} Taller de Arranque y que la Red / Hospital /CS lo reconozca formalmente • Norma Técnica del MINSA |

| | | |
|---|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Coordina con el equipo Gestor Regional y el equipo de Auditoría de la red para desarrollar el proceso de supervisión capacitante a nivel de la Red Obstétrica y Neonatal de su ámbito de referencia (FONE - FONB - FONP) | <p>Herramientas clave: Supervisión capacitante del Módulo de MyE</p> <p>Organizar el programa de capacitación de su red / en EMON</p> |
| <p>6. SRCR</p> <p>(Integrantes: Coordinador del SRCR de la red y del EE.SS se incorpora el jefe de transporte, el conductor (es) de la ambulancia. Es posible incluir a personal de los FONB o FONP para apoyar las coordinaciones para la comunidad para las referencias) Incorporar a personas de la comunidad que tienen a cargo la casa de espera Designará un responsable directo de las EMON</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Implementa todas las etapas del SRCR • Implementa el Software del SRCR • Hace seguimiento de las Referencias y Contrarreferencias • Analiza la información y la pública • Pública los mapas de flujos: a) Red de comunicación y transporte b) Red de apoyo al diagnóstico, c) EE.SS, según niveles de capacidad resolutive • Trabaja con la comunidad para organizar el SRCR comunitario • Solicita el apoyo de las autoridades locales para tener disponibilidad de transporte y combustible • Implementa las buenas prácticas en el SRCR: hacer seguimiento de la calidad de las referencias, según manejo estandarizado, personal más calificado a cargo de las referencias • Coordina con el equipo de supervisión interna para el mantenimiento de los medios de comunicación y transporte • Apoya la gestión de la casa de espera | <ul style="list-style-type: none"> • Conformar o fortalecer el equipo en el 1^{er} Taller de Arranque y que la Red / Hospital / CS lo reconozca formalmente • Norma Técnica del MINSA - SRCR • Experiencias exitosas del SRCR en programas de salud materna y neonatal • Organizar un programa de entrenamiento • Reuniones con los ACS para organizar el plan de transporte desde las comunidades. • Reuniones con las autoridades locales y la comunidad para la implementación y sostenibilidad de la casa materna • Organizar sesiones conjuntas hasta que se logre su institucionalización como buenas prácticas • Fomentar reuniones de problematización con el servicio para promover el cambio • Herramienta Clave: Módulo del SRCR |

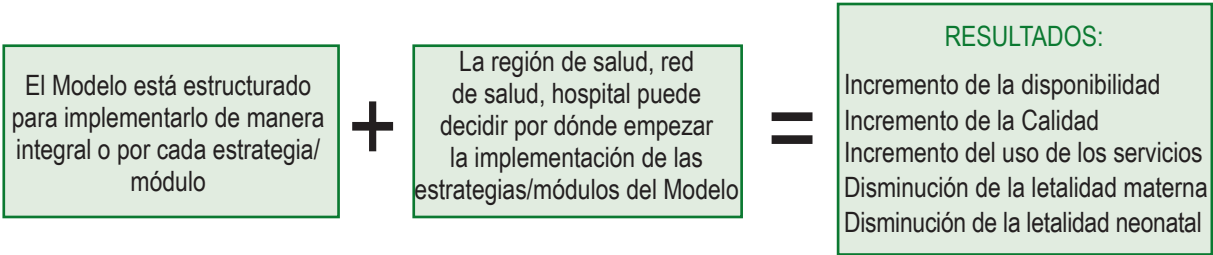
Sistematización FEMME. Elaboración propia CARE Perú / ESNSSR MINSA

4. ESTRUCTURA SUGERIDA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS 8 ESTRATEGIAS VALIDADAS

Luego de desarrollado el Taller de Arranque (o primer taller regional), y repetir el proceso en cada red de salud, hasta organizar la Red Regional Obstétrica y Neonatal, el equipo local de salud ha logrado elaborar su plan de de Mejora Continua de la Calidad para mantener estándares del FON, que define responsables.

La Región de Salud / Red de Salud / Hospital u establecimiento, al tener las herramientas del presente Modelo de Intervención, no requiere disponer necesariamente de proyectos de envergadura para iniciar su implementación. Puede optar por los siguientes procesos:

- ✓ La región elabora una propuesta regional para la implementación del Modelo de Intervención con fuentes públicos o busca el apoyo de otros donantes
- ✓ La Red de salud elabora una propuesta del Modelo de Intervención, y puede canalizar para obtener recursos a través del a) Gobierno Regional b) Gobierno Local c) otras fuentes como canon, donaciones, cooperantes, la iglesia, etc
- ✓ El establecimiento de salud puede desarrollar las estrategias aquí planteadas y hacer uso, además, de los recursos arriba descritos, de los reembolsos del SIS, PARSalud, PpR y otros que le permitan implementar mejoras a nivel local y usar y adaptar las herramientas aquí desarrolladas



| Estrategia | Razones de su implementación |
|--|---|
| <p>Manejo Estandarizado (Ver Módulo 1)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • En los últimos años, el MINSA ha desarrollado la implementación del manejo estandarizado de las EMON: Las Guías Técnicas: Guías de Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas, según nivel de capacidad resolutive (R.M. N° 695-2006/MINSA) y la Guía de Práctica Clínica para la Atención del Recién Nacido. (R.M. N° 1041-2006/MINSA) • Se cuenta con modelos de programas de implementación sea regional o a nivel de la red de salud • Este proceso de implementación se ha desarrollado no solo por el MINSA, ha tenido también la cooperación de las agencias de cooperación internacional y otros fondos privados • En las regiones, se ha identificado potenciales tutores regionales • Personal de salud capacitado y calificado para cumplir asistencia técnica a nivel del manejo estandarizado de las EMON, según nivel de capacidad resolutive. • Existe la necesidad de hacer una evaluación del manejo estandarizado de las EMON en las regiones de salud, en vista de la importante inversión desarrollada en su implementación • Se tiene disponible, además del programa de capacitación regional y local, los costos estimados por cada taller |
| <p>CDC Emergencias Obstétricas y Neonatales (Ver Módulo 2)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Promover la calificación de un CDC regional es necesario para el fortalecimiento de las competencias del personal de salud de la región en el manejo estandarizado de las EMON • Mejora el desempeño en los servicios de salud desde el nivel local, porque se tiene el apoyo de los tutores para hacer visitas de capacitación supervisante a los establecimientos de salud • En regiones donde se ha desarrollado los CDC existe una importante mejora en la calidad de atención, de las referencias de las EMON, y de las relaciones del personal de salud de las redes con el personal del hospital de mayor capacidad resolutive de la región • El CDC que asume su liderazgo y compromiso en la región de liderar las estrategias de reducción de la mortalidad materna y neonatal logra resultados valiosos a nivel de la gestión del servicio, respeta los derechos humanos y promueve en conjunto las buenas prácticas de interculturalidad • Se tienen estimados los costos de implementación y los costos de la capacitación |
| <p>Auditoría del Manejo estandarizado de las EMON (Ver Módulo 3)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar el manejo estandarizado de las EMON en todos los niveles de la RON será una tarea de los equipos de calidad • Esta práctica es mandato del Sector, como práctica de mejora de la calidad, desarrollar auditoría de la Calidad de las atenciones maternas y neonatales, y además de la recomendaciones contenidas en el Informe Defensorial N° 138 de la Defensoría del Pueblo. (...“mejorar el uso de las guías de salud reproductiva por parte del personal de salud en los establecimientos del MINSA”) • La estructura de las herramientas está diseñada para ser usada por supervisores externos, tutores del CDC en las supervisiones, el equipo de calidad y el personal de salud que atiende EMON en el establecimiento |

| | |
|---|--|
| <p>Estándares de calidad del FON e Indicadores de Proceso ONU y registros estandarizados (Ver Módulo 4)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Este proceso es clave si se quiere hacer mediciones de los progresos del establecimiento, luego de que desarrolla estrategias que ayudan a mejorar la calidad de atención en el establecimiento • El equipo de salud de análisis de la información puede usar los estándares de calidad del FON, los Indicadores de Proceso de ONU y además de mejorar el uso de los registros de las EMON • Se tienen disponibles los registros estandarizados y validados para su revisión e implementación en las regiones que decidan mejorar la calidad de la información a nivel la RON • El equipo de salud debe mantener la calidad de la información analizar, socializarlo y publicarlo |
| <p>Sistema de referencia y contrarreferencia de las EMON (Ver Módulo 5)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Este indicador organiza la respuesta de la oferta de los servicios para la demanda de la atención de las EMON, a nivel de la RON • Requiere movilizar la participación de los actores locales y regionales en la promoción de políticas públicas para fortalecer su implementación y funcionamiento, sobre todo, en zonas de extrema pobreza • Requiere haber definido la categorización de los servicios y los establecimientos de mayor capacidad resolutive • El sistema de comunicación de comunicación y transporte debe estar bien organizado entre los centros de capacidad resolutive de la región • Debe incluir la coordinación con las comunidades del ámbito de referencia de la red, hospital o región |
| <p>Eventos adversos y prevención de las infecciones en los servicios con FON (Ver Módulo 6)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Implementar acciones que mejoran la calidad de la atención de la madre y los recién nacidos, que minimice los efectos adversos y la prevención de infecciones son tarea a emprender en los servicios con los servicios que brindan atención de EMON • El comité del establecimiento debe aplicar las medidas de bioseguridad en la atención de los servicios |
| <p>Atención materna y neonatal con equidad de género, Interculturalidad en el marco de los Derechos Humanos en Salud (Ver Módulo 7)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Es importante, luego de haber ido progresivamente implementando las estrategias arriba descritas, promover en el personal de salud una mejor comprensión de los Derechos Humanos en salud, género e interculturalidad en los servicios de salud, sobre todo, con los servicios ubicados en las zonas rurales, pobres sean en la sierra o en la selva • Se debe promover la implementación de buenas prácticas que promueve el respeto y el derecho de las usuarias • Implementar el parto vertical, con acompañante, brindar alimentos alientes, respetar las costumbres familiares, etc • Promover las casas maternas en zonas estrategias donde hay alta ruralidad, dispersión, difícil geografía • Identificas las buenas prácticas relacionadas con la atención del neonato y sistematizar para mayor difusión • Trabajar el derecho a la salud de la madre y el recién nacido entre los trabajadores de salud, las autoridades y a comunidad |

| | |
|---|--|
| <p>Implementación, monitoreo y evaluación del Modelo de Intervención (Ver Módulo 8)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • La implementación de las Redes Obstétricas y Neonatales requiere definir mejor los procesos de organización; toma de decisiones en el equipo de salud sobre qué establecimientos trabajan la capacidad resolutiva, según la norma FON; organizar talleres de implementación y un programa de trabajo en las redes salud • El Equipo Gestor Regional es el que debe liderar este proceso • Este proceso va requerir atender y resolver problemas centrales como recursos humanos 24 horas, infraestructura, equipamiento, insumos, SRCR, medicamentos, incidencia con las autoridades regionales/locales para atender la demanda del Plan de Implementación de la RON • El programa del monitoreo debe estar establecido con programa definido y presupuesto, que logre visitar a las establecimientos sedes de la RON por lo menos 3 a 4 veces en el año • Aquí el ciclo termina logrando desarrollar evaluaciones y mediciones de los indicadores sanitarios de la red, u región de salud. Es necesario evaluar si se han mejorado la disponibilidad de los servicios que atienden EMON en las zonas rurales, mejoradas o incrementadas el uso de los servicios por parte de las mujeres y los RON que sufrieron complicaciones. Sobre todo, también, se puede conocer si los servicios intervenidos han logrado mejorar la calidad de atención. (Ver en el DVD Multimedia plan de LB e instrumentos y luego evaluación intermedia y final) |
|---|--|

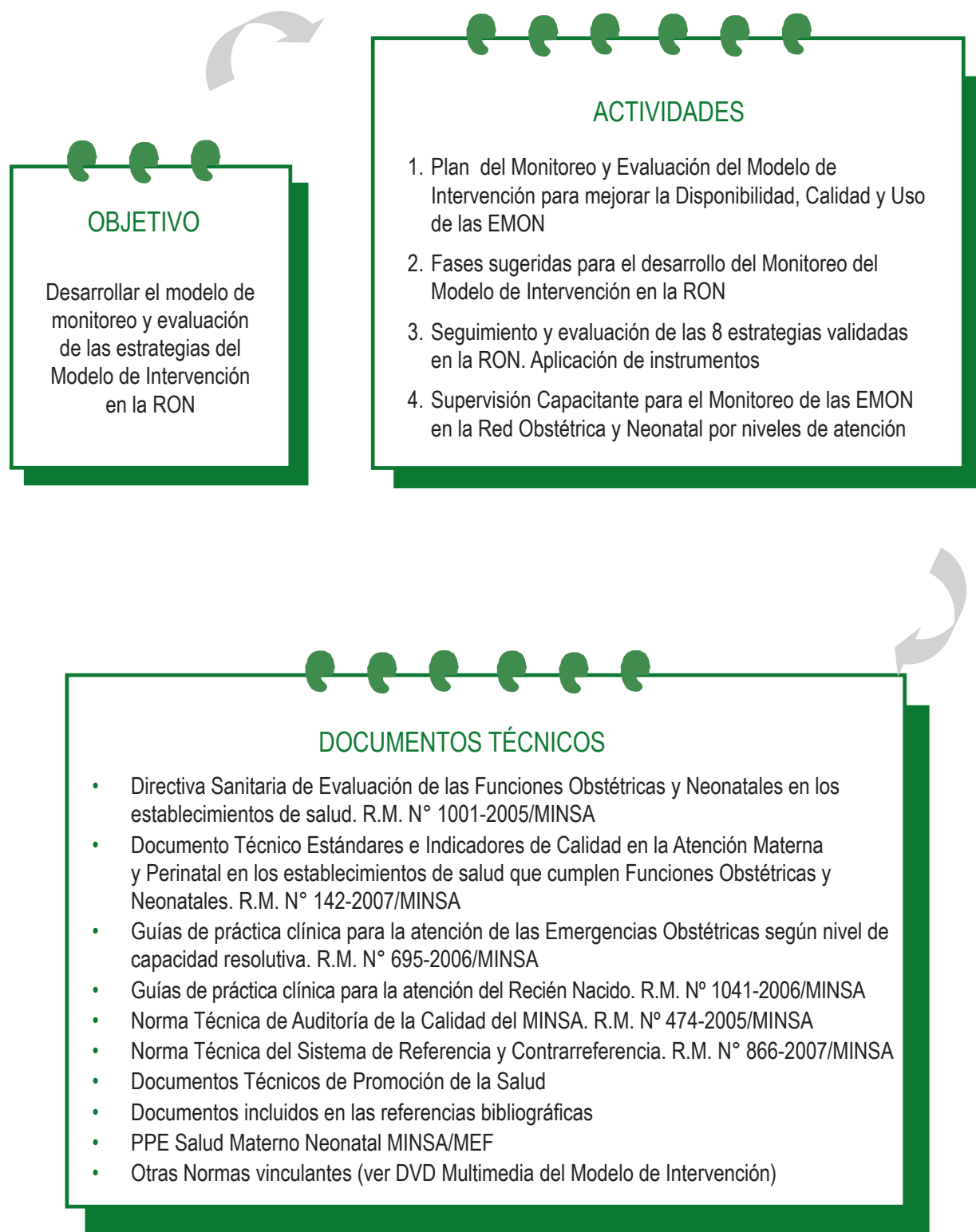
Fuente: Sistematización proyecto FEMME 2009



La propuesta del Modelo de Intervención está diseñada para iniciar la implementación desde estrategias que se encuentran más desarrolladas en los servicios e ir progresivamente implementando los demás.

Pero es significativo que en la región/red/hospital no se puede dejar de iniciar todo el proceso de la implementación de la RON con las 8 estrategias, o las que se hayan incluido producto de las adaptaciones que se realicen en las Redes y Regiones del país.

MOMENTO 3: DESARROLLO DEL MONITOREO DEL MODELO DE INTERVENCIÓN. INSTRUMENTOS Y METODOLOGÍA



1. PLAN DEL MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL MODELO DE INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA DISPONIBILIDAD, CALIDAD Y USO DE LAS EMON

PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL MODELO DE INTERVENCIÓN

1.1 Objetivos generales

- ✓ Desarrollar el monitoreo y evaluación para medir el progreso de la oferta, Disponibilidad, Uso y Calidad de atención de los servicios que brindan atención de las EMON.
- ✓ Evaluar el progreso de los estándares de Calidad del FON y de los Indicadores de Proceso ONU, propuestos, en los establecimientos de la Red Obstétrica y Neonatal de cada Región.
- ✓ Realizar una evaluación rápida de diagnóstica la percepción de la comunidad y los servicios de salud.

1.2 Objetivos específicos

- ✓ Realizar el monitoreo y evaluación para el cumplimiento del 80% ó más de las Funciones Obstétricas y Neonatales, según niveles en los establecimientos de la Red Obstétrica y Neonatal de cada Región.
- ✓ Realizar el MyE del cumplimiento del 80% o más de los Estándares e Indicadores de calidad de las Funciones Obstétricas y Neonatales, según niveles en los establecimientos de la Red Obstétrica y Neonatal de cada Región.
- ✓ Realizar el monitoreo y evaluación de los Indicadores de Proceso propuestos en los establecimientos de la Red Obstétrica y Neonatal de cada Región:
 - Disponibilidad y capacitación de los recursos humanos de los servicios materno y neonatales de las redes participantes
 - Calidad de los registros estandarizados y fuentes de información de la atención materna y neonatal en las redes participantes
 - Sistema de referencia y contrarreferencia de las Emergencias Obstétricas y Neonatales a nivel de la organización de flujos, procesos, medios de comunicación y transporte en las redes participantes
 - Evaluación del control de eventos adversos y control de prevención de infecciones en los servicios de la RON
 - Educación y comunicación relacionadas con la salud materna y del recién nacido con el público objetivo en las redes participantes.
 - Implementación del enfoque de derechos, género e interculturalidad en los servicios participantes
 - Acciones que promueven las autoridades en el nivel local con relación a la salud materna y neonatal

1.3 Metodología

Se desarrollarán un conjunto de etapas previas para la organización y gestión del plan de monitoreo y evaluación. Se elaborará un Plan con actividades claves, cronogramas y responsables para las Organizaciones de la Red Obstétrica y Neonatal.

El ciclo del MyE se realizará durante todo el proceso de la implementación del Modelo de Intervención.

El ciclo del MyE propuesto consta de 4 etapas, donde se describe el proceso y metodología a desarrollar para lograr alcanzar los estándares y organizar una red de servicios con competencias para brindar atención de calidad en Emergencias Obstétricas y Neonatales, según niveles de capacidad resolutive.

La metodología incluye actividades como:

- ✓ Talleres o reuniones técnicas
- ✓ Visitas de supervisión capacitante
- ✓ Asistencia técnica en servicio
- ✓ Supervisiones cruzadas - intercambio
- ✓ Organización y adecuación de los servicios
- ✓ Implementación de procesos de mejora
- ✓ Incidencia con las autoridades locales - regionales
- ✓ Otros

El Monitoreo y Evaluación será un proceso que permitirá analizar la capacidad estructural, el desempeño, los resultados, estimar el impacto y la contribución del Proyecto sobre la reducción de la mortalidad materna y neonatal en los establecimientos intervenidos en cada Región. También, podrá evaluar algunos criterios de sostenibilidad y replicabilidad de las estrategias exitosas y validadas, su potencial institucionalización en los establecimientos de la región y con el Ministerio de Salud.

El monitoreo y evaluación de las actividades relacionadas a las Funciones Obstétricas y Neonatales debe ser una actividad continua y conocida por todo el personal del establecimiento de salud. Debe, a su vez, estar articulada a las actividades propias del Sistema de Inteligencia Sanitaria que debe desarrollarse a favor de la vigilancia de la mortalidad materna y neonatal.

Estándares de Calidad de las Funciones Obstétricas y Neonatales

El Ministerio de Salud ha generado una propuesta de indicadores para el monitoreo y evaluación de la salud materna y neonatal, los mismos que se encuentran en el documento “Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal”.

Los Indicadores de Proceso - ONU y los Estándares de Calidad de las Funciones Obstétricas y Neonatales (MINSA), han sido incluidos desde la Línea de Base del proyecto, por lo que se ha incluido realizar el monitoreo y evaluación de las mismas durante el periodo de la intervención, para evaluar los progresos alcanzados.

Indicadores de Impacto:

La mejor manera de medir el éxito de un programa de salud es midiendo su impacto. En el campo de la mortalidad materna, los indicadores de “impacto” incluyen tasas y razón de mortalidad materna. Mientras que este enfoque puede parecer claro, no lo es, por una variedad de razones técnicas, es extremadamente difícil utilizar medidas de impacto para monitorear progreso en la reducción de muertes maternas. Esto es virtualmente imposible en proyectos individuales o programas a escala provincial.

El plan de MyE del proyecto está estableciendo monitorear el Número Absoluto de la Mortalidad Materna y la Tasa de la Mortalidad Neonatal, como indicadores trazadores en los ámbitos de intervención. Durante el periodo de la intervención (2010-2012), permitirá determinar las tendencias de los indicadores mencionados.

Indicadores de Proceso - ONU:

De lo anteriormente señalado, un enfoque alternativo es utilizar Indicadores de Proceso y resultado. Estos están diseñados para medir cambios en los pasos que llevan al resultado deseado. En general, procesos se refiere a un programa de actividades y resultado. Estos nos permiten saber si lo que venimos haciendo está logrando los resultados que esperamos y se pueden hacer cambios durante el proceso.

1.4 Organización de la Visita del Monitoreo y Supervisión

- ✓ Comunicar al gerente de la Red de Salud del (FONB - FONE - FONI)
- ✓ Convocar a las autoridades locales
- ✓ Organizar el plan de trabajo a desarrollarse
- ✓ Definir los equipos que viajarán y la logística necesaria
- ✓ Presentación del plan de trabajo a seguir (objetivos, finalidad, acciones a desarrollarse, convocatoria del personal)

1.5 Período y Frecuencia

La visita de monitoreo y supervisión se realizará cada tres meses por año (mínimo aceptable para alcanzar los resultados de la implementación de la Red Obstétrica y Neonatal).

La visita tiene una duración de aproximadamente de dos a tres días, cuyo programa a cumplirse es establecido con anterioridad con el personal de salud del establecimiento.

1.6 Participantes Encargados del Monitoreo y Supervisión

El Equipo a cargo del monitoreo y supervisión es determinado y coordinado con anterioridad a nivel del equipo central y la región de salud.

El Modelo de Intervención tiene tres niveles de gestión:

El Ministerio de Salud –a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, definirá un equipo técnico, quienes revisan y validan los instrumentos de monitoreo y supervisión de las 8 estrategias que se implementarán en cada región.

En el nivel regional, el Equipo Gestor Regional, asume el liderazgo de este proceso. En los principales hospitales regionales, se identificará y conformará un Equipo de Facilitadores Regionales, (médicos gineco obstétricos, pediatras/neonatólogos, obstétricos/tras enfermeras), quienes habrán desarrollado habilidades y competencias para cumplir el proceso de acompañamiento técnico-clínico y de gestión en los centros que conforman la RON de la región.

A nivel de las redes y microrredes, a través del proceso de implementación de la Red Obstétrica y Neonatal, se conformará el Equipo Local Implementador encargado de la implementación de las estrategias validadas y de procesos de mejora, quienes serán capacitados en habilidades de seguimiento y monitoreo y supervisión para acompañar este proceso. Los roles a cumplirse por los equipos y los centros de la intervención según niveles de capacidad resolutive están definidos en el Plan de Implementación de la Red Obstétrica y Neonatal, descritos anteriormente.



Se debe practicar la retroalimentación de los hallazgos en todos los procesos del monitoreo de la RON, que permita conocer los procesos que requieren ser mejorados en los servicios de salud.

Las actividades del MyE serán coordinadas con el Comité Regional de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal, el Comité Técnico y el Comité Consultivo de la ESRSSR

1.7 Instrumentos requeridos para el MyE del Modelo de Intervención

- ✓ Los instrumentos considerados base son el Marco Lógico del Proyecto y los POA anuales
- ✓ Los instrumentos de proceso son la jerarquía de Objetivos y Matriz de Indicadores
- ✓ También, se describe la relación sugerida de registros estandarizados en Emergencias Obstétricas y Neonatales en los establecimientos intervenidos. (para hacer el monitoreo al personal de salud que hace el registro de las atenciones de las EMON, según la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE 10)
- ✓ Se usará la base de datos del sistema de salud como el SIS, SIP 200 y el SRCR, que el proyecto fortalecerá en la intervención
- ✓ Instrumentos de la implementación de los procesos del proyecto que se adjuntan en anexos de los Módulos del Modelo
- ✓ Instrumentos de la supervisión capacitante para evaluar competencias y desempeño del personal de salud en el manejo estandarizado de las EMON (ver Anexos 7A y 7B)

Recojo de la información

Previa la capacitación del personal de salud encargada de desarrollar el MyE, se recolectará la data para el análisis de la información y la construcción de Indicadores de Proceso y resultados. Se debe diseñar herramientas para recoger la información de los servicios.

Las fuentes principales son la base de datos del sistema de salud identificados.

Se elaborará una base de datos de los indicadores con el uso de la herramienta EXCEL, para la construcción de tablas, tendencias y reportes de los indicadores materno y neonatal del establecimiento/ Red/ Hospital/ Región.

Los reportes pueden ser elaborados de periodos: trimestral, semestral y anual, los cuales serán analizadas y socializados con los equipos de gestión, técnicos y a nivel de los establecimientos de salud para la toma de decisiones.

1.8 Matriz del Plan de Monitoreo y Evaluación del Modelo de Intervención

El plan de MyE desarrolla una estructura detallada que además de basarse en el Marco Lógico del Modelo de Intervención debe haber definido, metas e indicadores que deben ser medidos en los establecimientos intervenidos.

Una herramienta que facilita al que desarrolla el monitoreo y evaluación es la Matriz de Monitoreo que contiene la información necesaria del proyecto que implementa el Modelo de Intervención.

Las estrategias contenidas del Modelo de Intervención también están consignadas a nivel de logros y resultados sean estos medidos como proceso, estructura y resultado.

El equipo que desarrolla el monitoreo en los servicios de salud, no solo debe de conocer que sucede en los servicios y el progreso o dificultades de estos para lograr las metas, sino también de visitar la comunidad y hablar con las familias, las mujeres para conocer el grado de conocimiento de las mejoras que se vienen implementando. El equipo encargado en cada visita debe brindar retroalimentación al equipo local para implementar mejoras en el proceso.

Aquí, presentamos un modelo de matriz para el MyE.

EJEMPLO DE MATRIZ DE INDICADORES DE IMPACTO:

| JERARQUÍA DE OBJETIVOS | INDICADORES | DEFINICIÓN DEL INDICADOR | INSTRUMENTO DE MEDICIÓN | META | | | | |
|------------------------|---|--|--|---------------|---|-------|-------|-------|
| | | | | LÍNEA DE BASE | PROGRAMADO PROY | AÑO 1 | AÑO 2 | AÑO 3 |
| IMPACTO | REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNO - NEONATAL CON PRIORIDAD EN LA ZONA RURAL MÁS POBRE DE LA REGIÓN ANCASH DURANTE EL PERÍODO 2007 - 2010. | | | | | | | |
| | Número de Muertes maternas | Definición: Es el número de defunciones de mujeres debido a complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. Unidad de Medida: Unidad | Formulario para el cálculo de indicadores del área aplicado en la LB | Región: 20 MM | Reducir en 50% las MM con prioridad en la zona de Conchucos | | | |
| | Tasa de Mortalidad Neonatal | Definición: El número de defunciones de niños menores de 28 días en un determinado año por 1,000 nacidos vivos en ese año. Unidad de Medida: Porcentaje | Formulario para el cálculo de indicadores del área aplicado en la LB | Región: 19.1% | Reducir en 5% | | | |

| JERARQUÍA DE OBJETIVOS | INDICADORES | DEFINICIÓN DEL INDICADOR | INSTRUMENTO DE MEDICIÓN | META | | | | |
|------------------------------|-------------|--------------------------|-------------------------|---------------|-----------------|-------|-------|-------|
| | | | | LÍNEA DE BASE | PROGR MADO PROY | AÑO 1 | AÑO 2 | AÑO 3 |
| RESULTADO POR COMPONENTES | | | | | | | | |
| TÉCNICO | | | | | | | | |
| GESTIÓN | | | | | | | | |
| COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN | | | | | | | | |
| DERECHOS E INTERCULTURALIDAD | | | | | | | | |

Fuente: referencia del Plan de MyE del Proyecto de Emergencias Obstétricas y Neonatales Ancash. CARE. Antamina. 2007-2010

2. FASES SUGERIDAS PARA EL DESARROLLO DEL MONITOREO DEL MODELO DE INTERVENCIÓN EN LA RON

Un programa de reducción de mortalidad materna neonatal necesita evaluar la disponibilidad, utilización, y calidad de los servicios Obstétricos y Neonatales de Emergencia.

Existe consenso internacional para hacer más seguros el embarazo y el parto, que incluye el asegurar que las mujeres con complicaciones obstétricas reciban oportunamente la atención médica necesaria. Los cuidados de emergencia son necesarios para manejar las complicaciones obstétricas directas que afectan al menos el 15% de las mujeres durante el embarazo, a la hora del parto, o en el puerperio²⁴. Por consiguiente, más gobiernos están integrando la atención obstétrica de emergencia en el centro de los programas de salud materna, y reconocen la importancia de evitar la muerte y discapacidad entre las mujeres.

| FASES DEL MONITOREO DE LA RON | ACTIVIDADES SUGERIDAS | MONITOREO |
|-------------------------------|--|--|
| Plan de Arranque | Descrito más arriba, con este proceso, se inicia el Plan de Implementación de la Red Obstétrica y Neonatal | En cada reunión de monitoreo, informar al G. Regional y en nivel local con el Municipio |
| FASE 1 | Según las coordinaciones descritas, se desarrolla el monitoreo FASE 1 para evaluar el avance del Plan de MCC (ver Anexo 5) | Organizar el plan a desarrollar, según supervisión capacitante con la DIRESA y el CDC |
| FASE 2 | Programarla entre dos a tres meses del anterior. Aquí es probable que se desarrollen temas de capacitación para la implementación de las estrategias previamente coordinadas | Organizar el plan a desarrollar, según supervisión capacitante con la DIRESA y el CDC y el EE.SS. a ser visitado |
| FASE 3 | Continuar con la implementación de las estrategias, monitoreo de indicadores, desarrollo de MCC, y evaluar el plan de acción en cada Fase | Idem |
| FASE 4 | Es probable que sea la última visita del año, y/o se parte del desarrollo un proyecto de implementación. Es también la fase de transferencia y consolidación del Modelo de Intervención. (Fases 1 - 4: puede durar 21 meses como fue sugerido) | Aplicar metodología |

²⁴ La investigación ha demostrado que aún en los países desarrollados, cerca del 15% de las mujeres embarazadas pueden tener complicaciones. Guía para Monitorear la Disponibilidad y Uso de los Cuidados Obstétricos. UNICEF, OMS, FNUAP. 1997. para mayor información

3. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LAS 8 ESTRATEGIAS VALIDADAS EN LA RON. APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Cada Módulo tiene un momento en su implementación propiamente dicha, la fase de Control, Monitoreo y Evaluación. Es ahí donde encontrará el Equipo encargado de desarrollar el MyE del Modelo de Intervención, instrumentos sugeridos para las supervisiones.

El Equipo Gestor Regional/ Equipo Implementador Local puede revisar y validar las herramientas sugeridas para su uso en las supervisiones.

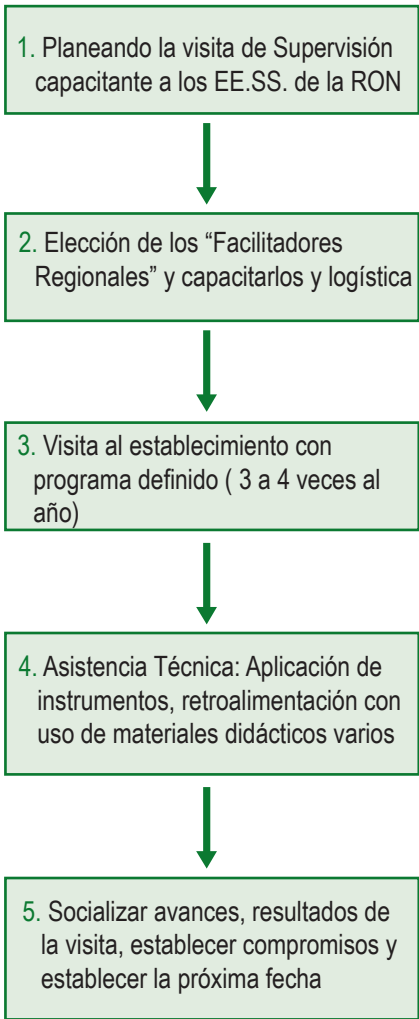
4. SUPERVISIÓN CAPACITANTE PARA EL MONITOREO DE LAS EMON EN LA RED OBSTÉTRICA Y NEONATAL POR NIVELES DE ATENCIÓN (VER ANEXO VII, INSTRUMENTOS PARA LA SUPERVISIÓN CAPACITANTE DE LA RON)

La visita de la supervisión capacitante a los establecimientos de salud pueden estar a cargo del CDC Regional. Previa la capacitación del personal de salud que tendrá a su cargo la aplicación de los instrumentos validados para evaluar el desempeño y competencias en el manejo estandarizado de las EMON, según niveles de atención. Este proceso estará a cargo de los “FACILITADORES REGIONALES”.

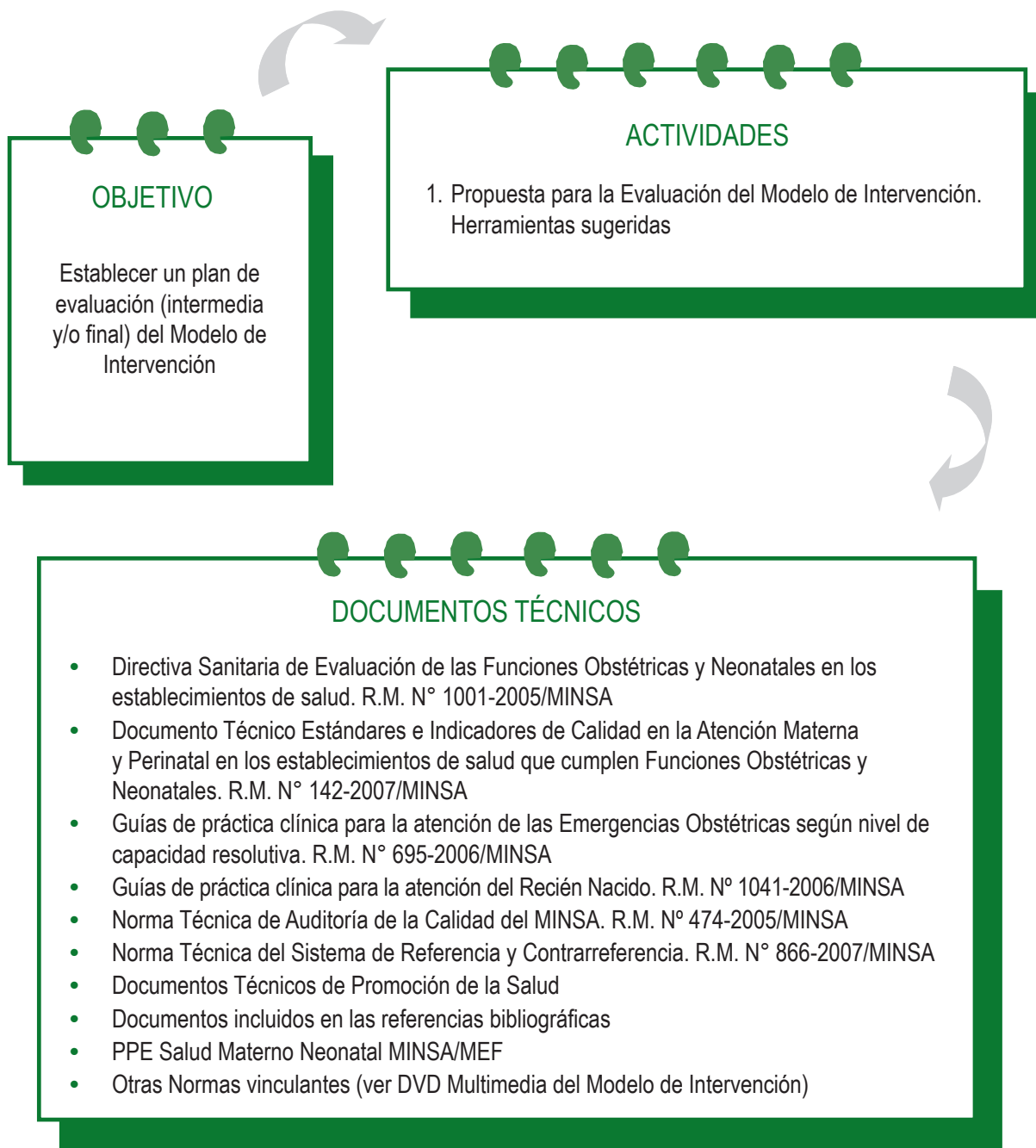
Puede ser desarrollado por el equipo del FONI regional (si lo hubiera) al FONE; del FONE, hacia los FONB y estos hacia los FONP, previa capacitación en el uso de estas herramientas. Se sugiere al FONI regional ó al FONE de mayor capacidad resolutive liderar este proceso a nivel de los servicios de salud, y convocar a los “Facilitadores Regionales” identificados en el taller de capacitación de las Guías Clínicas.

Mayor información e instrumentos también puede encontrar en el Módulo 2.

Pasos sugeridos para implementar la supervisión capacitante en la RON



MOMENTO 4: EVALUACIÓN INTERMEDIA Y FINAL DEL MODELO DE INTERVENCIÓN: PLAN DE EVALUACIÓN Y USO DE HERRAMIENTAS



1. PROPUESTA PARA LA EVALUACIÓN DEL MODELO DE INTERVENCIÓN. HERRAMIENTAS SUGERIDAS

El Equipo Gestor Regional o la Red de Salud que requiere saber cuál es la situación actual después de haber implementado programas de mejora para disminuir la Mortalidad Materna y Neonatal, puede recurrir a planes de evaluación de la intervención. Estas pueden ser:

Para trabajar los procesos de evaluación, se inicia con la primera que se denomina Línea de Base. Está como la Evaluación (intermedia o final) del Modelo de la Intervención, se sugiere sea realizada por un equipo o institución externa.

Evaluación Intermedia:

El equipo de salud regional puede hacer un corte a medio ciclo de la intervención de la implementación del Modelo. Tomando como referencia los instrumentos descritos en el momento anterior, se puede generar una evaluación intermedia para conocer los avances de los procesos, el impacto o resultados alcanzados en la mejora de la Disponibilidad, Calidad y Uso de los servicios de salud que brindan FON, sobre todo en las zonas de mayor pobreza, y áreas priorizadas. Los hallazgos pueden permitir hacer ajustes de las estrategias diseñadas.

Evaluación Final:

El Modelo de Intervención es conveniente que incorpore en su diseño, la fase de evaluación y determine los fondos para su desarrollo y ejecución.

Este es un ciclo importante porque permitirá establecer los alcances de la intervención a nivel de las mejoras de los establecimientos, la gestión de los mismos, la calidad de los servicios, y el avance en la incorporación de prácticas de interculturalidad en salud y la promoción de los derechos y la participación ciudadana desde el nivel local.

Una vez que se concluya con los hallazgos de la evaluación, es necesario se haya considerado recursos para la publicación y difusión en todos los espacios posibles de los resultados a nivel nacional, regional, local, eventos, foros, reuniones técnicas relacionadas con el tema. Además, es posible elaborar abstracts para su postulación y presentación en eventos internacionales.

Es necesario difundir el conocimiento generado basado en evidencias y retroalimentar a los actores que estuvieron involucrados en el proceso, porque los aprendizajes generados pueden volver a ser replantados luego de identificar las fortalezas, las debilidades y las lecciones aprendidas.

Luego de la evaluación final, los resultados obtenidos pueden generar nuevas iniciativas para seguir trabajando por la salud materna y neonatal, seguir reforzando lo que ha quedado pendiente, continuar con nuevos procesos, o diseñar nuevas estrategias que contribuyan en la reducción sostenida de la Mortalidad Materna y Neonatal.



Para hacer mediciones de los progresos en programas sociales, sobre todo en programas de reducción de la mortalidad materna y neonatal, se requiere haber establecido una Línea Basal de la intervención.

ESQUEMA SUGERIDO A UTILIZARSE PARA LA EVALUACIÓN DE IMPACTO DEL MODELO DE INTERVENCIÓN²⁵

I. Introducción

II. Naturaleza de la intervención

Ámbito de intervención

Ejes intervención:

- Capacidad resolutive y la calidad de atención en los servicios de salud. Lo que Incluye:
 - Sistema de capacitación personalizada en manejo estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales
 - Elaboración e implementación de protocolos para el manejo estandarizado de la atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales
 - Auditorías clínicas del manejo estandarizado de las EMON y de gestión de los servicios
- Capacidades de gestión de los servicios de atención obstétrica, mediante:
 - Sistema de supervisión clínica
 - Análisis, y uso de sistemas de información de los casos y los registros de atención obstétrica
 - Sistema simplificado de registros mediante el diseño y elaboración de un sistema de referencia y contrarreferencia
 - Monitoreo de progresos mediante Indicadores de Uso, Acceso, Disponibilidad y Calidad
 - Promoción de los niveles de prevención de infecciones en los servicios que brindan EMON
- Enfoque de derechos de las mujeres durante la atención obstétrica
- Enfoque de derechos en la atención neonatal
- Promoción de políticas públicas regionales para la reducción de mortalidad materna y neonatal en la región de salud / incluye el nivel local

III. Objetivos de la evaluación

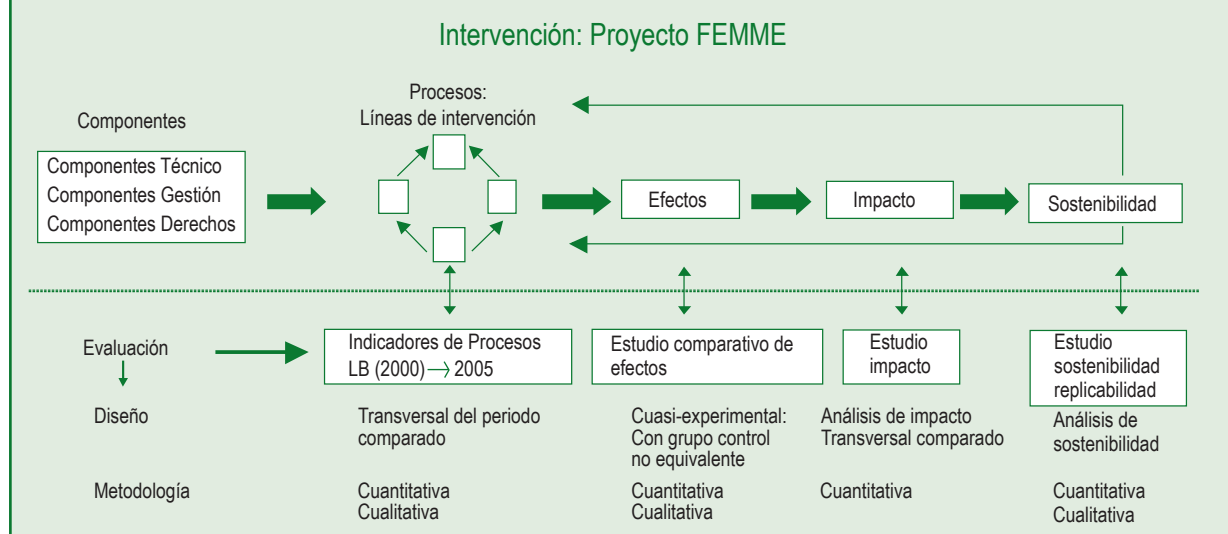
Objetivo general: Estimar el efecto y el impacto del Modelo de Intervención sobre la reducción de la mortalidad materna y neonatal en la Región

Objetivos específicos:

1. Evaluar los efectos alcanzados por el Modelo de Intervención y sus ejes de acción, en los establecimientos de salud intervenidos
2. Determinar el impacto y la contribución del Modelo de Intervención en la reducción de la mortalidad materna y neonatal en su área de intervención
3. Evaluar bajo criterios de sostenibilidad y replicabilidad las estrategias exitosas del Modelo de Intervención

IV. Lógica de la evaluación:

Ejemplo: Lógica de la evaluación del Proyecto FEMME:



²⁵ Esta propuesta es tomada y adaptada para el proceso de evaluación del proyecto FEMME. El equipo de salud puede tomar como referencia este u otros modelos o diseños de evaluación

V. Metodología de evaluación

Objetivo 1: Evaluar los efectos alcanzados por el Modelo de Intervención y sus ejes de acción, en los establecimientos de salud intervenidos

V.1 Metodología cuantitativa:

- Diseño:
- Grupos de estudio:
- Modelo de evaluación:

| Componentes del Programa | Ejes de intervención | Variables / Indicadores |
|--------------------------|---|---|
| Técnico | Capacidad resolutive ante EMON | 1. Calificación FONE / FONB |
| | Calidad de atención de las EMON | 2. Sistema de Capacitación de los RR.HH. para las EMO (SICAP) 3. Recursos Humanos capacitados en EMON 4. Efectos de la capacitación EMON proporcionada a los RH 5. Uso correcto de protocolos EMON 6. Sistema de Auditorías clínicas de EMON y MMN 7. Análisis de las MMN en el ámbito de intervención |
| Gestión | Gestión de servicios | 8. Gestión de la información de las EMON / MMN 9. Sistemas de Supervisión de la capacitación en EMON 10. Sistema de referencia / contrarreferencia 11. Monitoreo de progresos: Indicadores de seguimiento en salud materna 12. Prevención de infecciones |
| | Promoción de políticas públicas regionales en salud | 13. Acciones del Comité Multisectorial Regional para la reducción de MMN |
| Derechos en salud | Derechos en salud de las mujeres | 14. Promoción de derechos de la mujer y del RN entre el personal de salud de los EE.SS. |

- Población de estudio:
- Muestra:
- Selección del grupo de comparación:
- Gradiente de comparación: Basados en criterios objetivos de comparación se pueden seleccionar los EE.SS. de otra DIRESA, en una relación 1:1
- Unidad de análisis: Establecimientos de salud
- Ejes de estudio (para la determinación de los efectos):
- Operacionalización de Variables e Indicadores

| Ejes de estudio | Variables / Indicadores | Definición | Indicador / Medición | Instrumento (Fuente) |
|----------------------|--|---|--|---------------------------------|
| Capacidad resolutive | Calificación FON | Condiciones mínimas requeridas para garantizar una adecuada atención de las emergencias obstétricas | Establecimiento calificado / Numérica | Lista de chequeo y verificación |
| Calidad de atención | * Sistema de capacitación de RR.HH. para las EMO (CDC) | Disponibilidad y funcionamiento de un sistema local de capacitación de los RR.HH. en EMON | Sistema operativo / numérica | Lista de chequeo y verificación |
| | * RR.HH. capacitados en EMON | Número y % de RR.HH. de los EE.SS. (profesionales y no profesionales) capacitados en EMO | Personal entrenado según profesión ubicación geográfica / Numérica | Lista de chequeo y verificación |

| Ejes de estudio | Variables / Indicadores | Definición | Indicador / Medición | Instrumento (Fuente) |
|---|---|--|---|--|
| Calidad de atención | * Efectos de la capacitación EMON proporcionadas a los RR.HH. | Percepción de los pasantes CDC de la red de EE.SS. sobre los efectos de la capacitación | Efectos de la capacitación, según pasantes / Jerárquica | Encuesta sobre percepciones |
| | * Uso correcto de protocolos EMON (Manejo estandarizado) | Uso correcto de los protocolos de atención de las 7 principales causas de EMO | Uso adecuado de protocolos / Numérica | Instrumento de Auditoría de Historias clínicas |
| | * Sistema de Auditorías clínicas de las EMON y de MMN | Disponibilidad y funcionamiento en el EE.SS. de un sistema de auditorías clínicas de las EMON y MMN | Sistema de auditoría operativo / Numérica | Lista de chequeo y verificación |
| | * Análisis de las MMN en el ámbito de intervención | Análisis descriptivo y relacional de las MM ocurridas en el periodo en las zonas de estudio | Nº casos/ tipificación y lugar de ocurrencia de MM | Análisis de las fichas de investigación |
| Gestión de servicios | Gestión de la información de las MMN | Implementación en el EE.SS. de acciones relacionadas con la colecta, flujo, control de calidad, procesamiento, reportes, discusión y/o análisis y uso de información de las MM | Gestión de la información operativa / Jerárquica | Lista de chequeo |
| | * Sistemas de supervisión de la capacitación en EMON | Existencia y funcionamiento de un sistema de supervisión y/o seguimiento de los procesos de capacitación desarrollados por el CDC | Sistema de supervisión en funcionamiento / Jerárquica | Lista de chequeo |
| | * Sistema de referencia / contrarreferencia | Organización y funcionamiento de los sistemas de SRCR (EE.SS. central con la periferie) | Indicadores de funcionamiento y seguimiento del SRCR / Numérica | Lista de chequeo y verificación |
| | | Análisis de la calidad de las referencias | Nº casos, tipificación, pertinencia, condición de referencia y desenlace / Numérica | Lista de chequeo y verificación |
| | * Monitoreo de progresos: Indicadores de Proceso de la atención materna (ONU) | Medición y uso de los Indicadores de Proceso | Análisis de tendencias: tipificación y nivel de cambio / Numérica | Lista de Chequeo |
| | * Prevención de infecciones | Acciones de capacitación en el tema de prevención de infecciones | Personal entrenado en control de infecciones / Numérica | Lista de Chequeo |
| Derechos de la mujer y los RN | * Promoción de derechos de la mujer y los RN entre el personal de los EE.SS. | Personal del EE.SS. reconocen y fomentan los derechos en salud de la mujer y del RN | Personal reconoce los derechos / Numérica Personal fomenta los derechos / Numérica | Encuesta a proveedores |
| Promoción de políticas públicas y regionales en salud | * Funcionamiento del comité regional para la reducción de la MMN | Comité regional emite y difunde políticas públicas | Políticas emitidas y difundidas (Numérica – Cualitativa) | Entrevistas a actores políticos |

- Mediciones / Escalas de puntuación:
Determinación de escalas cuantitativas, aplicadas a cada uno de los ejes de intervención y a nivel global para cada uno de los grupos de estudio
- Instrumentos de recolección de información:
Los instrumentos diseñados del tipo cuantitativo y cualitativo
- Fuentes de información:
Primarias: Obtención directa mediante técnicas de observación, encuestas y entrevistas
Secundarias: Revisión de registros de gestión, historias clínicas de EMON, reportes de evaluación, reportes de monitoreo de avances, libros de actas de sesiones de discusión técnicas de las EMON
- Métodos de recolección:
- Análisis de información:

Construcción de tablas comparativas:

Tabla Modelo 1:

| Ejes de estudio | Grupo Intervención | Grupo de Comparación | Variación (%) | Valor P |
|------------------------|--------------------|----------------------|---------------|---------|
| | Puntaje (X) | Puntaje (X) | | |
| Capacidad resolutivea | | | | |
| Calidad de atención | | | | |
| Gestión de servicios | | | | |
| Derechos en salud | | | | |
| Promoción de políticas | | | | |
| Global | | | | |

- Indicadores de Proceso

Tabla Modelo 2: Tendencia de los indicadores

| | | | | | |
|-----------------------------|------|------|-----|--|--|
| Indicadores de Proceso NNUU | 2000 | 2001 | ... | | |
| Indicador 1 | | | | | |
| | | | | | |
| Indicador 5 | | | | | |

Variables de ajuste: Indicador de pobreza

- Análisis de las referencias de las EMO

Tabla Modelo 3: Análisis de la calidad de las referencias

| SRCR | Grupo Intervención | | Grupo comparación | | Valor P |
|-------------------------|--------------------|---|-------------------|---|---------|
| | Nº | % | Nº | % | |
| Tipificación | | | | | |
| Pertinencia | | | | | |
| Condición de referencia | | | | | |
| Desenlace | | | | | |

- Análisis de la MMN

Tabla Modelo 4: Análisis de las muertes maternas y neonatales

| MM | Grupo Intervención | | Grupo comparación | | Valor P |
|--|--------------------|---|-------------------|---|---------|
| | Nº | % | Nº | % | |
| Causa clínica | | | | | |
| Tipificación | | | | | |
| Lugar del deceso | | | | | |
| Momento del fallecimiento | | | | | |
| Respuesta del servicio de salud ante la EMON | | | | | |

V.2 Metodología cualitativa:

- Campos de análisis: Constituyen los elementos propios de la intervención plausibles de ser evaluados

| Ejes de análisis cualitativo | Campos de análisis |
|------------------------------|---|
| Pertinencia | Calificación FON |
| Aceptabilidad | Programas de capacitación: CDC |
| Beneficio percibido | Manejo estandarizado (uso de protocolos) |
| Innovación | Gestión de la información |
| | Auditoría de la calidad |
| | Sistema SRCR |
| | Enfoque de derechos, género e interculturalidad |
| | Comité Regional de reducción de la MMN |
| | Otros (efectos inesperados) |

- Instrumentos: Guías de entrevistas, Guías de grupos focales

| Nivel | Actores | Instrumentos a aplicar |
|--------------------------|--|------------------------|
| Nivel regional | Gestores: DISA, Hospital, Gobierno regional, autoridades locales, ONGs Universidad de Huamanga, Colegios profesionales, Comité Regional de Mortalidad Materna | Entrevistas |
| | * Personal de salud: DISA: Director, DAIS, DGSP, Oficina de Calidad, RR.HH. y otros | Entrevistas |
| | * Hospital: Director, Jefe G-O, Jefe Obstetrix, Jefe de Capacitación, Actores clave | Entrevistas |
| | * Equipo de Obstetrixes | Grupo focal |
| Nivel periferie (EE.SS). | * Centros de salud: Médico Jefe, Coordinadora ESNSSR | Entrevistas |
| | Médicos / Obstetrixes | Grupo focal |

- Análisis de información:
- Integración de resultados:
- Reportes:

Objetivo 2: Determinar el impacto y la contribución del Programa en la reducción de la mortalidad materna en su área de intervención

- Propósito del análisis: Determinación del impacto
- Diseño:
- Periodo de estudio:
- Modelo de evaluación: Evaluación previa, ex - post
- Unidad de análisis: Grupos de establecimientos
- Grupos de comparación: Intervención *versus* Comparación
- Indicadores y mediciones:
 - a) Número de MM / 100,000 nacidos vivos por año / N° de MN / 1000 nacidos vivos por año
 - b) Número de MM / 100,000 MEF por año
 - c) Necesidades de EMON atendidas por los establecimientos de la RON por año
 - d) Tasa de letalidad diferenciada, según Hospital y centros de salud por año (Materno y Neonatal)
 - e) Porcentaje de Emergencias Neonatales atendidas por año

- Fuentes de información:
- Métodos de recolección:
- Análisis de información:

Objetivo 3: Evaluar bajo criterios de sostenibilidad y replicabilidad las estrategias exitosas del Modelo de Intervención y su potencial institucionalización

- Diseño:
- Ámbito de aplicación:
- Ejes de análisis cuantitativo:
- Ejes de análisis cualitativo:
- Análisis de información:
- Integración de resultados:
- Reportes:

VI. Instrumentos y métodos de aplicación

Definir Instrumentos Cuantitativos

Definir Instrumentos Cualitativos

VII. Trabajo de campo (definir plan con objetivos, responsables y cronograma)

VIII. Reportes de evaluación

El Esquema del reporte final será el siguiente:

- Título
- Resumen (español e inglés)
- Introducción
- Naturaleza de la intervención
- Esquema de evaluación
- Objetivos evaluativos
- Ejes del estudio
- Metodología de estudio: cuantitativa, cualitativa e integración
- Resultados
- Discusión
- Conclusiones
- Recomendaciones de políticas públicas
- Referencias bibliográficas
- Anexos

IX. Cronograma

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CARE Perú. *Evaluación basal de la disponibilidad, calidad, y uso de los servicios obstétricos y neonatales.* Región Ancash 2007.
- CARE Perú. *Evaluación final del Proyecto FEMME.* 2006.
- CARE Perú. *Propuesta del Segundo año de Intervención del Proyecto: Fortalecimiento de la atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales en los servicios de salud, y promoviendo el trabajo concertado con la Sociedad Civil en Ancash, 2007-2010.*
- CARE Perú. *Proyecto de Fortalecimiento de la atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales en los servicios de salud, y promoviendo el trabajo concertado con la Sociedad Civil: ALLI MAMA, ALLI WAWA.* Plan de Monitoreo y Evaluación, 2008.
- ENGENDERHEALTH. USAID. AMDD. *Mejoramiento de la calidad para atención obstétrica de emergencia. Libro de herramientas. Una adaptación del COPE (servicios para cliente orientado, proveedor eficiente),* 2005.
- Maine D, Akalin MZ, Ward V, Kamara A. *Diseño y evaluación de programas para Mortalidad Materna.* Universidad de Columbia, Facultad de Salud Pública. Junio 1997.
- Maine D. *Programa de Reducción de la Mortalidad Materna: Opciones y Planteamientos.* Nueva York: Columbia University, Center for Population and Family Health, July 1992.
- MINSA. Resolución Ministerial N° 751-2004, *Lineamientos técnico – normativos que garantizan la continuidad de la atención de salud.*
- MINSA. Resolución Ministerial N° 769-2004. N.T. N° 021-MINSA/DGSP/V.01, *Categorías de Establecimientos del Sector Salud.*
- MINSA. Resolución Ministerial N° 437-2005, *Procesos técnico administrativo de la atención integral de salud de poblaciones excluidas y dispersas.*
- MINSA. Resolución Ministerial N° 1001-2005. *Directiva para la evaluación de las funciones obstétricas y neonatales (FON) en los establecimientos de salud.*
- MINSA. Resolución Ministerial N° 695-2006. *Guías de práctica clínica para la atención de las emergencias obstétricas, según nivel de capacidad resolutive.*
- MINSA. Resolución Ministerial N° 1041-2006/MINSA *Guías de practica clinica para la atención del recién nacido.*
- MINSA - CARE Perú. *Evaluación del impacto del Proyecto FEMME en la reducción de la Mortalidad Materna y su importancia para la implementación de políticas de salud en el Perú.* 2006.
- MINSA. Resolución Ministerial N° 142-2007. *Estándares e indicadores de calidad en la atención materna y perinatal en los establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales*
- OPS-OMS. *Estrategia y plan de acción regional para la salud neonatal en el marco del continuo de la atención materna, recién nacido y niñez.* Draft. EE.UU, 2008.
- OPS-OMS. *Manejo de las complicaciones del embarazo y del parto: Guía para obstetrices y médicos.* Ginebra, 2000.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Objetivos de Desarrollo del Milenio.* Informe 2008
- PARSALUD - OGE - MINSA. *Guías para la Implementación del Sistema de Vigilancia y Monitoreo de la Mortalidad Materna en base a la Implementación de los Equipos de Inteligencia Sanitaria en las DISAS priorizadas.* Perú, 2006.
- PARSALUD - OGE - MINSA. *Guías para la Implementación del Sistema de Vigilancia y Monitoreo de la Mortalidad Materna en base a la Implementación de los Equipos de Inteligencia Sanitaria en las DISAS priorizadas.*
- THE LANCET. *Supervivencia neonatal.* Marzo 2005.
- UNICEF, WHO and UNFPA. *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services.* New York/UNICEF, 1997



ANEXOS

ANEXO N° 1

OTRAS EXPERIENCIAS Y LOGROS DEL MINISTERIO DE SALUD (*)

Algunas otras experiencias y logros del sistema de salud peruano desde 1955 y con la participación, en algunos casos, de la Cooperación Internacional, relacionados a la salud materna y neonatal, se resumen en la siguiente tabla:

| Área | Nombre de la intervención | Año | Logro |
|----------------------------------|---|-------------|---|
| Función de los sistemas de salud | | | |
| Rectoría | Plan hospitalario nacional | Década 1950 | Extensión de la oferta de servicios de salud |
| | Programa Nacional de Planificación Familiar | 1986 | Prioridad Nacional en la difusión y acceso a métodos modernos de planificación familiar |
| | Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia | 2004 | Configuración de redes de servicios en función a la evacuación de gestantes hacia niveles de mayor capacidad resolutive |
| | Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ESNSSR) | 2004 | Instancia en el MINSA que orienta y conduce los esfuerzos para la reducción de la mortalidad materna y perinatal |
| | Guías Nacionales de Atención Integral de la SSR | 2004 | Favorece la estandarización de la atención de la salud sexual y reproductiva |
| | Norma Técnica Atención del parto vertical con adecuación intercultural | 2005 | Permite mejorar la accesibilidad cultural a los servicios de salud |
| | Norma Técnica de planificación familiar | 2005 | Favorece el manejo estandarizado, efectivo y eficaz de planificación familiar |
| | Directiva para evaluación de las funciones obstétricas y neonatales en establecimientos de salud | 2005 | Evaluación de la capacidad resolutive y adecuación de los establecimientos para dar atención materna-neonatal de calidad |
| Financiamiento | Seguro Materno-Infantil (SMI) | 1998 | Mejóro la accesibilidad económica a los servicios de salud para las gestantes y niños menores de 5 años |
| | Seguro Integral de Salud (SIS) | 2002 | Amplió la cobertura de atención del SMI mejorando la accesibilidad a los servicios de las gestantes y menores hasta los 17 años |
| | | 2007 | Amplió la cobertura de atención por etapas de vida de toda la población, con énfasis en el componente materno perinatal |
| Dotación de recursos | SECIGRA - SALUD | 1972 | Fortaleció oferta de servicios periféricos |
| | Ley de creación SERUMS Reglamento Estrategia | 1981 | Incrementa profesionales de la salud en las zonas rurales y urbano-marginales |
| | | 1997 | Optimiza la atención materna perinatal |
| Prestación | Control prenatal con enfoque de riesgo | Década 1980 | Favoreció la estandarización de la atención prenatal e incorporación de la H.C. CLAP |
| | Programa Nacional de Planificación Familiar (PF) | 1986 | Acceso a servicios de PF, en el marco de gestión y calidad de atención, con enfoques intercultural y derechos del usuario/a |
| | Manual de orientación y consejería en salud sexual y reproductiva | 2006 | Favorece la comunicación interpersonal, la relación prestador-usuario y permite realizar procesos de educación para la salud |
| | Guías de práctica clínica para atención de Emergencias Obstétricas y Neonatales por nivel de capacidad resolutive | 2006 | Permite estandarizar la atención de las Emergencias Obstétricas y Neonatales, según la categoría de los establecimientos de salud |
| | Estándares e indicadores de calidad en la atención materna y perinatal en establecimientos que cumplen funciones obstétricas y neonatales | 2007 | Contribución para mejorar la calidad de los servicios y mejorar su accesibilidad |

| Área | Nombre de la intervención | Año | Logro |
|------------------------------------|---|-------------|---|
| Prestación | Documento Técnico "Adecuación cultural de la Orientación/consejería en Salud Sexual y Reproductiva" | 2008 | Mejora la calidad de atención y satisface las expectativas de las usuarias |
| Objetivos de los sistemas de salud | | | |
| Capacidad de respuesta | Capacitación de agentes comunitarios de salud | Década 1990 | Obtener un nivel de compromiso con el sistema de salud, favoreció la captación de gestantes e identificación de riesgos |
| | Capacitación de parteras tradicionales | Década 1990 | Obtener un nivel de compromiso con el sistema de salud, favoreció la captación de gestantes e identificación de riesgos |

(*) Tomado: Documento Técnico: Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009 - 2015. Página 17

OTRAS EXPERIENCIAS E INTERVENCIONES DESARROLLADAS EN LA REGIÓN A FAVOR DE LA SALUD MATERNA E INFANTIL / AYACUCHO 1997 - 2010

Diferentes proyectos han desarrollado intervenciones en el ámbito de la región Ayacucho entre los que podemos destacar las principales acciones en su contribución en mejorar la Salud Materna y Neonatal, estas son:

Proyecto 2000: Un Proyecto del Ministerio de Salud y USAID, principales acciones: Guías de atención materna infantil. Implementación del Programa de Capacitación Materna e Infantil-PCMI. Programa de Capacitación modalidad pasantías para personal de salud en EMON. Desarrollo de la EPS - como metodología de problematización. Enfoque del Mejoramiento Continuo de la Calidad en los servicios de salud materno e infantiles. Fortalecimiento del sistema de información de la salud materna e infantil (SIP2000).

PACD y PASA: Proyectos desarrollados con la Comunidad Europea pese que tuvieron intervenciones en diferentes líneas, contribuyeron en fortalecer e iniciaron con la implementación de las casas de espera en zonas de riesgo. Además de trabajar con los municipios y las comunidades para promover conductas saludables.

AMARES: Un proyecto de la Comunidad Europea, desarrollado en las regiones de Ayacucho, Huancavelica y Apurímac. Entre las principales líneas de acción relacionadas con la salud materna fueron: acciones para mejorar la calidad de los servicios, desarrollo de capacidades a través de cursos diploma en Salud e Interculturalidad.

PARSALUD I: Apoyo al programa de pasantías desarrollado en el CDC Ayacucho. Fortalecimiento de las competencias del personal de salud en atención de las EMON, laboratorio, banco de sangre, anestesia de emergencias obstétricas. Fortalecimiento del SRCR. Capacitación en el idioma quechua para el personal de salud. Guías de atención por niveles de emergencias neonatales.

CARE Perú: Implementación de un Modelo de Intervención (8 estrategias) para mejorar la salud materna en la Región Ayacucho 2000 - 2005, validó la organización de las redes obstétricas, elaboró guías clínicas y flujogramas para EMON por niveles, fortaleció el CDC regional, auditoría por niveles, SRCR, mejoró la disponibilidad, calidad e incrementó el uso de los servicios que brindan emergencias obstétricas. Continúa brindando asistencia técnica para la sostenibilidad.

PATHFINDER: Desarrollo e implementación de los CDC en programas de pasantías en EMON. Implementación del aplicativo de las FON en los EE.SS. Desarrollo de Estándares e Indicadores de Calidad de las FON.

SALUD SIN LÍMITES: El aporte fundamental está vinculado con el trabajo desde la demanda, la organización con la comunidad, promoviendo el acercamiento de ambas culturas mediante el diálogo intercultural para mejorar la calidad de atención en el establecimiento de salud en el marco de los Derechos Humanos y género en salud.

MANUELA RAMOS: Trabajaron estrategias de fortalecimiento de capacidades con las organizaciones de mujeres del ámbito rural, y empoderar sus estrategias de negociación con los servicios de salud en las áreas de salud sexual y reproductiva, entre otros.

USAID: Está interviniendo con diferentes proyectos relacionados a la construcción de políticas en salud, promover municipios saludables e intervención en los establecimientos para mejorar la calidad en salud.

PRISMA: Desarrollan intervenciones para mejorar la salud materna y neonatal desde el nivel local.

UNICEF: Desarrolla acciones a favor de la salud de la madre y el niño.

UNPFA: Sus estrategias de intervención están orientadas a la incidencia política para mejorar la salud materna y neonatal en la región, trabajo en género, adolescentes, entre otros.

ANEXO N° 2
ESTÁNDARES E INDICADORES DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN MATERNA Y PERINATAL EN
ESTABLECIMIENTOS QUE CUMPLEN CON FUNCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES
(Ver N.T. correspondiente)

Para establecimientos FONE (Hospitales):

| Estándar | Indicador | Tipo | Método de recolección | Umbral |
|---|--|------------|---|--------|
| El establecimiento cuenta con los recursos requeridos para las FONE | Porcentaje de recursos con que cuenta el establecimiento para las FONE | Estructura | Formato de evaluación FONE | 80% |
| Los registros de la medición de la altura uterina y edad gestacional de la gestante de 13ss a más son concordante | Porcentaje de registros de la medición de la altura uterina y edad gestacional de gestantes de 13ss a más, que son concordantes | Proceso | Revisión de Historias clínicas (manual o electrónica) | 95% |
| Las gestantes que acuden para atención y son víctimas de violencia de género reciben atención, según la norma | Porcentaje de gestantes que acuden para atención en el establecimiento víctimas de violencia de género y que reciben atención, según la norma | Proceso | Revisión de Historias clínicas | 100% |
| Las gestantes en trabajo de parto deben tener registrado el partograma, según la norma | Porcentaje de gestantes en trabajo de parto que tienen registrado el partograma, según la norma | Proceso | Revisión de Historia clínica materno perinatal | 100% |
| Toda gestante que ha tenido su parto en establecimiento FONE recibe Oxitocina IM dentro del minuto después del nacimiento del bebé | Porcentaje de gestantes que ha tenido su parto en establecimiento FONE recibe Oxitocina IM dentro del minuto después del nacimiento del bebé | Proceso | Revisión de Historia clínica materno perinatal – SIP 2000 | 100% |
| Las gestantes con hipertensión arterial inducida por el embarazo, preeclampsia, eclampsia, que acuden al establecimiento con FONE, reciben tratamiento, según norma | Porcentaje de gestantes con hipertensión arterial inducida por el embarazo, preeclampsia, eclampsia, que acuden al establecimiento con FONE reciben tratamiento, según norma | Proceso | Revisión de Historia clínica materno perinatal | 100% |
| Las gestantes con hemorragia obstétrica severa, shock hipovolémico, que acuden al establecimiento con FONE, reciben tratamiento, según norma | Porcentaje de gestantes con hemorragia obstétrica severa, shock hipovolémico, que acuden al establecimiento con FONE, reciben tratamiento, según norma | Proceso | Revisión de Historia clínica materno perinatal | 100% |
| Las gestantes y púrpas con sepsis, que acuden al establecimiento con FONE, reciben tratamiento, según norma. | Porcentaje de gestantes y púrpas con sepsis, que acuden al establecimiento con FONE, reciben tratamiento, según norma | Proceso | Revisión de Historia clínica materno perinatal | 100% |
| A todo RN, se le realiza y registra en la HC materno perinatal las actividades de atención de acuerdo a la norma. | Porcentaje de RN que se les realiza y registra en la HC materno perinatal reciben las actividades de atención de acuerdo a la norma | Proceso | Revisión de Historia clínica materno perinatal | 100% |
| Los RN que presentan APGAR menor de 7 al minuto son reanimados para lograr un APGAR mayor de 7 a los 5 minutos | Porcentaje de RN que presentan APGAR menor de 7 al minuto y que al ser reanimados presentan un APGAR mayor de 7 a los 5 minutos | Proceso | Revisión de Historia clínica materno perinatal | 100% |
| Las púrpas que han tenido su parto en el establecimiento con FONE son controladas cada 15 min, durante las primeras dos horas, según norma | Porcentaje de púrpas que han tenido su parto en el establecimiento con FONE son controladas cada 15 min, durante las primeras dos horas, según norma | Proceso | Revisión de Historia clínica materno perinatal | 100% |

| Estándar | Indicador | Tipo | Método de recolección | Umbral |
|--|--|-----------|--|--------|
| Toda puérpera cuyo parto ha sido atendido en el establecimiento FONE egresa habiendo recibido orientación y consejería sobre los métodos de planificación familiar de acuerdo a la norma | Porcentaje de puérperas cuyo parto ha sido atendido en el establecimiento FONE egresa habiendo recibido orientación y consejería sobre los métodos de planificación familiar de acuerdo a la norma | Proceso | Revisión de Historia clínica materno perinatal | 100% |
| Las mujeres con diagnóstico de aborto incompleto que han sido atendidas en establecimientos con FONE, egresan habiendo recibido orientación y consejería sobre los métodos de planificación familiar de acuerdo a la norma | Porcentaje de mujeres con diagnóstico de aborto incompleto han sido atendidas en establecimientos con FONE, egresan habiendo recibido orientación y consejería sobre los métodos de planificación familiar de acuerdo a la norma | Proceso | Revisión de Historia clínica materno perinatal | 100% |
| Las gestantes que acuden para APN a consulta externa del establecimiento FONE están satisfechas con la atención recibida | Porcentaje de gestantes que acuden para APN a consulta externa del establecimiento FONE que están satisfechas con la atención recibida | Resultado | Encuesta de satisfacción | 80% |
| Los casos de morbilidad más frecuente de RN atendidos en el Hospital, tienen un proceso de análisis de acuerdo al Reglamento | Porcentaje de casos más frecuentes con morbilidad de RN atendidos en el Hospital, que tienen un proceso de análisis de acuerdo al Reglamento | Resultado | Revisión de Historia clínica materno perinatal | 100% |
| Las muertes maternas ocurridas en los establecimientos con FONE tienen o están en un proceso de investigación epidemiológica de acuerdo al Reglamento | Porcentaje de muertes maternas ocurridas en los establecimientos con FONE que tienen o están en un proceso de investigación epidemiológica de acuerdo al Reglamento | Resultado | Revisión de Historia clínica materno perinatal | 100% |
| Las muertes perinatales ocurridas en el establecimiento con FONE tienen o están en un proceso de análisis epidemiológico de acuerdo al Reglamento | Porcentaje de muertes perinatales ocurridas en el establecimiento con FONE tienen o están en un proceso de análisis epidemiológico de acuerdo al Reglamento | Resultado | Revisión de Historia clínica materno perinatal | 100% |

Para establecimientos FONB (Centros de Salud):

| Estándar | Indicador | Tipo | Método de recolección | Umbral |
|---|--|------------|---|--------|
| El establecimiento cuenta con los recursos requeridos para las FONB. | Porcentaje de recursos con que cuenta el establecimiento para las FONB | Estructura | Formato de evaluación FONB | 80% |
| A toda gestante en la primera APN, se le realiza y registra en la HC las actividades de acuerdo a la norma. | Porcentaje de gestantes a quienes en la primera APN se le realiza y registra en la HC las actividades de acuerdo a la norma. | Proceso | Revisión de Historias clínicas (manual o electrónica) | 80% |
| Toda gestante cuenta en la segunda APN con resultados de análisis de laboratorio de acuerdo a la norma. | Porcentaje de gestantes que cuentan en la segunda APN con resultados de análisis de laboratorio de acuerdo a la norma. | Proceso | Revisión de Historias clínicas (manual o electrónica) | 80% |
| Toda gestante cuenta en la segunda APN con evaluación odontológica. | Porcentaje de gestantes que en su segunda APN cuenta con evaluación odontológica | Proceso | Revisión de Historias clínicas (manual o electrónica) | 80% |
| Las gestantes en trabajo de parto tienen registrado el partograma según la norma. | Porcentaje de gestantes en trabajo de parto que tienen registrado el partograma, según la norma | Proceso | Revisión de Historia clínica y partograma | 100% |

| Estándar | Indicador | Tipo | Método de recolección | Umbral |
|---|--|-----------|--|--------|
| Toda gestante que ha tenido su parto en establecimiento FONB recibe Oxitocina IM dentro del minuto después del nacimiento del bebé | Porcentaje de gestantes que ha tenido su parto en establecimiento FONB recibe Oxitocina IM dentro del minuto después del nacimiento del bebé | Proceso | Revisión de Historia clínica | 100% |
| Las gestantes con hipertensión arterial inducida por el embarazo, preeclampsia, eclampsia, que acuden al establecimiento con FONB, son diagnosticadas, estabilizadas y referidas (DER), según norma | Porcentaje de gestantes con hipertensión arterial inducida por el embarazo, preeclampsia, eclampsia, que son diagnosticadas, estabilizadas y referidas (DER), según norma | Proceso | Revisión de Historia clínica y de los registros de referencias | 100% |
| Las gestantes con hemorragia obstétrica severa, shock hipovolémico, que acuden al establecimiento con FONB, son diagnosticadas, estabilizadas y referidas (DER), según norma | Porcentaje de gestantes con hemorragia obstétrica severa, shock hipovolémico, que acuden al establecimiento con FONB, son diagnosticadas, estabilizadas y referidas (DER), según norma | Proceso | Revisión de Historia clínica y de los registros de referencias | 100% |
| Las gestantes y puérperas con sepsis, que acuden al establecimiento con FONB, son diagnosticadas, estabilizadas y referidas (DER), según norma | Porcentaje de gestantes y puérperas con sepsis, que acuden al establecimiento con FONB, son diagnosticadas, estabilizadas y referidas (DER), según norma | Proceso | Revisión de Historia clínica y de los registros de referencias | 100% |
| A todo RN, se le realiza y registra en la HC materno perinatal las actividades de atención de acuerdo a la norma | Porcentaje de RN que e les realiza y resgistra en la HC materno perinatal, las actividades de atención de acuerdo a la norma | Proceso | Revisión de Historia clínica observación directa | 100% |
| Todo neonato que presenta una emergencia y es llevado al establecimiento con FONB es DER de acuerdo a la norma | Porcentaje de neonatos que presenta una emergencia y es llevado al establecimiento con FONB es DER de acuerdo a la norma | Proceso | Revisión de Historia clínica | 100% |
| Las puérperas que han tenido su parto en el establecimiento con FONB son controladas cada 15 min, durante las primeras dos horas, según norma | Porcentaje de puérperas que han tenido su parto en el establecimiento con FONB son controladas cada 15 min, durante las primeras dos horas, según norma | Proceso | Revisión de Historia clínica | 100% |
| Toda puérpera cuyo parto ha sido atendido en el establecimiento FONB egresa habiendo recibido orientación y consejería sobre métodos de planificación familiar de acuerdo a la norma | Porcentaje de puérperas cuyo parto ha sido atendido en el establecimiento FONB egresa habiendo recibido orientación y consejería sobre los métodos de planificación familiar de acuerdo a la norma | Proceso | Revisión de Historia clínica | 100% |
| Las gestantes que acuden para APN a consulta externa del establecimiento FONB están satisfechas con la atención recibida | Porcentaje de gestantes que acuden para APN a consulta externa del establecimiento FONB que están satisfechas con la atención recibida | Resultado | Encuesta de satisfacción | 80% |
| Las gestantes que acuden para atención de parto al establecimiento con FONB están satisfechas de la atención recibida. | Porcentaje de gestantes que acuden para atención de parto al establecimiento con FONB que están satisfechas de la atención recibida | Resultado | Encuesta de satisfacción | 80% |
| Todas las gestantes del área de influencia del establecimiento son controladas | Porcentaje de gestantes del área de influencia del establecimiento que son controladas | Resultado | Revisión de registros | 80% |

| Estándar | Indicador | Tipo | Método de recolección | Umbral |
|---|---|-----------|---|------------------------------------|
| Todas las gestantes del área de influencia del establecimiento tienen su parto en la institución | Porcentaje de gestantes del área de influencia del establecimiento tienen su parto en la institución | Resultado | Revisión de registros y de Historias clínicas | Mayor de 70% |
| Las muertes maternas ocurridas en el área de influencia del establecimiento tienen o están en proceso de investigación epidemiológica de acuerdo al Reglamento | Porcentaje de muertes maternas ocurridas en el área de influencia del establecimiento tienen o están en proceso de investigación epidemiológica de acuerdo al Reglamento | Resultado | Revisión de Registros y Actas | 100% de muertes maternas ocurridas |
| Las muertes perinatales ocurridas en el área de influencia del establecimiento tienen o están en proceso de investigación epidemiológica de acuerdo al Reglamento | Porcentaje de muertes perinatales ocurridas en el área de influencia del establecimiento tienen o están en proceso de investigación epidemiológica de acuerdo al Reglamento | Resultado | Revisión de registros, actas e Historias clínicas | 100% de muertes ocurridas |

Para establecimientos FONP (Puestos de Salud):

| Estándar | Indicador | Tipo | Método de recolección | Umbral |
|--|--|------------|--|--------|
| El establecimiento cuenta con los recursos requeridos para las FONP | Porcentaje de recursos con que cuenta el establecimiento para las FONP | Estructura | Formato de evaluación FONP | 80% |
| A toda gestante en la primera APN, se le realiza y registra en la HC las actividades de acuerdo a la norma | Porcentaje de gestantes a quienes en la primera APN se le realiza y registra en la HC las actividades de acuerdo a la norma | Proceso | Revisión de Historias clínicas (manual o electrónica) | 80% |
| Toda gestante cuenta antes de la cuarta APN con resultados de análisis de laboratorio de acuerdo a la norma | Porcentaje de gestantes que cuentan antes de la cuarta APN con resultados de análisis de laboratorio de acuerdo a la norma | Proceso | Revisión de Historias clínicas (manual o electrónica) | 80% |
| Todas las gestantes del establecimiento con FONP que no acuden a una cita programada de atención prenatal en la semana inmediata posterior reciben visita de seguimiento | Porcentaje de gestantes del establecimiento con FONP que no acuden a una cita programada de atención prenatal y en la semana inmediata posterior reciben visita de seguimiento | Proceso | Revisión de registros | 100% |
| Al menos un integrante de la familia del área de influencia del establecimiento con FONP reconoce los síntomas y signos de alarma | Porcentaje de familias del área de influencia del establecimiento con FONP, que reconocen los síntomas y signos de alarma | Proceso | Encuesta | 80% |
| Las comunidades del área de influencia del establecimiento con FONP tienen una organización comunal para vigilancia de gestante y RN | Porcentaje de comunidades del área de influencia del establecimiento con FONP que tienen una organización comunal para vigilancia de gestante y RN | Proceso | Lista de verificación | 80% |
| Las gestantes en trabajo de parto que no puedan ser referidas tienen registrado el partograma, según la norma | Porcentaje de trabajo de parto que no puedan ser referidas tienen registrado el partograma según la norma | Proceso | Revisión de Historia clínica y partograma | 100% |
| Las gestantes que tienen un plan de parto culminan su gestación en un parto institucional de acuerdo a la norma | Porcentaje de gestantes que tienen un plan de parto culminan su gestación en un parto institucional de acuerdo a la norma | Proceso | Revisión de Historia clínica y de registros de Plan de Parto | 80% |

| Estándar | Indicador | Tipo | Método de recolección | Umbral |
|--|---|-----------|--|--------|
| Toda gestante que ha tenido su parto en establecimiento FONP recibe Oxitocina IM dentro del minuto después del nacimiento del bebé | Porcentaje de gestantes que ha tenido su parto en establecimiento FONP recibe Oxitocina IM dentro del minuto después del nacimiento del bebé | Proceso | Revisión de Historia clínica | 100% |
| Toda gestante, que presenta una emergencia obstétrica y acude al establecimiento con FONP, es diagnosticada, estabilizada y referida (DER), según norma | Porcentaje de gestantes, que presenta una emergencia obstétrica y acude al establecimiento con FONP, que son diagnosticadas, estabilizadas y referidas (DER), según norma | Proceso | Revisión de Historia clínica | 100% |
| A todo RN, se le realiza y registra en la HC materno perinatal las actividades de atención de acuerdo a la norma | Porcentaje de RN que se les realiza y registra en la HC materno perinatal las actividades de atención de acuerdo a la norma | Proceso | Revisión de Historia clínica observación directa | 100% |
| Todo neonato que presenta una emergencia y es llevado al establecimiento con FONP es DER de acuerdo a la norma | Porcentaje de neonatos que presenta una emergencia y es llevado al establecimiento con FONP es DER de acuerdo a la norma | Proceso | Revisión de Historia clínica | 100% |
| Las púérperas que han tenido su parto en el establecimiento con FONB son controladas cada 15 min, durante las primeras dos horas, según norma | Porcentaje de púérperas que han tenido su parto en el establecimiento con FONP son controladas cada 15 min, durante las primeras dos horas, según norma | Proceso | Revisión de Historia clínica y observación directa | 100% |
| Toda púérpera cuyo parto ha sido atendido en el establecimiento FONB egresa habiendo recibido orientación consejería sobre métodos de planificación familiar de acuerdo a la norma | Porcentaje de púérperas cuyo parto ha sido atendido en el establecimiento FONP egresa habiendo recibido consejería sobre planificación familiar de acuerdo a la norma | Proceso | Revisión de Historia clínica | 100% |
| Las gestantes que acuden para APN a consulta externa del establecimiento FONB están satisfechas con la atención recibida | Porcentaje de gestantes que acuden para APN a consulta externa del establecimiento FONP que están satisfechas con la atención recibida | Resultado | Encuesta de satisfacción | 80% |
| Las gestantes cuyo parto es atendido de emergencia son referidas al establecimiento con FONB están satisfechas con la atención recibida | Porcentaje de gestantes que acuden para atención de parto al establecimiento con FONP que están satisfechas de la atención recibida | Resultado | Encuesta de satisfacción | 80% |
| Todas las gestantes del área de influencia del establecimiento son controladas | Porcentaje de gestantes del área de influencia del establecimiento que son controladas | Resultado | Revisión de registros | 100% |

ANEXO N° 3

PASOS (El recorrido) PARA IMPLEMENTAR Y MANTENER ESTÁNDARES PARA SERVICIOS QUE BRINDAN ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y NEONATALES, NIVEL FONE EN EL PERÚ²⁶

| | |
|--|--|
| Establecimiento de Salud: | |
| Persona responsable que aplica la ficha: | |
| Personal de salud que participa: | |
| Fecha: | |
| Fecha de próxima visita: | |

Objetivo: Evaluar los estándares de la organización del establecimiento de salud que brinda atención de Emergencias Obstétricas y Neonatales en el Perú a nivel de recursos humanos, infraestructura, medicamentos, vestuario, equipamiento, registros, calidad, referencias, promoción y respeto de los derechos e interculturalidad, además de las unidades vinculantes a la provisión de la atención de Emergencias Obstétricas y Neonatales. (N.T. de Estándares de calidad del FON / MINSA).

Metodología: Previa coordinación con la unidad de servicios de salud, trabajar el instrumento con el “Equipo de Supervisión Interna” del Establecimiento (también pueden participar los demás Equipos), para “El Recorrido de los Servicios” siguiendo los ambientes de la lista. Anotar en la columna de la derecha de “Observaciones” los hallazgos relevantes respecto de la disponibilidad y funcionalidad u otros, para luego revisar con el equipo de gestión y/o el personal de salud del C.S. o del hospital las posibles soluciones y acciones necesarias para levantar las observaciones organizadas en el Plan de Trabajo. (ver Anexo N° 5)

El desarrollo periódico de este instrumento permite al equipo de salud tener identificado las mejoras posibles a implementarse, determinar plazos, responsables y recursos. Incentiva que el Equipo de Supervisión Interna del establecimiento pueda aplicarlos, registre sus hallazgos y planes de mejora de la calidad para el monitoreo y supervisión.

Esto favorece la implementación del servicio en general, “estar listo para una emergencia” porque los equipos estarán disponibles y funcionando, fomenta el “trabajo en equipo”, facilita realizar la “lista de chequeo de la gestión”, “gestión del día a día dentro del servicio”, insumos para la Gestión Externa. etc.



Nota: Este formato se actualizará de manera permanente con las nuevas Normas Técnicas que la ESNSSR actualice en los años posteriores de la presente publicación.

LISTA DE CHEQUEO PARA LA EVALUACIÓN / IMPLEMENTACIÓN

A. Recursos Humanos:

| Personal capacitado para la atención de EMON | Observaciones |
|---|---------------|
| Gineco-Obstetra o Médico general calificado en G-O disponible las 24 horas | |
| Médico calificado en operaciones de cirugía general disponible las 24 horas | |
| Anestesiólogo o médico calificado en anestesia obstétrica y neonatal disponible las 24 horas | |
| Pediatra o Médico general calificado en neonatología disponible las 24 horas | |
| Obstetriz/tra en cantidad disponible durante el horario de atención de 24 horas que cubran los diferentes servicios, según turnos | |
| Técnico de enfermería con competencias para apoyar la atención obstétrica durante las 24 horas | |
| Enfermera disponible las 24 horas en el servicio de neonatología | |
| Técnico de enfermería con competencias para apoyar la atención neonatal durante las 24 horas | |
| Técnico de enfermería con competencia en central de esterilización disponible las 24 horas | |
| Técnico de Laboratorio | |
| Técnico de Farmacia | |
| Técnico en RX y Ecografía disponible las 24 horas | |
| Chofer disponible 24 horas | |

²⁶ Adaptado de: Gill Z., P. Bailey, R. Waxman, J.B. Smith. A Tool for Assessing 'Readiness' in Emergency Obstetric Care: The Room by Room 'Walk-Through'. Requested by and submitted to the Keystone Section of the International Journal of Gynecology and Obstetrics and Norma Técnica FON del Ministerio de Salud del Perú. Adaptado y actualizado por E. Esquiche. Febrero, 2009

B. Para el recorrido ambiente por ambiente:

| Puerta de ingreso de la Emergencia Obstétrica | Observaciones (Disponible/Operativo) |
|--|--------------------------------------|
| Camilla con sábanas | |
| Silla de Ruedas | |
| Personal para transferir al paciente | |
| ¿La entrada de la emergencia obstétrica tiene suficiente espacio para ingreso de camillas? | |
| En la puerta de ingreso de emergencia obstétrica, existe una rampa para el paso de camillas o silla de ruedas para pacientes referidas | |

| Sala de Emergencia Obstétrica | Observaciones (Disponible/Operativo) |
|---|--------------------------------------|
| Ambiente para atención de emergencia con privacidad | |
| Asientos para familiares en la sala de espera | |
| Medicamentos para emergencia obstétrica y fluidos para uso endovenoso | |
| Camilla para examen | |
| Tensiómetro, estetoscopio, termómetro, guantes estériles, soluciones, chatas para urinario, etc | |
| Personal principal disponible durante el horario de atención de 24 horas | |

| Centro Obstétrico | Observaciones (Disponible/Operativo) |
|---|--------------------------------------|
| Sala de Partos con privacidad | |
| Un aspirador eléctrico con sonda de aspiración | |
| Una mesa de partos con mecanismo para Trendelenburg con pierneras, tobilleras o taconeras | |
| Biombos o aditamentos para brindar privacidad | |
| Un soporte para soluciones | |
| Batas para pacientes, juego de sábanas o soleras | |
| Vestuario: pantalón, chaqueta, botas, gorra, máscara | |
| Mesa de mayo para instrumental | |
| Set de parto esterilizado | |
| Set para legado puerperal | |
| Set para atención post aborto | |
| Set para atención manual endouterina (AMEU) | |
| Paquete para sutura perineal/vaginal/cervical | |
| Soluciones: agua estéril, alcohol yodado, jabón líquido, solución antiséptica, solución de hipoclorito de sodio | |
| Un equipo Doppler de detección de latidos fetales | |
| Monitor materno fetal | |
| Una lámpara cuello de ganso, una linterna a pilas o similar operativa | |
| Guantes quirúrgicos, gasa estéril, algodón | |
| Balón con oxígeno, llave para abrir la válvula de oxígeno, carrito transportador y vestidor | |
| Medicamentos rotulados y organizados, según lista de chequeo | |
| Tensiómetro operativo, estetoscopio, termómetro, abocat, cánulas y parantes para soluciones por vía intravenosa | |
| Un depósito para desechos con bolsa descartable | |
| Un depósito para placenta | |
| Registros de atención de partos | |
| Personal de staff disponible con competencias | |

| Área de atención del Recién Nacido en la sala de partos | Observaciones (Disponible/Operativo) |
|--|--------------------------------------|
| Mesa o servocuna con fuente de calor para atención inmediata del recién nacido | |
| Aspirador eléctrico para recién nacido | |
| Balón con oxígeno, llave para abrir la válvula de oxígeno, carrito transportador y vestidor | |
| Bolsa autoinflable para reanimación, con reservorio con máscaras para RN a término o prematuro | |
| Cánula para vía aérea para RN a término o prematuro | |
| Negatoscopio | |
| Incubadora para transporte | |
| Estetoscopio neonatal | |
| Un laringoscopio con hojas rectas N° 0 y 1 | |
| Una tijera de cordón umbilical | |
| Balanza pediátrica | |
| Tallímetro | |
| Cinta métrica | |
| Reloj con segundero | |
| Gasas, guantes, clamps, agujas, sondas, equipo de venoclisis con microgotero, tubos endotraqueales, termómetro rectal, esparadrapo, brazalete de identificación para neonato | |
| Soluciones (alcohol al 90%, solución de hipoclorito de sodio, tintura de yodo) | |
| Medicamentos para la atención del RN | |
| Ropa en función al número de procedimientos (campos, frazada, mandilón) | |
| Rodillo para huella plantar (Pelmatoscopia) | |

| Sala/Área de vestidores/ lavado y desinfección de manos | Observaciones (Disponible/Operativo) |
|--|--------------------------------------|
| Vestuario para sala operaciones: pantalón, chaquetas, botas, gorras y mascarillas | |
| Flujo de agua 24 horas disponible, y lavatorios con grifería para ser manipulada con los codos | |
| Cepillos y jabón para desinfección de manos | |

| Sala de Operaciones | Observaciones (Disponible/Operativo) |
|---|--------------------------------------|
| Un aspirador eléctrico con sonda de aspiración para adulto | |
| Un aspirador eléctrico con sonda de aspiración para recién nacido | |
| Balones con oxígeno, con llave para abrir la válvula de oxígeno, con carrito transportador y vestidor | |
| Bomba de infusión de un canal | |
| Un equipo de aire acondicionado (zonas calurosas) | |
| Un equipo para ligaduras de trompas post parto | |
| Una fuente de calor en lugares fríos | |
| Incubadora para transporte | |
| Una lámpara cialítica auxiliar rodable | |
| Una lámpara cialítica de techo | |
| Una máquina de anestesia (con vaporizador de gases) | |
| Una mesa auxiliar semicircular | |
| Una mesa de Mayo para instrumental | |
| Una mesa de partos con mecanismo para Trendelenburg con pierneras, tobilleras, o taconeras | |
| Un monitor cardiovascular con desfibrilador | |
| Negatoscopio | |
| Un oxímetro de pulso | |
| Mesa o servocuna con fuente de calor para la atención del recién nacido | |

| Sala de Operaciones | Observaciones (Disponible/Operativo) |
|--|--------------------------------------|
| Un soporte para soluciones | |
| Equipo para flebotomía disponible | |
| Instrumental para reanimación para adultos y RN | |
| Set de sutura para cesáreas y laparatomía | |
| Set para anestesia epidural | |
| Set para laparotomía / histerectomía abdominal | |
| Set para legrado uterino - AMEU | |
| Ropa disponible en función a procedimientos: campos mandilones, ponchos quirúrgicos, sábanas, soleras-todo estéril Vestuario: pantalón, chaqueta, botas, gorras y mascarilla | |
| Guantes, ropa quirúrgica, gasas y paquetes de algodón, catéter endovenoso, clamp y catéteres umbilicales, equipo de transfusión sanguínea, equipo de venoclisis, esparadrapo, jeringas descartables, sondas de alimentación, nelaton y vesicales foley | |
| Soluciones antisépticas según norma | |
| Medicamentos, según norma | |
| Sala de recuperación-observación | |
| Camilla rodante | |
| Un depósito para ropa sucia | |
| Personal de staff al llamado (listo para desempeñar procedimientos de emergencia dentro de los primeros 30 minutos) | |
| Sala de operaciones limpia luego de la intervención quirúrgica | |
| Registro de información de Sala de Operaciones | |

| Sala de Hospitalización de Obstetricia | Observaciones (Disponible/Operativo) |
|---|--------------------------------------|
| Una balanza de pie con tallímetro | |
| Biombos o aditamentos para brindar privacidad | |
| Balón con oxígeno, con llave para abrir la válvula de oxígeno, con carrito transportador y vestidor | |
| Bomba de infusión de un canal | |
| Cama clínica rodable para adultos | |
| Un equipo de inserción de DIU | |
| Camillas o mesa de examen ginecológico con pierneras, tobilleras | |
| Una lámpara de pie con cuello de ganso, una linterna a pilas o similar operativa | |
| Escalera de uno o dos pasos | |
| Equipo de curaciones | |
| Negatoscopio | |
| Camas listas para recibir a las pacientes (colchón cubierto con soleras) mantas/frazadas limpias, con sábanas de cama y con almohadas | |
| Lavamanos | |
| Tensiómetro, espéculos vaginales de Graves, un estetoscopio biauricular y termómetro operativos, abocats y cánulas parantes para soluciones intravenosas, | |
| Guantes, algodón, gasas, catéter endovenoso, sondas vesicales, sondas de nélatón, vesicales foley, equipo de venoclisis | |
| Medicamentos para Emergencias Obstétricas y Neonatales, y soluciones intravenosas en el gabinete del star del personal de salud en hospitalización | |
| Cunas listas para internamiento del neonato | |
| Ropa: bata para pacientes, sábanas para camas, sábanas para camillas, soleras | |
| Un depósito para desechos con bolsa descartable | |

| Sala de Hospitalización de Obstetricia | Observaciones (Disponible/Operativo) |
|---|--------------------------------------|
| Soluciones antisépticas | |
| Armario /mesa de noche al lado de la cama | |
| Personal de staff de obstetricas | |
| Registro de información interno de hospitalización madre y niño | |
| Hospitalización Neonatal | Observaciones (Disponible/Operativo) |
| Ambiente disponible | |
| Equipamiento e instrumental | |
| Insumos, vestuario, medicamentos para atención RN | |
| Otros de consideración | |
| Grado de limpieza de los ambientes en general | |
| Sillas o bancas para personas o familiares | |
| Ambientes señalizados | |
| Pacientes tienen nombres sobre la cama | |
| En el star de enfermería hay relación de pacientes hospitalizados y de alta | |
| Información al público: personal de turno, horarios de atención | |

| Farmacia | Observaciones (Disponible/Operativo) |
|--|--------------------------------------|
| Lista de insumos y medicamentos para la atención de las EMON | |
| Mantienen el registro de inventario actualizado y completo | |
| Persona calificada está al llamado para proveer de los medicamentos que son necesarios, durante las 24 horas del día | |
| Último balance de stock debidamente preparado | |
| Proveen oportunamente medicamentos de emergencia para Sala de Emergencia, Sala de Operaciones, Sala de Partos, y Salas de Hospitalización de Obstetricia, atención inmediata del RN | |
| Capacidad de completar la cantidad de medicamentos cuando la oferta alcanza un cierto nivel mínimo | |
| Exámenes auxiliares en el establecimiento - Laboratorio | Observaciones (Disponible/Operativo) |
| Set y equipos para Bioquímica: (ácido úrico, bilirubinas, creatinina, depuración de creatinina, fosfatasa alcalina, glucosa, LCR: estudio citoquímico, tolerancia a la glucosa, transaminasa oxalacética, transaminasa pirúvica, urea) | |
| Set y equipos para Hematología: (fibrinógeno, Hematocrito, gota gruesa en áreas endémicas, frotis de sangre periférica, hemoglobina, hemograma, plaquetas, tiempo de coagulación, tiempo de protombina, tiempo de sangría, velocidad de sedimentación) | |
| Inmunología: (Aglutinaciones, Combs directo, Combs indirecto, factor Rh, Grupo sanguíneo, FT A, ABSS, o TPH, gonadotropinas coriónicas en orina, gonadotropinas coriónicas en sangre sun unidad beta, reactivos para prueba cruzada, y útiles para colección de sangre, reactivos para pruebas de despistaje de VIH-SIDA, y de ITS ; RPR/VDRL) | |
| Microbiología: (Bk en esputo, Gram, cultivo de fluidos corporales, hemocultivo, urocultivo) | |
| Orina: Examen de orina completo-proteinuria de 24 horas | |
| Riesgo quirúrgico | |
| Provisión de Sangre , Bolsas para colección de sangre | |
| Microscopio | |
| Registro de información | |
| Refrigerador operativo | |

| | |
|---|---|
| Sangre segura y derivados | Observaciones (Disponible/Operativo) |
| Paquete globular | |
| Plasma fresco congelado a -20°C | |
| Sangre total | |
| Equipos para hemoterapia disponibles en el hospital | |
| Un congelador a -20°C | |
| Un conservador de sangre (para 50 unidades) | |
| Equipos para la Unidad de Esterilización Central | Observaciones (Disponible/Operativo) |
| Un esterilizador eléctrico de aire caliente seco | |
| Mesa que cuenta con áreas marcadas que identifica espacios para áreas estériles y no estériles | |
| Material fungible | |
| Indicadores de esterilización para material esterilizado en ambiente húmedo interno y externo | |
| Indicadores de esterilización para material esterilizado en ambiente seco interno y externo | |
| Papel kraff | |
| Guantes de jebe para examen de material | |
| Ropa disponible en función al número de procedimientos: mandilón estéril | |
| Soluciones: detergente, jabón líquido | |
| Otros: Conexión eléctrica segura | |
| Libro de registro de operación | |
| Personal capacitado | |
| Sistemas de Información Materno Neonatal | Observaciones (Disponible/Operativo) |
| Información actualizada, consistente de la admisión de pacientes con complicaciones obstétricas y neonatales atendidos | |
| Información actualizada, consistente de la atención de partos (madre y RN) | |
| Información actualizada, consistente del internamiento de pacientes con complicaciones obstétricas y neonatales atendidas | |
| Información actualizada, consistente de los pacientes referidos con complicaciones obstétricas y neonatales atendidas (libro SRCR) | |
| Reportes mensuales y consignación de datos de mujeres con atención obstétricas y/o complicaciones atendidas, así como neonatal | |
| Información sobre gestión de insumos, medicamentos y equipos para la atención obstétrica y neonatal | |
| Sistema de referencia | Observaciones (Disponible/Operativo) |
| Unidad para el Sistema de referencia con personal, mapa de flujo de referencias, radio, teléfono, fax, disponible según, horario de atención de 24 horas | |
| Casa de Espera Materna | Observaciones (Disponible/Operativo) |
| Ambiente disponible para que las mujeres gestantes de lugares alejados puedan alojarse | |
| Herramientas para la atención clínica y manejo de Emergencias Obstétricas y Neonatales | Observaciones (Disponible/Operativo) |
| Uso de las Guías y Flujogramas de atención de Emergencias Obstétricas y Neonatales, por parte del personal de salud | |
| El personal de salud está realizando revisión continua del manejo de casos atendidos de las Emergencias Obstétricas y Neonatales, hecha la auditoría de calidad y de las referencias realizadas a un FONE | |

ANEXO N° 4

PASOS (El recorrido) PARA IMPLEMENTAR Y MANTENER ESTÁNDARES PARA SERVICIOS QUE BRINDAN ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y NEONATALES, NIVEL FONB EN EL PERÚ²⁷

| | |
|--|--|
| Establecimiento de Salud: | |
| Persona responsable que aplica la ficha: | |
| Personal de salud que participa: | |
| Fecha: | |
| Fecha de próxima visita: | |

Objetivo: Evaluar los estándares de la organización del establecimiento de salud que brinda atención de Emergencias Obstétricas y Neonatales en el Perú a nivel de recursos humanos, infraestructura, medicamentos, vestuario, equipamiento, registros, calidad, referencias, promoción y respeto de los derechos e interculturalidad, además de las unidades vinculantes a la provisión de la atención de Emergencias Obstétricas y Neonatales. (N.T. de Estándares de calidad del FON/ MINSA)

Metodología: Previa coordinación con la unidad de servicios de salud, trabajar el instrumento con el “Equipo de Supervisión Interna” del Establecimiento (también pueden participar los demás Equipos), para “El Recorrido de los Servicios” siguiendo los ambientes de la lista. Anotar en la columna de la derecha de “Observaciones” los hallazgos relevantes respecto de la disponibilidad y funcionalidad u otros, para luego revisar con el equipo de gestión y/o el personal de salud del C.S. o del hospital las posibles soluciones y acciones necesarias para levantar las observaciones organizadas en el Plan de Trabajo.

El desarrollo periódico de este instrumento permite al equipo de salud tener identificado las mejoras posibles a implementarse determinando plazos, responsables y recursos.

Incentivar para que el Equipo de supervisión interno del establecimiento pueda aplicarlos y registre sus hallazgos y planes de mejora de la calidad para el monitoreo y supervisión. Esto favorece la implementación del servicio en general, “Estar listo para una emergencia” porque los equipos estarán disponibles y funcionando, fomenta el “Trabajo en equipo”, facilita realizar la “Lista de chequeo de la gestión”, “Gestión del día a día dentro del servicio”, así como insumos para la Gestión Externa. etc.



Nota: Este formato se actualizará de manera permanente con las nuevas Normas Técnicas que la ESNSSR actualice en los años posteriores de la presente publicación.

LISTA DE CHEQUEO PARA LA EVALUACIÓN/IMPLEMENTACIÓN

A. Recursos Humanos:

| Personal capacitado para la atención en EMON | Observaciones |
|---|---------------|
| Médico general con competencias obstétricas disponible durante el horario de atención de 24 horas | |
| Médico general con competencias neonatales disponible durante el horario de atención de 24 horas | |
| Obstetriz con competencias obstétricas disponible durante el horario de atención de 24 horas, en cantidad suficiente para cubrir los diferentes servicios, según turnos | |
| Enfermera con competencias neonatales disponible durante el horario de atención de 24 horas en el servicio de neonatología | |
| Técnico de enfermería con competencias para apoyar la atención obstétrica durante las 24 horas | |
| Técnico de enfermería con competencias para apoyar la atención neonatal durante las 24 horas | |
| Técnico de Laboratorio | |
| Técnico de Farmacia | |
| Chofer disponible 24 horas | |

²⁷ Adaptado de: Gill Z., P. Bailey, R. Waxman, J.B. Smith. A Tool for Assessing ‘Readiness’ in Rmergency Obstetric Care: The Room by Room ‘Walk-Through’. Requested by and submitted to the Keystone Section of the International Journal of Gynecology and Obstetrics and Norma Técnica FON del Ministerio de Salud del Perú. Adaptado y actualizado por E. Esquiche. Febrero, 2009

B. Para el recorrido ambiente por ambiente:

| Puerta de ingreso de la emergencia obstétrica | Observaciones (Disponible/Operativo) |
|--|--------------------------------------|
| Camilla con sábanas | |
| Silla de ruedas | |
| Persona para transferir al paciente | |
| ¿La entrada de la emergencia obstétrica tiene suficiente espacio para ingreso de camillas? | |
| En la puerta de ingreso de emergencia obstétrica, se tiene rampa para el paso de camillas o silla de ruedas para pacientes referidas | |

| Sala de Emergencia Obstétrica | Observaciones (Disponible/Operativo) |
|--|--------------------------------------|
| Ambiente para atención de emergencia con privacidad | |
| Asientos para familiares en la sala de espera | |
| Medicamentos para emergencia obstétrica y fluidos para uso endovenoso | |
| Camilla para examen | |
| Tensiómetro, estetoscopio, termómetro, chatas para urinario, guantes estériles, soluciones, etc. | |
| Personal obstetiz/tra disponible durante el horario de atención de 24 horas | |

| Centro obstétrico/Sala de Partos | Observaciones (Disponible/Operativo) |
|--|--------------------------------------|
| Sala de partos con privacidad | |
| Una mesa de partos con pierneras, con estribos | |
| Un aspirador eléctrico con sonda de aspiración | |
| Amnioscopio | |
| Un equipo doppler de detección de latidos fetales | |
| Un monitor materno fetal | |
| Una lámpara de cuello de ganso | |
| Un soporte para soluciones | |
| Una fuente de calor en lugares fríos | |
| Ropa disponible: Batas para pacientes y juego de sábanas o soleras, campos disponibles, mandilón estéril, pierneras estéril o campos, frazadas | |
| Vestuario: pantalón, chaqueta, botas, gorra y máscara | |
| Mesa de mayo para instrumental | |
| Sets de parto esterilizado | |
| Set para parto distócico | |
| Set para atención post aborto | |
| Set para legrado puerperal | |
| Set para atención manual endouterina (AMEU) | |
| Paquete para sutura perineal/vaginal/cervical | |
| Soluciones: agua estéril, alcohol yodado, jabón líquido, solución antiséptica, solución de hipoclorito de sodio | |
| Guantes quirúrgicos, gasas estéril, algodón, catéter, catgut, clamp, jeringas, peras de aspiración, sondas de nélaton, sondas vesicales de foley | |
| Balón con oxígeno, llave para abrir la válvula de oxígeno, con carrito transportador y vestido | |
| Bomba de infusión de un canal | |

| Centro obstétrico/Sala de partos | Observaciones (Disponible/Operativo) |
|---|--------------------------------------|
| Medicamentos para emergencias obstétricas rotulados y organizados según lista de chequeo | |
| Tensiómetro operativo, estetoscopio, termómetro, abocat y cánulas | |
| Bolsa de reanimación para adulto, tubos endotraqueales, fetoscopio de Pinard | |
| Un depósito para desechos con bolsa descartable | |
| Un depósito para placenta | |
| Personal de staff de obstetricia disponible y preparado para manejar casos de emergencia | |
| Registros de atención de partos | |
| Área de atención del Recién Nacido en la sala de partos | Observaciones (Disponible/Operativo) |
| Aspirador eléctrico | |
| Balanza pediátrica | |
| Un balón con oxígeno, con llave para abrir la válvula de oxígeno, con carrito transportador y vestidor | |
| Bolsa autoinflable para reanimación con reservorio con máscaras para RN a término o prematuro | |
| Cánula para vía aérea par RN a término o prematuro | |
| Incubadora para transporte | |
| Mesa con fuente con calor para atención inmediata del RN | |
| Tallímetro | |
| Cinta métrica | |
| Estetoscopio neonatal | |
| Reloj con segundero | |
| Una tijera de cordón umbilical | |
| Gasas, guantes, clamps, agujas, sondas, termómetro rectal, esparadrapo neonato | |
| Medicamentos para la atención del RN, según guías de atención | |
| Ropa en función al número de procedimientos (campos, frazadita, mandilón) | |
| Soluciones (alcohol al 90%, solución de hipoclorito de sodio, tintura de yodo) | |
| Sala/Área de vestidores/ lavado y desinfección de manos | Observaciones (Disponible/Operativo) |
| Vestuario: pantalón, chaquetas, botas, gorras, mascarillas | |
| Flujo de agua 24 horas disponible, y lavatorios con grifería para ser manipulada con los codos | |
| Cepillos y jabón para desinfección de manos | |
| Sala de hospitalización de obstetricia | Observaciones (Disponible/Operativo) |
| Balanza de pie con tallímetro | |
| Camillas o mesa de examen ginecológico con pierneras, tobilleras | |
| Cama clínica rodable para adultos | |
| Escalera de uno o dos pasos | |
| Un depósito para desechos con bolsa descartable | |
| Una lámpara de pie con cuello de ganso | |
| Equipo de curaciones | |
| Camas listas para recibir a las pacientes (colchón cubierto con soleras) mantas/frazadas limpias, con sábanas de cama y con almohadas | |
| Cunas listas para internamiento del neonato | |
| Armario /mesa de noche al lado de la cama | |

| Sala de hospitalización de obstetricia | Observaciones (Disponible/Operativo) |
|--|--------------------------------------|
| Ropa: bata para pacientes, sábanas para camas, sábanas para camillas, soleras | |
| Guantes, gasas, catéter endovenoso, sondas vesicales, sondas de nelaton, equipo de venoclisis | |
| Medicamentos para Emergencias Obstétricas y Neonatales y soluciones intravenosas en el gabinete del estar del personal de salud en Hospitalización | |
| Tensiómetro, espéculos vaginales de Graves, estetoscopio, y termómetro, operativos; parantes para soluciones intravenosas, abocats y cánulas | |
| Soluciones antisépticas según normas de bioseguridad | |
| Un balón con oxígeno, con llave para abrir la válvula de oxígeno, con carrito transportador y vestidor | |
| Personal de staff de obstetricia para atención de pacientes | |
| Registro de información interno de hospitalización madre y niño | |
| Lavamanos | |
| Depósito para desechos /agujas, otros | |
| Grado de limpieza de los ambientes en general | |
| Sillas ó bancas para personas o familiares | |
| Ambientes señalizados | |
| Pacientes tienen nombres sobre la cama | |
| Relación de pacientes hospitalizados y de alta | |
| Información al público: personal de turno, horarios de atención | |

| Farmacia | Observaciones (Disponible/Operativo) |
|--|--------------------------------------|
| Lista de insumos y medicamentos para la atención de EMON | |
| Mantienen el registro de inventario actualizado y completo | |
| Persona calificada está al llamado para proveer de los medicamentos que son necesarios, durante las 24 horas del día | |
| Último balance de stock debidamente preparado | |
| Proveen oportunamente medicamentos de emergencia para Sala de emergencia, Sala de operaciones, Sala de partos, y Salas de Hospitalización de Obstetricia y atención del RN | |
| Capacidad de completar/reponer la cantidad de medicamentos (coordinaciones con el SIS) | |

| Exámenes auxiliares en el establecimiento - Laboratorio | Observaciones (Disponible/Operativo) |
|--|--------------------------------------|
| Bioquímica: creatinina, glucosa, úrea. | |
| Hemoglobina: hematocrito, gota gruesa, frotis de sangre periférica, hemoglobina, hemograma, tiempo de coagulación, tiempo de sangría, velocidad de sedimentación | |
| Inmunología: aglutinaciones, factor Rh, Grupo sanguíneo, reactivos para prueba cruzada, y útiles para colección de sangre, reactivos para pruebas de despistaje de VIH-SIDA, y de ITS; RPR/VDRL | |
| Microbiología: Bk en esputo, Gram | |
| Examen de orina completo | |
| Bolsas para colección de sangre | |
| Microscopio | |
| Registro de información | |
| Refrigerador operativo | |
| Técnico de laboratorio al llamado | |

| Sala de esterilización/autoclaves | Observaciones (Disponible/operativo) |
|--|--------------------------------------|
| Autoclaves operativas con medidores de temperatura y presión | |
| Papel indicador | |
| Conexión eléctrica segura | |
| Mesa que cuenta con áreas marcadas que identifica espacios para áreas estériles y no estériles | |
| Libro de registro de operación de Autoclave | |
| Personal capacitado para manejo de autoclave | |

| Sistemas de Información (madre - niño) | Observaciones (Disponible/operativo) |
|--|--------------------------------------|
| Información actualizada, consistente de la admisión de pacientes con complicaciones obstétricas y neonatales atendidos | |
| Información actualizada, consistente de la atención de partos (madre y RN) | |
| Información actualizada, consistente del internamiento de pacientes con complicaciones obstétricas y neonatales atendidas | |
| Información actualizada, consistente de los pacientes referidos con complicaciones obstétricas y neonatales atendidas (libro SRCR) | |
| Reportes mensuales y consignación de datos de mujeres con atención obstétricas y/o complicaciones atendidas, así como neonatal | |
| Información sobre gestión de insumos, medicamentos y equipos para la atención obstétrica y neonatal | |

| Sistema de referencia | Observaciones (Disponible/operativo) |
|--|--------------------------------------|
| Unidad para el Sistema de referencia con personal, mapa de flujo de referencias, radio, teléfono, fax, disponible, según horario de atención de 24 horas | |

| Casa de espera materna | Observaciones (Disponible/operativo) |
|---|--------------------------------------|
| Ambiente disponible para que las mujeres gestantes de lugares alejados puedan alojarse | |
| Herramientas para la atención clínica y manejo de Emergencias Obstétricas y Neonatales | |
| Uso de las guías y flujogramas de atención de Emergencias Obstétricas y Neonatales por parte del personal de salud, según niveles | |
| El personal de salud está realizando revisión continua del manejo de casos atendidos de las Emergencias Obstétricas y Neonatales, hecha la auditoría de calidad y de las referencias realizadas a un FONB | |

ANEXO N° 5
PLAN DE MEJORA CONTINUA PARA IMPLEMENTAR Y MANTENER ESTÁNDARES EN LOS ESTABLECIMIENTOS FON DE LA RED OBSTÉTRICA Y NEONATAL²⁸ (FONE - FONB)

| | |
|--|--|
| Establecimiento de Salud: | |
| Persona responsable que aplica la ficha: | |
| Personal de salud que participa: | |
| Fecha: | |
| Fecha de próxima visita: | |

Indicaciones: Este Plan de Trabajo es aplicable cuando se ha logrado hacer “El Recorrido Ambiente por Ambiente” por los servicios, de los resultados y/o observaciones, conjuntamente con (todos - recomendable) el personal de salud proponer y organizar acciones que permita levantar las observaciones encontradas en la visita para mejorar la disponibilidad y organización de la Red Obstétrica y Neonatal. Para trabajar con los Equipos de Salud, previamente, se debe conformar los 6 Equipos: de Respuesta a la Emergencia, de Supervisión Interna, de Análisis de la Información, de Calidad y Auditoría, Fortalecimiento de competencias y capacidades y SRCR.

Este plan se realiza al final de la visita al establecimiento y todo el personal de salud debe firmarlo como acta de compromiso para el seguimiento y monitoreo, y contar con la presencia de las autoridades locales.

| Actividades/Establecimientos que brinda atención de las EMON | Fecha de inicio | Fecha para Completar | Persona(s) Responsable | Observaciones |
|---|-----------------|----------------------|------------------------|---------------|
| 1. Organización y seguimiento de acciones de los Equipos de Trabajo: a. Equipo de supervisión interna: b. Equipo de respuesta a la Emergencia: c. Equipo de Calidad y Auditoría: d. Equipo de análisis de la información: e. Equipo de fortalecimiento de competencias y capacidades: f. Equipo de SRCR: | | | | |
| 2. Rehabilitación / mantenimiento (infraestructura) | | | | |
| 3. Recursos/ insumos / Medicamentos / equipos / procedimientos del EE.SS. | | | | |
| 4. Ubicación del personal (Verificar si se cuenta con personal calificado en las guardias de emergencia las 24/7 hrs. en las unidades de atención materna y neonatal) | | | | |

28 Adaptado de: Gill Z., P. Bailey, R. Waxman, J.B. Smith. *A Tool for Assessing 'Readiness' in Rmergency Obstetric Care: The Room by Room 'Walk-Through'*. Requested by and submitted to the Keystone Section of the International Journal of Gynecology and Obstetrics and Norma Técnica FON del Ministerio de Salud del Perú. Adaptado y actualizado por E. Esquiche. Febrero, 2009

| Actividades/Establecimientos que brinda atención de las EMON | Fecha de inicio | Fecha para Completar | Persona(s) Responsable | Observaciones |
|---|-----------------|----------------------|------------------------|---------------|
| <p>5. Desarrollar el proceso de la gestión día a día (estar listos permanentemente)</p> <p>(Revisar la estructura del plan de recorrido por los servicios donde las brechas serán programadas levantar las observaciones, según sea el nivel de capacidad resolutive FONB o FONE):</p> | | | | |
| <p>a. Puerta de la emergencia obstétrica</p> <p>b. Sala de emergencia obstétrica</p> <p>c. Centro obstétrico /sala de partos</p> <p>d. Área de la atención del RN en la sala de partos</p> <p>e. Sala de vestidores/lavado y desinfección de manos</p> <p>f. Sala de Operaciones (en caso de ser FONE)</p> <p>g. Sala de hospitalización de obstetricia</p> <p>h. Sala de hospitalización neonatal (para FONE)</p> <p>i. Farmacia</p> <p>j. Laboratorio (verificar pruebas de laboratorio)</p> <p>k. Sala de esterilización</p> <p>l. Sistema de registros (madre – niño)</p> <p>m. Sistema de referencia</p> <p>n. Hogar materno</p> <p>o. Herramientas para la atención clínica: Guías y Flujogramas disponibles en el establecimiento:</p> <p>p. Otros</p> | | | | |
| IMPLEMENTACIÓN DE LAS 8 ESTRATEGIAS : | | | | |
| 6. Situación del manejo estandarizado de las EMON en la Red Obstétrica y Neonatal: | | | | |
| <p>7. Situación de las competencias y habilidades del personal de salud de la RON:</p> <p>(Evaluar aquí la situación del CDC regional, programas de pasantías, etc.)</p> | | | | |
| 8. Proceso de mejora de la Calidad - Auditoría del manejo estandarizado de EMON: | | | | |

| Actividades/Establecimientos que brinda atención de las EMON | Fecha de inicio | Fecha para Completar | Persona(s) Responsable | Observaciones |
|--|-----------------|----------------------|------------------------|---------------|
| 9. Proceso e implementación de los indicadores y estándares de FON, Indicadores de Proceso ONU, y los registros estandarizados | | | | |
| 10. Proceso de implementación del Sistema de referencia y contrarreferencia de las EMON: | | | | |
| 11. Vigilancia de los eventos adversos, prevención y control de las infecciones en la atención de las EMON: | | | | |
| 12. Promoción de los derechos, género, DD.HH. e interculturalidad en la RON: (Buenas prácticas, adecuación de los servicios, parto vertical, cuidados del RN, otros) | | | | |
| 13. Casa Materna: (Si el establecimiento lo ha considerado como estrategia a implementar, evaluar los avances de la implementación y sostenibilidad) | | | | |
| 14. Supervisión clínica externa de apoyo al establecimiento, a nivel de la RON, monitoreo y supervisión | | | | |
| 15. Otros (aquí puede programarse reuniones, talleres, pasantías pendientes, incidencia con las autoridades locales, etc.) | | | | |

Lugar:.....,

Fecha: / /

.....
Equipo del C.S./ Hospital

.....
Equipo Gestor Regional del Modelo

Se adjunta relación de firmas de los participantes en la reunión, se eleva una copia al gobierno local, la red de salud, la DIRESA. Se vuelve a programar la siguiente visita no más de dos a tres meses para evaluar los avances de acciones establecidas.

ANEXO N° 6
MANTENIENDO ESTÁNDARES CON ENFOQUE DE DERECHOS, GÉNERO E INTERCULTURALIDAD EN
LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA RED OBSTÉTRICA Y NEONATAL ²⁹



Las fichas A, B, C de este Anexo pueden ser aplicados en los establecimientos de la RON, a cargo del personal que desarrolla supervisión capacitante. También, puede ser aplicado por el personal de salud como autoevaluación.

| |
|--|
| Establecimiento de Salud: |
| Persona responsable que aplica la ficha: |
| Fecha: |

| FICHA A.- Derechos de las mujeres acerca de la información y sus opciones | | | |
|--|---|----|----|
| <i>Las mujeres tienen el derecho de recibir información exacta, apropiada y comprensible acerca de su diagnóstico, tratamiento, y opciones (si las hay), cuidados después de su egreso y las señales de alarma. Esto deberá entregarse mediante consejería y materiales disponibles en el establecimiento.</i> | | | |
| | | Sí | No |
| 1. | ¿Hay anuncios en el idioma local en todas las entradas que dirigen a las mujeres hacia el área de evaluación de la emergencia y hacia las salas de trabajo de parto y de parto? | | |
| 2. | Cuando las mujeres se han estabilizado, ¿informa el personal a todas las mujeres y sus familias acerca del diagnóstico, necesidad de tratamiento y procedimientos? | | |
| 3. | Al alta, ¿informa el personal a las mujeres y sus familias acerca de las señales de alarma que necesitan atención médica en las madres (por ejemplo, fiebre, sangrado abundante, dolor agudo) y en los recién nacidos (por ejemplo, dificultad para respirar, fiebre, ictericia, letargo, alimentación o amamantamiento deficientes)? | | |
| 4. | Al alta, ¿se le informa a las mujeres y sus familias acerca de dónde pueden las madres y/o los recién nacidos obtener acceso a la atención médica 24 horas al día, siete días a la semana? | | |
| 5. | ¿Suministra el personal a las mujeres información escrita o ilustrada en su propio idioma sobre cuidados después de su egreso, señales de alarma, y dónde buscar atención? | | |
| 6. | ¿Habla el personal el idioma local o hay intérpretes disponibles? | | |
| 7. | En situaciones de emergencia, se realizan los procedimientos de salvar vidas para estabilizar a la mujer aún si no se puede obtener el consentimiento informado? | | |
| 8. | Cuando las mujeres se han estabilizado, el personal, ¿da consejería y obtiene el consentimiento informado para los procedimientos (transfusión sanguínea, cesárea)? | | |
| 9. | ¿Se les dice a las mujeres y sus familias que ellas tienen el derecho de rehusar el tratamiento sin sacrificar el derecho a otros servicios (por ejemplo, anestesia, transfusión sanguínea, cesárea)? | | |

²⁹ Los instrumentos de este anexo fueron adaptados del documento: Mejoramiento de la calidad para atención obstétrica de emergencia. Libro de Herramientas. Una adaptación de COPE (servicios para el cliente orientado, proveedor eficiente). ENGENDERHEALTH/USAID/AMMD, 2005

FICHA B.- Derechos de las Mujeres a Privacidad, Confidencialidad, Dignidad, Comodidad y a Expresar su Opinión.

Las mujeres tienen el derecho a privacidad y confidencialidad durante los exámenes físicos, procedimientos clínicos, y consejería, así como también en cómo se maneja su información personal y expedientes médicos. Tienen el derecho a la consideración de sus sentimientos, modestia y comodidad, y el respeto a sus opiniones y decisiones. Este es uno de los aspectos más importantes de la calidad. Si las mujeres y sus familias no son tratadas con respeto, es muy probable que no busquen atención aún en casos de emergencia.

| | | Sí | No |
|----|---|----|----|
| 1. | Las salas de trabajo de parto y de parto, ¿ofrecen a las mujeres privacidad visual y auditiva de las otras mujeres y del personal? | | |
| 2. | El personal, ¿mantiene la exposición a un tiempo y duración mínimos mientras se practican exámenes vaginales, partos vaginales y cesáreas? | | |
| 3. | El personal, ¿respeta los deseos de las mujeres sobre si dar información o no a sus parejas y miembros de la familia (en casos de emergencia, ello no puede ser posible)? | | |
| 4. | Cuando las HC de las mujeres no están en uso, el personal, ¿los guarda en un lugar seguro con acceso estrictamente limitado al personal autorizado? | | |
| 5. | ¿Están limpias y son cómodas todas las áreas de atención a la mujer (por ejemplo, cuartos de examen, pabellón de mujeres/maternidad, salas de trabajo de parto y de parto, áreas de atención del RN, baños, áreas de espera)? | | |
| 6. | Su establecimiento, ¿suministra agua potable limpia y baños para las mujeres y sus acompañantes? | | |
| 7. | El personal, ¿asegura que las mujeres están cómodas durante el trabajo de parto y el parto, y los procedimientos (incluso tratamiento de las complicaciones del aborto), y ofrecen medicamentos para el dolor y apoyo? | | |
| 8. | El personal, ¿limpia totalmente las camas de trabajo de parto y de parto después de cada parto? | | |
| 9. | El personal, ¿da consejería y apoyo en caso de complicaciones sean maternas o neonatales? | | |

FICHA C.- Derechos del Proveedor a Información, Capacitación y Desarrollo

El personal necesita conocimiento, habilidad, y oportunidades de capacitación y desarrollo profesional continuos a fin de estar actualizados en su campo y continuamente mejorar la calidad de los servicios que prestan.

| | | Sí | No |
|----|--|----|----|
| 1. | Las normas y protocolos actuales de las FON ¿están disponibles al personal (flujogramas , guías)? | | |
| 2. | El establecimiento, ¿suministra actualización regular (al menos trimestralmente) y sesiones de capacitación para aumentar el conocimiento y habilidades del personal para la atención de las EMON (incluso la prevención de infecciones)? | | |
| 3. | Está capacitado el personal para realizar los exámenes siguientes, tal como requiere su trabajo? <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación fetal (crecimiento, ritmo cardíaco, fecha del embarazo) • Físico general (mamas, cardíaco, pulso distal, pulmones, piel) • Signos vitales (presión arterial, ritmo cardíaco, ritmo respiratorio) | | |
| 4. | ¿Hay un número suficiente de personal capacitado para manejar el trabajo de parto y el parto (incluso labor disfuncional)? | | |
| 5. | ¿Hay un número suficiente de personal capacitado en el manejo, estabilización, y/o referencia de las EMON? | | |
| 6. | ¿Hay un número suficiente de personal capacitado para realizar las siguientes acciones? <ul style="list-style-type: none"> • Compresión uterina bimanual • Corrección de inversión uterina • Reparación de desgarro vaginal, perineal, y cervical | | |

FICHA C.-

Derechos del Proveedor a Información, Capacitación y Desarrollo

| | | Sí | No |
|-----|--|----|----|
| 7. | ¿Hay un número suficiente de personal capacitado para administrar antibióticos? | | |
| 8. | ¿Hay un número suficiente de personal capacitado para administrar oxitocina o ergometrina? | | |
| 9. | ¿Hay un número suficiente de personal capacitado para administrar sulfato de magnesio (o diazepam, si no está disponible) para eclampsia? | | |
| 10. | ¿Hay un número suficiente de personal capacitado para realizar extracción manual de la placenta? | | |
| 11. | ¿Hay un número suficiente de personal capacitado para realizar evacuación uterina? | | |
| 12. | ¿Hay un número suficiente de personal capacitado para realizar parto asistido (por vacío o fórceps)? | | |
| 13. | ¿Hay un número suficiente de personal capacitado para realizar cesáreas? | | |
| 14. | ¿Hay un número suficiente de personal capacitado para realizar transfusiones sanguíneas? | | |
| 15. | ¿Hay un número suficiente de personal capacitado para realizar resucitación neonatal (de modo que durante el parto haya un miembro del personal con esta capacitación disponible inmediatamente)? | | |
| 16. | ¿Están todos los funcionarios capacitados en la prevención de infecciones, tal como lo requiere su trabajo? | | |
| 17. | Para las mujeres con complicaciones que no puede manejar el establecimiento ¿sabe el personal referir y disponer transporte hacia un establecimiento de nivel superior 24 hrs/ día, 7 días/semana? | | |
| 18. | ¿Está todo el personal orientado y capacitado en las normas y protocolos del establecimiento en cuanto a la relación con las pacientes. (Por ejemplo, involucra a la pareja, los miembros de la familia, parteras tradicionales y apoya las prácticas tradicionales no perjudiciales)? | | |

ANEXO N° 7
INSTRUMENTOS DE LA SUPERVISIÓN CAPACITANTE PARA LA RED OBSTÉTRICA Y NEONATAL



Mayor información del marco conceptual de la Supervisión Capacitante encontrará en el Módulo 2.

Estos instrumentos pueden ser aplicados por los Tutores del CDC Regional y/o los “Facilitadores Regionales” o personal de salud calificado y entrenado para el uso de las herramientas aquí descritas.

Nota: Los instrumentos de la supervisión capacitante de Emergencias Obstétricas y Neonatales aquí desarrollados fueron validados por especialistas del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, en caso requerir asistencia técnica solicitarlo con la institución de salud.

ANEXO N° 7A
ÍNDICE DE HERRAMIENTAS DE LA SUPERVISIÓN CAPACITANTE EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

A. METODOLOGÍA: OBSERVACIÓN DE CASO O CASO SIMULADO
TEMA: ATENCIÓN DEL PARTO

NOMBRE: _____ PROFESIÓN: _____
ESTABLECIMIENTO: _____ GERESA/DIRESA/DISA: _____

En forma Completa: 1 Parcial: 2 No realiza: 3 No aplica: 4

| INFORMACIÓN SOBRE HISTORIA CLÍNICA DE INGRESO | | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. | ¿La paciente tiene HC con los datos de esta hospitalización? | | | | |
| 2. | ¿Se evalúa signos y síntomas de alerta a su ingreso a sala de partos? | | | | |
| 3. | ¿Se analiza las atenciones prenatales, se identifica alteraciones o patologías durante la APN? | | | | |
| 4. | ¿Se revisa los resultados de los análisis, se revisa que estén actualizados? | | | | |
| 5. | ¿Se permite que ingrese el acompañante a sala de partos? | | | | |
| 6. | ¿Se realiza un examen clínico completo? | | | | |
| 7. | ¿Se realiza y se registra las funciones vitales al momento del ingreso? | | | | |
| 8. | ¿Se examina la presentación fetal / realiza maniobras de Leopold? | | | | |
| 9. | ¿Se registra los latidos fetales? | | | | |
| 10. | ¿Se realizó el ponderado fetal? | | | | |
| 11. | ¿Se realiza la evaluación pélvica? ¿Se examina altura de presentación? ¿Existe desproporción feto pélvica? | | | | |
| PARTOGRAMA | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. | ¿La historia clínica tiene la hoja para dibujar el partograma OMS? | | | | |
| 13. | ¿Se tienen registrados y graficados las características de las contracciones uterinas? | | | | |
| 14. | ¿Se tienen registrados y graficados las características de la dilatación cervical? | | | | |
| TRABAJO DE PARTO | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. | Pregunte a la paciente: ¿ Alguien del servicio le mencionó si desea que su trabajo de parto sea caminando, sentada, echada, otro? | | | | |
| 16. | Pregunte a la paciente: ¿ Alguien del servicio le mencionó si desea podía tomar alimentos ligeros en trabajo de parto? | | | | |

| TRABAJO DE PARTO | | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|---|
| 17. | Pregunte a la paciente: ¿ Si alguien averiguó si desea un parto en posición echada u otra? | | | | |
| 18. | Pregunte a quien atendió el parto: ¿Si puede atender a la gestante en posición cuclillas, sentada, etc.? | | | | |
| ATENCIÓN DEL EXPULSIVO Y ALUMBRAMIENTO | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. | ¿Antes de atender el parto, el proveedor que atiende a la madre, se lavó las manos con agua y jabón? | | | | |
| 20. | Tenia preparado todo su material para la atención del parto | | | | |
| 21. | ¿Se auscultaron los latidos fetales en el expulsivo? | | | | |
| 22. | ¿Se realizó episiotomía? ¿Estuvo indicada la episiotomía? | | | | |
| 23. | Protegió el perineo con la maniobra de Ritgen | | | | |
| 24. | Cogió la cabeza con las manos a nivel de los parietales | | | | |
| 25. | ¿Se realizó una adecuada atención inmediata del RN? (Secado vigoroso, limbo la aspiración de secreciones, clampaje del cordón umbilical al minuto de nacido y entrega al bebe para contacto precoz) | | | | |
| 26. | ¿Se realizó manejo activo del alumbramiento? (Aplicación de 10 UI IM de ocitocina, tracción controlada del Cordón umbilical y compresión bimanual externa) | | | | |
| 27. | Se entregó la placenta a la paciente | | | | |
| RELACIÓN PROVEEDOR USUARIO | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. | ¿El proveedor mantiene una relación cordial, amable y respetuosa con la gestante? | | | | |
| 29. | ¿El proveedor alentó o motivó a la gestante para que manifieste sus dudas o preguntas? | | | | |
| 30. | ¿Se le informo del estado de salud del bebe, peso talla y APGAR? | | | | |
| POST PARTO Y BIOSEGURIDAD | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. | Luego del parto: ¿Colocaron el instrumental contaminado en un balde con lejía u otro antiséptico? | | | | |
| 32. | Se le brindó confort a la paciente luego del parto. | | | | |
| 33. | ¿El centro obstétrico le controlaron funciones vitales, contracción uterina y sangrado vaginal cada 15 minutos las dos primeras horas? | | | | |
| Hora de término de la atención (__ : __ hrs) | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (a) Total de aspectos evaluados con el código: 1 y 4 valen 1 punto | | | | | |
| (b) Total de aspectos evaluados con el código: 2 valen 0.5 punto | | | | | |
| Porcentaje de cumplimiento del total de aspectos (a+b/33) x 100) | | | | | |

B. CASO DE LLENADO PARTOGRAMA

PASO 1

- La señora C fue hospitalizada a las 10 a.m. del 5 de diciembre de 2000.
- Las membranas se rompieron a las 9:00 a.m.
- Grávida 4, para 3+0
- Número de expediente del hospital: 6639
- Registre la información anterior en el gráfico del trabajo de parto, junto con los detalles siguientes:
 - Se pueden palpar 3/5 de la cabeza fetal por encima de la sínfisis del pubis
 - El cuello uterino tiene una dilatación de 4 centímetros.
 - Tiene 3 contracciones en 10 minutos, cada una con una duración de 30 segundos.
 - La frecuencia cardíaca fetal es de 140
 - El líquido amniótico es transparente
 - Las suturas están en aposición
 - La presión arterial es de 120/70

- La temperatura es de 36,8°C
- El pulso es de 80 por minuto
- El gasto urinario es de 200 mililitros: proteínas y acetona negativas

PASO 2

Registre gráficamente la información siguiente en el gráfico del trabajo de parto:

- 10.30 a.m. FCF 130, contracciones 3/10 c/u de 35 segundos, pulso 80
- 11.00 a.m. FCF 136, contracciones 3/10 c/u de 40 segundos, pulso 90
- 11.30 a.m. FCF 140, contracciones 3/10 c/u de 40 segundos, pulso 88
- 12.00 p.m. FCF 140, contracciones 3/10 c/u de 40 segundos, pulso 90, Temperatura 37°C, Cabeza 3/5 por encima
- 12.30 p.m. FCF 130, contracciones 3/10 c/u de 40 segundos, pulso 90
- 1.00 p.m. FCF 130, contracciones 3/10 c/u de 40 segundos, pulso 88
- 1.30 p.m. FCF 120, contracciones 3/10 c/u de 40 segundos, pulso 88
- 2.00 p.m. FCF 130, contracciones 4/10 c/u de 45 segundos, pulso 90, temperatura 37°C, Presión arterial 100/70

- Se pueden palpar 3/5 de la cabeza fetal por encima de la sínfisis del pubis.
- El cuello uterino tiene una dilatación de 6 centímetros, el líquido amniótico es transparente.
- Las suturas están superpuestas, pero son reducibles.

PASO 3

- 2.30 p.m. FCF 120, contracciones 4/10 c/u de 40 segundos, pulso 90, líquido amniótico transparente.
- 3.00 p.m. FCF 120, contracciones 4/10 c/u de 40 segundos, pulso 88, líquido amniótico transparente con manchas de sangre
- 3.30 p.m. FCF 100, contracciones 4/10 c/u de 45 segundos, pulso 100
- 4.00 p.m. FCF 90, contracciones 4/10 c/u de 50 segundos, pulso 100, temperatura 37°C
- 4.30 p.m. FCF 96, contracciones 4/10 c/u de 50 segundos, pulso 100, cabeza 3/5 por encima, líquido amniótico con meconio
- 5.00 p.m. FCF 90, contracciones 4/10 c/u de 50 segundos, pulso 110
 - Se pueden palpar 3/5 de la cabeza fetal por encima de la sínfisis del pubis.
 - El cuello uterino tiene una dilatación de 6 centímetros
 - El líquido amniótico está manchado de meconio
 - Las suturas están superpuestas y no son reducibles
 - El gasto urinario es de 100 mililitros: las proteínas son negativas, la acetona está en 1+

PASO 4

Registre la información siguiente en el gráfico del trabajo de parto:

- Se hizo una cesárea a las 5:30 p.m. Nació una niña con mal esfuerzo respiratorio, con un peso de 4,850 gramos

Responda las siguientes preguntas:

- Pregunta: ¿Cuál es el diagnóstico final?
- Pregunta: A las 12 del mediodía, ¿qué observación debía haber causado preocupación y qué otro examen habría ayudado a decidir qué curso de acción seguir?
- Pregunta: ¿Qué acción estaba indicada a las 2:00 p.m. y por qué?
- Pregunta: ¿Qué acción estaba indicada a las 3:00 p.m. y por qué?
- Pregunta: A las 5:00 p.m., se tomó la decisión de proceder con la cesárea y se hizo con rapidez
¿Fue esa la acción correcta?
- Pregunta: ¿Cuáles son los tres problemas que se prevén con el neonato?

C. METODOLOGÍA: CASO SIMULADO
TEMA: EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

NOMBRE: _____ PROFESIÓN: _____
ESTABLECIMIENTO: _____ GERESA/DIRESA/DISA: _____

En forma Completa: 1 Parcial: 2 No realiza: 3 No aplica: 4

| DESGARRO CERVICAL | | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------------------|---|---|---|---|---|
| 1. | Realiza el diagnóstico en forma temprana (A la salida del bebe se presenta sangrado vía vaginal, rojo rutilante, luego de la salida de la placenta sigue el sangrado con útero contraído) | | | | |
| 2. | ¿Solicitó ayuda? Indica colocación de vía segura. | | | | |
| 3. | ¿Realizó revisión del canal vaginal con exploración manual? | | | | |
| 4. | ¿Realiza la revisión del cuello uterino, según técnica habitual, y cuenta con un ayudante y tres pinzas foester? | | | | |
| 5. | Identifica el ángulo del desgarro cervical y procede a clamarlo con una pinza Foester | | | | |
| 6. | Refiere al paciente en caso de no contar con sala de operaciones | | | | |
| 7. | En sala de operaciones, procede a la traquelorrafia con anestesia regional o general | | | | |
| RETENCIÓN PLACENTARIA | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. | Verifica la retención placentaria y evalúa estado hemodinámica del paciente | | | | |
| 9. | Evacúa vejiga | | | | |
| 10. | Determina localización de la placenta | | | | |
| 11. | Informa a la paciente y familiares de la situación y riesgos de la paciente | | | | |
| 12. | Identifica situación de emergencia, Si la retención se acompaña de sangrado abundante | | | | |
| 13. | Indica Atropina, diazepam y analgésico parenteral. | | | | |
| 14. | Realiza a Extracción manual de placenta, según técnica estándar. | | | | |
| 15. | Realiza compresión bimanual externa. | | | | |
| 16. | Indica aplicación de ocitócicos y antibióticos EV | | | | |
| 17. | Realiza revisión del canal del parto | | | | |
| 18. | Refiere a la paciente | | | | |
| ATONIA UTERINA | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. | Verifica poca contracción uterina y el sangrado vaginal abundante | | | | |
| 20. | Realiza compresión bimanual externa, solicita ayuda | | | | |
| 21. | Indica colocación de 2 vías una con CINA con ocitocina 20 UI a 30-40 gotas por minuto y otra solo con CINA | | | | |
| 22. | Sino hay respuesta efectiva indica Ergometrina 1 amp IM o Misoprostol 800 ugr diluido en 10 cc colocado vía rectal | | | | |
| 23. | Sino se produce la contracción uterina Realizar compresión bimanual interna o combinada, compresión de la aorta o colocación de balón intrauterino | | | | |
| 24. | Referir a centro de referencia con capacidad de Histrectomia | | | | |
| 25. | Si tiene capacidad resolutive, pasa a sala de operaciones | | | | |
| PRE ECLAMPSIA SEVERA | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. | Verificar presion arterial, proteinuria, diuresis y signos de alerta | | | | |
| 27. | Colocar CINA 0.9‰ 1000 cc pasar 300 a chorro y luego a 20 gotas por minuto | | | | |

| PRE ECLAMPSIA SEVERA | | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--|---|---|---|---|
| 28. | Colocar 4 gr EV de Sulfato de Magnesio, según norma del MINSA (En 1000 cc de ClNa, agregar 5 ampollas de Sulfato Magnesio, pasar 400cc a chorro en 20 minutos y, luego, continuar a 30 gotas por minuto) | | | | |
| 29. | Metil dopa 1 gr VO cada 12 hrs | | | | |
| 30. | Nifedipino 10 mg VO, condicional a crisis hipertensivas | | | | |
| 31. | Evaluar condición fetal | | | | |
| 32. | Terminar la gestación por la mejor vía de parto | | | | |
| Hora de término de la atención (___ : ___ hrs) | | | | | |
| (a) Total de aspectos evaluados con el código: 1 y 4 valen 1 punto | | | | | |
| (b) Total de aspectos evaluados con el código: 2 valen 0.5 punto | | | | | |
| Porcentaje de cumplimiento del total de aspectos (a+b/32) x 100) | | | | | |

D. METODOLOGÍA: OBSERVACIÓN DE CASO O CASO SIMULADO
TEMA: ATENCIÓN PRENATAL

NOMBRE: _____ PROFESIÓN: _____
ESTABLECIMIENTO: _____ GERESA/DIRESA/DISA: _____

En forma Completa: 1 Parcial: 2 No realiza: 3 No aplica: 4

| INFORMACIÓN GENERAL | | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------------|---|---|---|---|---|
| 1. | ¿El proveedor saludo a la gestante? | | | | |
| 2. | ¿Se presentó, especificó su profesión? | | | | |
| 3. | ¿Indagó los motivos por los que acude a la consulta, permite que la paciente exprese sus sentimientos? | | | | |
| 4. | ¿Determina si la paciente presenta signos o síntomas de alerta? Si presenta signos de alerta, la refiere al servicio de Emergencia. | | | | |
| 5. | Realiza el llenado de la HCMP: datos de filiación, antecedentes patológicos personales, familiares, antecedentes obstétricos, inmunizaciones | | | | |
| 6. | Informa de los pasos a seguir en el examen físico | | | | |
| EXAMEN CLÍNICO | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. | La técnica de medición de presión arterial fue la adecuada? (Se coloca a gestante sentada y mide presión arterial en brazo derecho. Brazalete por encima de flexura del codo, buscar arteria y colocar sobre ella el estetoscopio. No colocar el estetoscopio debajo del brazalete) | | | | |
| 8. | ¿La técnica utilizada para pesar a la gestante fue adecuada? La balanza está calibrada? | | | | |
| 9. | ¿El dato de la talla está registrada en la historia clínica? | | | | |
| 10. | ¿Se realiza examen físico completo? Cabeza, cuello, mamas, Ap. respiratorio, Ap. Cardiovascular, Ap. Genito urinario, de acuerdo al perfil profesional | | | | |
| 11. | ¿Se realiza las maniobras de Leopold correctamente, determina fondo uterino, situación y posición fetal, polo de presentación, encajamiento fetal | | | | |
| 12. | ¿La técnica utilizada para medir la altura uterina fue la adecuada? (Técnica adecuada: colocar un extremo de la cinta sobre el pubis y el otro extremo entre los dedos de la mano que hace un plano perpendicular en el fondo del útero. Paciente en decúbito dorsal con ligera flexión de miembros inferiores. La cinta no debe ir sobre toda la curva del útero, sino en línea recta desde el pubis al fondo del útero) | | | | |
| 13. | ¿Se ausculta latidos fetales? (Si la gestante tiene más de 20 semanas) | | | | |
| 14. | ¿Se busca edemas en miembros inferiores? (Si la gestante tiene más de 20 semanas) | | | | |
| 15. | ¿Se evalúa reflejos osteotendinosos? | | | | |
| 16. | ¿Se realiza evaluación pélvica? (Si la gestante tiene 37 semanas o más) | | | | |

| INFORMACIÓN GENERAL | | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|---|
| 17. | ¿Se explica a la gestante cómo se encuentra su embarazo / cuál es su diagnóstico? | | | | |
| 18. | ¿Se habla sobre los signos de alarma de la gestante? ¿Se muestra láminas o rotafolios/trípticos sobre signos de alarma/peligro? ¿Verifica comprensión? | | | | |
| 19. | ¿Se recomienda alimentos ricos en hierro, calcio, vitamina C? | | | | |
| 20. | ¿Receta a la gestante algún suplemento de hierro o indica que continúe tomando? ¿La dosis indicada es adecuada? (Una tableta al día que contenga 60 mg de hierro elemental si no tiene anemia o la anemia es Si se inicia la suplementación luego de la semana 33 o tienen anemia moderada o severa, se debe indicar dos tabletas al día o 120 mg de hierro elemental | | | | |
| 21. | ¿El proveedor alentó o motivó a la gestante para que manifieste sus dudas o preguntas? | | | | |
| 22. | ¿El proveedor acuerda con la gestante la fecha de la siguiente cita? | | | | |
| 23. | ¿Alentó a la madre a regresar a su próxima cita? | | | | |
| HISTORIA CLÍNICA MATERNA PERINATAL Y CARNET PERINATAL | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. | ¿El proveedor está usando la historia clínica materna perinatal (HCMP)? | | | | |
| 25. | ¿El proveedor registra en la HCMP los resultados de los análisis solicitados ni bien son remitidos a la consulta? (En la primera consulta prenatal, se solicitan análisis de laboratorio de rutina, pruebas especiales y ecografía | | | | |
| 26. | En la semana 33 se solicita pruebas de rutina de control) | | | | |
| 27. | ¿La paciente tiene carnet perinatal al momento de la consulta; caso contrario, se le provee si es primera consulta? | | | | |
| 28. | ¿Se llenan los datos de la atención prenatal en el carnet perinatal? ¿Se grafica el incremento de peso por edad gestacional en el carnet perinatal? | | | | |
| 29. | ¿Se grafica la altura uterina por edad gestacional en el carnet perinatal? | | | | |
| TAMIZAJE DE VIOLENCIA FAMILIAR, PLAN DE PARTO | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. | ¿Se registra la primera entrevista del plan de parto ? | | | | |
| 31. | Se realiza el llenado completo de la ficha de Tamizaje de violencia familiar | | | | |
| 32. | Se toma acciones en casos de evidencia de violencia familiar | | | | |
| Hora de término de la atención (__ : __ hrs) | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (a) Total de aspectos evaluados con el código: 1 y 4 valen 1 punto | | | | | |
| (b) Total de aspectos evaluados con el código: 2 valen 0.5 punto | | | | | |
| Porcentaje de cumplimiento del total de aspectos $(a+b/32) \times 100$ | | | | | |

E. MANEJO, ESTABILIZACIÓN Y TRASLADO DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS
METODOLOGÍA: OBSERVACIÓN DE CASO O CASO SIMULADO

NOMBRE: _____ PROFESIÓN: _____
 ESTABLECIMIENTO: _____ GERESA/DIRESA/DISA: _____

En forma Completa: 1 Parcial: 2 No realiza: 3 No aplica: 4

| Requerimientos a ser verificados | | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. | ¿Se evalúa la situación de emergencia de la paciente al momento del ingreso? | | | | |
| 2. | Indaga sobre signos y síntomas de alerta en la paciente | | | | |
| 3. | ¿Se anota y monitoriza los signos vitales: presión arterial, temperatura, pulso, frecuencia respiratoria? | | | | |
| 4. | ¿Se mantiene vía aérea permeable, aplica oxígeno de ser necesario 3 lt. por minuto con cánula nasal o 5 lt. por minuto con máscara de Venturi? | | | | |
| 5. | ¿Se detecta estado y compromiso de conciencia? | | | | |
| 6. | ¿Se busca signos de shock hemorrágico, nivel de shock, calcula la volemia de la paciente? ¿Evalúa signos asociados a hipertensión arterial, cefalea, escotomas, edemas, reflejos, síntomas de alerta? | | | | |
| 7. | ¿Se valora bienestar fetal y se determina si hay o no sufrimiento fetal? | | | | |
| 8. | ¿Se valora dinámica uterina, según normas? | | | | |
| 9. | ¿Se coloca vía endovenosa con aguja o catéter N° 16 ó 18, de ser necesario flebotomía, y aplicación de Cloruro de Sodio 1000 cc al 9‰? | | | | |
| 10. | ¿Se evalúa la mejor posición para colocar a la paciente? (posición antishock, posición de cúbito lateral, semisentada o posición Mahometana) | | | | |
| 11. | ¿Se realiza inicialmente el manejo de la emergencia de acuerdo a los síndromes más característicos? (Hemorrágico, infección, sufrimiento fetal, hipertensión inducida por el embarazo) | | | | |
| 12. | ¿En caso que el establecimiento tiene capacidad resolutive, ha realizado las interconsultas con otras especialidades médicas? | | | | |
| 13. | ¿En caso que el establecimiento tiene capacidad resolutive, ha realizado la preparación pre operatoria de acuerdo a guía clínica? | | | | |
| 14. | ¿En caso de no tener capacidad resolutive el establecimiento, se realiza la referencia al establecimiento de mayor complejidad? | | | | |
| 15. | ¿En caso de realizar la referencia de la paciente, se realiza la estabilización de la paciente, se aplica la primera dosis de tratamiento, según guías clínicas? | | | | |
| 16. | ¿En caso de realizar la referencia de la paciente, se realiza la comunicación rápida y oportuna con el establecimiento de referencia? | | | | |
| Hora de término de la atención (____ : ____ hrs.) | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (a) Total de aspectos evaluados con el código: 1 y 4 valen 1 punto | | | | | |
| (b) Total de aspectos evaluados con el código: 2 valen 0.5 punto | | | | | |
| Porcentaje de cumplimiento del total de aspectos (a+b/16) x 100) | | | | | |

F. PROPUESTA DE PRUEBA PARA CURSO TALLER DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS
CUESTIONARIO DE MEDIADOS DE CURSO

Instrucciones: Subraye o marque la respuesta que considere correcta en cada pregunta.

ATENCIÓN PRENATAL

- 1) Doña Multigesta tiene 38 años, es gesta de 7, con 28 semanas. Ha tenido 5 de sus partos en casa con la comadrona. Su último hijo nació en el hospital por cesárea porque “no avanzaba el parto”. No le gustó mucho el hospital, pero la comadrona no quiere atenderla, ahora, porque tiene miedo de que se puede complicar este parto también. Viene, ahora, para atención prenatal. Si tú puedes ganar su confianza, será mucho más probable que:
 - a) Ella volverá para otras visitas
 - b) Ella acudirá temprano de presentarse una complicación
 - c) Ella cumplirá con sus tratamientos
 - d) Todas las anteriores
- 2) Doña Tormentosa tiene 16 años, primigesta a término y no recibió ninguna atención prenatal. Ingresa al hospital en trabajo de parto y en su evaluación inicial notas que ella tiene dolor de cabeza, visión borrosa y su presión arterial es 156/96. Mientras tú estás fijando el IV que acabas de poner, la señora presenta convulsiones. Durante la convulsión, los pasos importantes incluyen los siguientes excepto:
 - a) Pedir ayuda del equipo
 - b) Mantenerla alejada de objetos que puedan dañarla
 - c) Instalar una sonda vesical para medir su gasto urinario
 - d) Administrar medicina para controlar las convulsiones
- 3) El tratamiento más efectivo para el problema de pre-eclampsia severa antes del parto, además de efectuar resolución del parto, es administrar:
 - a) Diazepan
 - b) Nifedipina
 - c) Sulfato de magnesio
 - d) Ningún medicamento porque podría causar sufrimiento fetal
- 4) Doña Preocupada es una ama de casa de 32 años, casada, con 16 semanas en su tercer embarazo. Ella sospecha que su marido es infiel y te pide que le hagas una evaluación para infecciones de transmisión sexual. Le explicas sobre la evaluación física y exámenes de laboratorio. Antes de ofrecerle una prueba de VIH, tú necesitas:
 - a) Permiso de su marido
 - b) Permiso de la señora misma
 - c) Permiso del hospital
 - d) Ningún permiso, solamente, hay que avisar que tomarás pruebas
- 5) La señora Experimentada tiene 25 años y es gesta 4. No tiene ninguna complicación ni antecedente, tuvo 3 partos normales con la comadrona y este embarazo ha sido normal. Vive cerca del hospital y su esposo tiene vehículo por si acaso necesitan venir urgentemente. Quiere dar la luz en su casa y pide tu opinión. Tú dices que
 - a) No sería problema porque no tiene factor de riesgo
 - b) Debería venir al hospital porque podría ser que el vehículo no este disponible
 - c) Debería venir al hospital porque pueden brindar un nivel de atención mejor que el de la comadrona
 - d) Debería venir al hospital porque pueden brindar un alto nivel de atención, y averiguas si la comadrona puede acompañarla
- 6) Para poder realizar una atención diferenciada en una gestante adolescente debemos tener en cuenta:
 - a) La atención de una complicación médica es similar a la que se le brinda a una persona adulta
 - b) El abordaje de la consulta es similar que con los adultos
 - c) El ambiente para la atención del adolescente debe ser el mismo que el de las personas adultas
 - d) Para realizar una buena atención es necesario adoptar una posición paternalista durante la atención

ATENCIÓN DURANTE EL PARTO

- 7) Cada tacto vaginal debe registrar en el partograma todo lo siguiente con excepción de:
 - a) Dilatación
 - b) Temperatura y humedad de la vagina
 - c) Altura de la presentación
 - d) Moldeamiento
- 8) La señora Feliz acaba de dar la luz a una niña sana. Aunque tú manejaste el alumbramiento con un manejo activo, está sangrando. Después de pedir ayuda, el paso inmediato sería:
 - a) Canalizar una vena
 - b) Revisar el tono uterino
 - c) Poner sonda vesical
 - d) Revisar la placenta
- 9) La Sra. Colop, una primigesta que está con 39 semanas, fue ingresada a sala de labor y partos a las 8:00 con dilatación de 4 cm. Cuando tú examinas a la señora a las 13:00 ves el partograma y compruebas dilatación completa y la curva del parto ha ido a la izquierda de la línea de alerta. Este partograma indica:
 - a) Progreso normal del trabajo de parto
 - b) Progreso inadecuado del trabajo de parto
 - c) Que se terminó la fase latente
 - d) Que se terminó el expulsivo
- 10) La Sra. Esperanza, una gesta de 5, que está con 38 semanas, ingresó a sala de labor y parto con dilatación de 5 cm. Usted debe apuntar su dilatación en el partograma:
 - a) A la izquierda de la línea de alerta
 - b) A la derecha de la línea de alerta
 - c) Sobre la línea de alerta
 - d) Sobre la línea de acción
- 11) La Sra. Dinámica, gesta de 3, que está con 40 semanas, fue ingresada a sala de labor y parto a las 10:00 hrs., con 4 cm. de dilatación y cabeza en 4/5. Luego, luego de revisar el partograma, encontramos a las 3 pm: dilatación 8 cm., cabeza en 2/5, contracciones 2/10' de 20 segundos de duración:
¿Cuál es la intervención más apropiada?
 - a) Preparar para extracción con fórceps
 - b) Vaciar vejiga con sonda
 - c) Ponerle una inyección de sedante para que descanse
 - d) Conducir el trabajo de parto con oxitocina
- 12) La Sra. Docena, arriba mencionada, ingresa a labor y parto con 10 cm (dilatación completa), con ganas de pujar. Su nenita de 3100 gramos nació rápidamente. Después de aplicar la oxitocina y al hacer tracción controlada al cordón, según tu práctica de manejo activo de la tercera etapa, tú debes:
 - a) Poner una mano por encima de la sínfisis pubiana haciendo contracción del útero
 - b) Dar masaje uterino vigoroso
 - c) Ponerla de cucullas para pujar
 - d) Asegurar que el útero esta bien contraído
- 13) La Sra. Almansa, gesta 4 con 40 semanas, tuvo un parto normal de un niño de 3860 gramos con manejo activo del alumbramiento. Después de 30 minutos la placenta todavía no ha nacido. La hemorragia es moderada. Tú debes:
 - a) Administrar 10 unidades más de oxitocina intramuscular
 - b) Canalizar vía y administrar un relajante para el cuello
 - c) Preparar para extracción manual de la placenta
 - d) Esperar mientras da masaje continuo al fondo uterino

PREVENCIÓN DE INFECCIONES

- 14) La Señora Normal dió la luz a su niña Normalita y tu manejaste el parto en una manera humanizada y con destreza. Antes de sacar los guantes sabes que los instrumentos contaminados del parto deben ser:
- a) Puestos en un balde para que la auxiliar de enfermería pueda lavarlas con agua y jabón
 - b) Sumergidos en solución clorada al 0.5% por 10 minutos
 - c) Sumergidos en solución clorada al 0.5% por 30 minutos
 - d) Lavados con agua y después colocados en una solución clorada al 0.5%
- 15) El personal de limpieza está preparando una solución de cloro para el uso en la sala de partos. Ellos saben que el propósito de la descontaminación es:
- a) Hacer que los instrumentos sucios sean seguros de manejar
 - b) Hacer que sea innecesario limpiar los instrumentos
 - c) Preparar los instrumentos para la desinfección de alto nivel
 - d) Preparar los instrumentos para la esterilización

ATENCIÓN POSTPARTO

- 16) Doña Fiebre de 27 años de edad es una gesta 4, tuvo su parto domiciliario hace 4 días. A partir de ayer, ha tenido fiebre, escalofríos, dolor abdominal y flujo de sangre con mal olor. Tú diagnosticas endometritis, la tratas con antibióticos apropiados (y en cantidades apropiadas) y, en 2 días, la temperatura de Dona Fiebre baja a lo normal y se mantiene así por 48 horas. Con respecto al manejo continuo, tú:
- a) Continuas los antibióticos intravenosos 24 horas más porque fue parto domiciliario
 - b) Discontinuas los antibióticos intravenosos después de 7 días
 - c) Discontinuas los antibióticos intravenosos ahora e indicas antibióticos orales para cumplir 7 días de antibióticos
 - d) Discontinuas todos los antibióticos
- 17) La razón más común para la infección postparto es:
- a) Presencia de miembros de la familia en Labor y Partos
 - b) Personal que no respeta a las reglas de bioseguridad
 - c) Falta de antibióticos profilácticos en caso de membranas rotas
 - d) Trabajo de parto prolongado
- 18) Doña Alumbramiento dió a luz a un varón sano hace dos horas. La madre y su hijo están descansando en la sala de partos. Antes de trasladarlos a la sala de puerperio, hay que:
- a) Tomar la presión arterial y pulso de la señora e instalar una sonda para vaciar la vejiga
 - b) Tomar la presión arterial y pulso materna, averiguar que el útero está duro y asegurar que no está sangrando
 - c) No molestar a la señora si está durmiendo porque sus signos vitales son menos importante que su descanso
 - d) Tomar la temperatura y pulso de la señora, evaluar el tono del útero y hacer un tacto vaginal para remoción de coágulos
- 19) El manejo de un caso de metritis posparto debe incluir antibióticos para cubrir los gérmenes:
- a) Gram. positivos, Gram. negativos, y anaeróbicos
 - b) Gram. positivos, Gram. negativos, anaeróbicos y malaria
 - c) Gram. positivos solamente
 - d) Aeróbicos solamente
- 20) Los parámetros que deben de monitorearse después de estabilizar una paciente con shock hipovolémico son los siguientes con excepción de:
- a) Presión arterial, pulso y respiraciones
 - b) Soluciones cristaloides intravenosas y control de excreta urinaria
 - c) Uso de antibióticos
 - d) Vigilar estado de conciencia, oxígeno y resultados de pruebas

G. PRUEBA SUPERVISIÓN INTEGRAL EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

Instrucciones: Subraye o marque la respuesta que considere correcta en cada pregunta.

PRENATAL

Los signos de alarma durante el embarazo son:

- Pérdida de líquido claro con dilatación de 3cm.
- Cefalea persistente a las 16 semanas de gestación
- Presentación podálica a las 34 semanas
- Altura uterina en el percentil 25
- Ninguna de las anteriores

En el plan de parto, la tercera entrevista cumple con:

- Entrevista con la gestante y su familia en el establecimiento de salud
- Entrevista con la gestante, su esposo en el domicilio de la gestante
- Entrevista con la gestante y el agente comunitario en el domicilio de la gestante
- Entrevista con la gestante, su esposo y el agente comunitario en el establecimiento de salud

Para las siguientes preguntas, se tiene el caso de paciente primigesta, de 18 años de edad, 5^{to} grado de primaria que mide 1.52 y pesa sin embarazo 49 kilos, acude al Centro de Salud de su localidad donde se realizó el control de su embarazo que se registra en su carne como sigue:

| ATENCIÓN PRENATAL | Atención 1 | Atención 2 | Atención 3 | Atención 4 | Atención 5 | Atención 6 | Atención 7 |
|-------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| EDAD GESTACIONAL | 11 | 18 | 28 | 31 | 34 | 36 | 38 |
| PESO MADRE | 52.2 | 55.8 | 58.3 | 59.7 | 61.9 | 63.3 | 65.8 |
| PRESIÓN ARTERIAL | 90/60 | 100 / 60 | 110 / 60 | 120 / 80 | 130 / 80 | 140 / 90 | 150 / 110 |
| ALTURA UTERINA | 8 | 18 | 25 | 28 | 29 | 31 | 31 |
| PRESENTACIÓN | id | Id | CD | PI | TD | TD | CD |
| FCF | | | 136 | 148 | 132 | 140 | 136 |
| EDEMA | | | | | + | ++ | +++ |

Respecto a su ganancia de peso materno al final de su gestación, esta se encuentra:

- Por debajo del percentil 25
- Por encima del percentil 90
- Por debajo del percentil 10
- Dentro de límites normales
- Poca ganancia de peso

La alteración temprana de la presión arterial, se detectó en la atención prenatal:

- Tercera atención, a las 28 semanas
- Cuarta atención, a las 31 semanas
- A la quinta atención, a las 34 semanas
- A la sexta atención, a las 36 semanas
- A la segunda atención, prenatal 18 semanas

A partir de que atención prenatal, se detecta que no hay correlación entre la edad gestacional y la altura uterina:

- Tercera atención, a las 28 semanas
- Cuarta atención, a las 31 semanas
- A la quinta atención, a las 34 semanas
- A la sexta atención, a las 36 semanas
- A la séptima atención en las 38 semanas

En cuál de las atenciones, se detecta temprano que hay incremento patológico de peso materno:

- Tercera atención, a las 28 semanas
- Cuarta atención, a las 31 semanas
- A la quinta atención, a las 34 semanas
- A la sexta atención, a las 36 semanas
- A la séptima atención, en las 38 semanas

Señale lo correcto en los procedimientos de la atención prenatal:

- a) La balanza se calibra colocando el marcador en cero en balanzas de baño o que oscile alrededor del cero en balanzas de pie con tallimetro
- b) La presión arterial se toma en el brazo izquierdo por estar más cerca del corazón
- c) Al controlar el peso de gestante no realizar descuentos por uso de ropa gruesa (polleras, fustanes chompas, etc.).
- d) Colocar el estetoscopio por debajo del brazalete, brinda mas libertad de una mano del examinador
- e) La altura uterina se debe tomar con las piernas colgando en la camilla

En una paciente con diagnóstico de aborto incompleto, sangrado moderado, que esta a febril, pero se sospecha la posibilidad de sepsis por tener una pérdida genital con mal olor. ¿Cuál de estas conductas considera la más apropiada en el primer nivel de atención?

- a) AMEU
- b) Legrado uterino previa la administración de antibióticos
- c) Culdocentesis
- d) Administre antibióticos y referir a la paciente
- e) Ninguna de las anteriores

¿Cuál de las siguientes condiciones indican la presencia de pre eclampsia severa?

- a) Tensión arterial media mayor de 120
- b) Tensión arterial diastólica mayor de 110 mmHg. en una toma aislada
- c) Tinnitus, cefalea frontal persistente que no cede a los analgésicos
- d) Proteinuria mayor de 2 g. en 24 horas
- e) Solo b y c

Paciente de 20 años de edad con embarazo de 37 semanas que no presenta síntomas, una tensión arterial de 150/100, no edemas, reflejos osteotendinosos normales, proteinuria de 0.3 g/L en 24 horas, Hemoglobina 10.3, Hematocrito 32, perfil de coagulación normal. ¿Cuál sería su diagnóstico?

- a) Pre eclampsia leve
- b) Hipertensión crónica
- c) Hipertensión crónica con toxemia sobreañadida
- d) Hipertensión tardía transitoria
- e) Pre eclampsia grave

¿Cuál considera que son las conductas correctas en casos de Enfermedad Hipertensiva del Embarazo?

- a) Pre eclampsia severa con dolor en epigastrio, hematuria, se estabilizará a la paciente y se comienza la inducción del parto
- b) En la eclampsia, se terminará el embarazo independientemente de la edad gestacional
- c) En la pre eclampsia leve, se realizará tratamiento ambulatorio con hipotensores
- d) En la hipertensión tardía transitoria, el embarazo se deja evolucionar hasta el término
- e) Sólo b y d son correctas

¿En cuál de las siguientes circunstancias sospecharía Ud. en la posibilidad de un shock séptico, en puerpera con parto extrahospitalario que acude por presentar 38.5° de temperatura?

- a) Presión sistólica de 80 mmHg
- b) Frecuencia respiratoria de 24 por minuto
- c) No orina hace 12 horas y no hay globo vesical
- d) Leucopenia con desviación izquierda
- e) Todas

Gestante de 15 semanas de gestación, que fue evaluada hace 1 semana y regresa con los resultados de laboratorio. Continúa con disuria, polaquiurea, dolor lumbar y en el hipogastrio. No contracciones uterinas. El indicador que determina infección urinaria es:

- a) Presencia de gérmenes(++) en orina
- b) Leucocitos abundantes, piocitos en la orina
- c) Nitritos positivo
- d) Cuerpo cetónico positivo
- e) Células epiteliales abundantes

Los signos del shock hemorrágico en su fase 2 son los siguientes excepto:

- a) Pulso mayor de 100 por minuto
- b) Pérdida de volumen calculada de 15 a 30 % de volemia
- c) Hipotensión arterial supina
- d) Diuresis menor de 20 a 30 ml por minuto
- e) Pérdida sanguínea 750 a 1500 cc

El manejo del shock hemorrágico incluye, excepto:

- a) Administrar oxígeno a 5 litros por minuto en máscara
- b) Canalizar vía con catéter o aguja N° 18 ó 16
- c) Administrar soluciones salinas
- d) Posición antishock trendelenburg
- e) Colocación de sonda urinaria

En el manejo del shock hemorrágico, cuando se utiliza los coloide, se realiza en la siguiente proporción con respecto a los cristaloide:

- a) 1 coloide y 1 cristaloide
- b) 1 coloide y 2 cristaloide
- c) 1 coloide y 3 cristaloide
- d) 1 coloide y 4 cristaloide
- e) 1 coloide y 5 cristaloide

En los casos de hipotonía uterina que maniobras, se pueden realizar:

- a) Compresión bimanual externa
- b) Compresión de aorta
- c) Compresión bimanual combinada
- d) Extracción digital de coágulos
- e) Todos los anteriores

La forma correcta de la aplicación de la ocitocina en el manejo activo, luego de verificar que no hay otro bebe, es:

- a) A la salida del hombro anterior, aplicar 10 UI diluidas vía EV (aplicación lenta)
- b) A la salida del bebé, aplicar en el primer minuto 10 UI vía EV en bolo
- c) A la salida del hombro anterior, aplicar 10 UI IM
- d) A la salida del bebé aplicar en el primer minuto 10 UI IM
- e) En 1000 cc CIna 9‰ más 10 UI ocitocina administrar a chorro por 5 minutos

Es contraindicación para la tocólisis: Señale lo correcto.

- a) SFA
- b) Obito fetal
- c) Dilatación > de 4 cm
- d) Preeclampsia severa
- e) Todas las anteriores

Son signos de peligro en el trabajo de parto: Señale lo correcto.

- a) Cuando la curva de alerta en el partograma se desvía a la derecha y se aplana
- b) Cuando hay detención de la dilatación y el descenso
- c) Cuando hay formación del anillo de Bandl
- d) Cuando la duración del parto es mayor de 12 horas
- e) Todas las anteriores

I. LISTA DE OBSERVACIÓN DE CASO O CASO SIMULADO:

Deben ser aplicados en los ambientes del establecimiento donde se realiza la atención neonatal: sala de atención inmediata, sala de hospitalización, servicio de Emergencia, etc.; de acuerdo a cada caso. Se aplicará la lista de observación de caso si en el momento de la supervisión existe la posibilidad de atención de pacientes con la patología a evaluar o, en el caso de no contarse con pacientes en ese momento, se utilizará la metodología de caso simulado (puede utilizarse un maniquí neonatal).

Se presenta formatos para la supervisión capacitante neonatal en los siguientes temas:

- Sepsis neonatal
- Ictericia neonatal
- Reanimación neonatal
- Hipoglicemia neonatal
- Síndrome de dificultad respiratoria neonatal
- Prematuridad

Al finalizar cada lista de observación de caso o caso simulado, se incluye una relación para la verificación de los recursos físicos (equipos, materiales e insumos) necesarios para brindar la atención y las posibles alternativas que se implementan en los establecimientos para realizar la atención neonatal.

A. SEPSIS NEONATAL

METODOLOGIA: OBSERVACION DE CASO O CASO SIMULADO

Nombre:..... Profesión:.....
Establecimiento:..... GERESA/DIRESA/DISA:.....

| Competencia | Actividades a evaluar | Realizado correctamente 5 Puntos | Realizado parcialmente 2 Puntos | No realizado 0 Puntos | No aplica 5 Puntos |
|---|--|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 1. Evalúa antecedentes y/o factores de riesgo | 1. Revisa los registros de HC perinatal e identifica los factores de riesgo para Sepsis neonatal | | | | |
| | 2. Identifica signos de alarma en los registros de la HC | | | | |
| 2. Realiza la evaluación clínica del neonato | 1. Asegura un ambiente térmico adecuado para el examen del neonato | | | | |
| | 2. Realiza el lavado de manos previo al examen | | | | |
| | 3. Evalúa las funciones vitales del neonato | | | | |
| | 4. Realiza el examen físico general del neonato | | | | |
| | 5. Realiza el examen por aparatos y sistemas: Cabeza, tórax, abdomen, neurológico, extremidades, etc | | | | |
| | 6. Realiza el registro completo de los hallazgos en historia clínica neonatal | | | | |
| 3. Elabora el plan de trabajo | 1. Plantea diagnósticos presuntivos sobre la base a interpretación clínica y factores de riesgo | | | | |
| | 2. Solicita exámenes auxiliares, según diagnóstico presuntivo planteado | | | | |

| Competencia | Actividades a evaluar | Realizado correctamente | Realizado parcialmente | No realizado | No aplica |
|---|---|-------------------------|------------------------|--------------|-----------|
| | | 5 Puntos | 2 Puntos | 0 Puntos | 5 Puntos |
| 4. Realiza el manejo, según nivel de complejidad y capacidad resolutive del establecimiento | 1. Realiza la indicación de las medidas generales: control térmico, lactancia materna, etc | | | | |
| | 2. Realiza la indicación de las medidas de soporte: hidratación endovenosa, oxígeno (de ser necesario),etc | | | | |
| | 3. Selecciona e indica la terapia antibiótica (dosis, intervalo, vía de administración, duración del esquema, etc.) | | | | |
| | 4. Indica los signos que deben ser monitorizados: control de funciones vitales, balance hídrico, control de diuresis, llenado capilar, etc.) | | | | |
| | 5. Identifica las complicaciones más frecuentes en Sepsis neonatal | | | | |
| 5. Determina la necesidad de referencia del paciente. | 1. Define el nivel del establecimiento donde será referido el paciente (según la capacidad resolutive del establecimiento y/o condición y evolución del paciente) | | | | |
| | 2. Realiza las coordinaciones respectivas con el establecimiento de destino | | | | |
| | 3. Completa los formatos de referencia | | | | |
| | 4. Determina el personal capacitado que acompañará el traslado | | | | |
| | 5. Asegura condiciones para el traslado: ambiente térmico neutro, vía aérea y oxigenación adecuada, vía endovenosa, etc | | | | |
| PUNTAJE TOTAL OBTENIDO | | Puntos | | | |

Verificación de los recursos físicos necesarios para brindar la atención y las posibles alternativas que se implementan en los establecimientos para realizar la atención neonatal.

| Recursos necesarios | Cuenta | Cuenta con alternativa | No cuenta | Observaciones |
|---|--------|------------------------|-----------|---------------|
| Ambiente físico con control de temperatura | | | | |
| Camilla para examen del paciente o incubadora abierta | | | | |
| Lavadero con jabón líquido medicado y papel toalla | | | | |
| Estetoscopio | | | | |
| Balanza | | | | |
| Termómetro | | | | |
| Cunas para hospitalización | | | | |
| Fuente de oxígeno con manómetro y humidificador | | | | |
| Medicamentos: antibióticos, soluciones endovenosas, etc | | | | |
| Equipos de volutrol | | | | |
| Catéter intravenoso N° 24 | | | | |
| Bomba de infusión | | | | |
| Equipo para hemoglucotest | | | | |

B. ICTERICIA NEONATAL

METODOLOGÍA: OBSERVACIÓN DE CASO O CASO SIMULADO

Nombre:.....

Profesión:.....

Establecimiento:.....

GERESA/DIRESA/DISA:.....

| Competencia | Actividades a evaluar | Realizado correctamente | Realizado parcialmente | No realizado | No aplica |
|---|--|-------------------------|------------------------|--------------|-----------|
| | | 5 Puntos | 2 Puntos | 0 Puntos | 5 Puntos |
| 1. Evalúa antecedentes y/o factores de riesgo asociados a ictericia | 1. identifica factores de riesgo. | | | | |
| 2. Realiza la evaluación clínica del neonato con ictericia | 1. Asegura un ambiente térmico adecuado para la evaluación del neonato | | | | |
| | 2. Realiza el lavado de manos previo al examen físico del neonato | | | | |
| | 3. Evalúa las funciones vitales del neonato | | | | |
| | 4. Realiza el examen físico general del neonato | | | | |
| | 5. Realiza el examen por aparatos y sistemas: cabeza, tórax, abdomen, neurológico | | | | |
| | 6. Determina el nivel de progresión del tinte icterico en el neonato al momento de la evaluación (según Kramer) | | | | |
| | 7. Realiza registro completo de hallazgos del examen físico en HC neonatal | | | | |
| 3. Propone posibilidades diagnósticas y elabora plan de trabajo. | 1. Reconoce las diferencias entre ictericia fisiológica y patológica | | | | |
| | 2. Plantea diagnóstico presuntivo en base a factores de riesgo y hallazgos clínicos | | | | |
| | 3. Elabora un plan de trabajo para el caso; define los exámenes auxiliares según diagnósticos planteados | | | | |
| | 4. De ser necesario, solicita exámenes auxiliares a la madre del neonato | | | | |
| 4. Manejo adecuado del neonato con ictericia. | 1. Realiza indicación de las medidas | | | | |
| | 2. Interpreta los resultados de exámenes auxiliares solicitados | | | | |
| | 3. Identifica los casos que requieren inicio de fototerapia (basado en criterios clínicos y exámenes auxiliares) | | | | |

| Competencia | Actividades a evaluar | Realizado correctamente | Realizado parcialmente | No realizado | No aplica |
|--|---|-------------------------|------------------------|--------------|-----------|
| | | 5 Puntos | 2 Puntos | 0 Puntos | 5 Puntos |
| 5. Refiere oportunamente al paciente con ictericia | 1. Reconoce los signos clínicos o condiciones en las que se encuentra indicada la referencia del paciente | | | | |
| | 2. Realiza las coordinaciones con el establecimiento de destino | | | | |
| | 3. Completa los formatos para la referencia del neonato | | | | |
| | 4. Determina el personal capacitado que acompañará el traslado | | | | |
| | 5. Asegura condiciones para el traslado del paciente | | | | |
| PUNTAJE TOTAL OBTENIDO | | Puntos | | | |

Verificación de los recursos físicos necesarios para brindar la atención neonatal:

| Recursos necesarios | Cuenta | Cuenta con alternativa | No cuenta | Observaciones |
|---|--------|------------------------|-----------|---------------|
| Ambiente físico con control de temperatura | | | | |
| Camilla para examen del paciente o incubadora abierta | | | | |
| Lavadero con jabón líquido medicado y papel toalla | | | | |
| Estetoscopio | | | | |
| Balanza | | | | |
| Termómetro | | | | |
| Cunas para hospitalización | | | | |
| Equipo de fototerapia | | | | |
| Equipos de volutrol | | | | |
| Catéter intravenoso N° 24 | | | | |
| Bomba de infusión | | | | |
| Equipo para hemoglucotest | | | | |

C. REANIMACIÓN NEONATAL

METODOLOGÍA: OBSERVACIÓN DE CASO O CASO SIMULADO

Nombre:.....

Profesión:.....

Establecimiento:.....

GERESA/DIRESA/DISA:.....

| Competencia | Actividades a evaluar | Realizado correctamente | Realizado parcialmente | No realizado | No aplica |
|--|---|-------------------------|------------------------|--------------|-----------|
| | | 5 Puntos | 2 Puntos | 0 Puntos | 5 Puntos |
| 1. Aplica la anticipación en reanimación neonatal | 1. Identifica los factores de riesgo | | | | |
| | 2. Realiza la preparación y revisión de materiales para la Reanimación neonatal | | | | |
| 2. Identifica las indicaciones de Reanimación neonatal | 1. Realiza la evaluación para decidir necesidad de iniciar la Reanimación neonatal (en base a 4 criterios o preguntas) | | | | |
| | 2. Si existe indicación, inicia en forma inmediata la reanimación neonatal | | | | |
| 3. Realiza los Pasos iniciales en forma correcta | 1. Coloca al recién nacido bajo una fuente de calor y lo posiciona adecuadamente | | | | |
| | 2. Asegura vía aérea permeable (aspiración de secreciones de boca y nariz, de ser necesario) | | | | |
| | 3. Realiza la estimulación táctil, secado y cambio de campos | | | | |
| 4. Evaluación oportuna del recién nacido para valorar respuesta a la reanimación | 1. Realiza la primera evaluación a los 30 segundos después del nacimiento. Evalúa la FC en forma correcta, evalúa el esfuerzo respiratorio y color de la piel | | | | |
| | 2. Realiza la administración de oxígeno a flujo libre de ser necesario (presencia de cianosis central en paciente con respiración espontánea) | | | | |
| 5. Brinda ventilación a presión positiva. | 1. Menciona las indicaciones para ventilación a presión positiva. | | | | |
| | 2. Realiza la ventilación a presión positiva correctamente (frecuencia y técnica correcta) | | | | |
| | 3. Monitoriza respuesta a la ventilación a presión positiva (evaluación de FC) | | | | |
| | 4. Realiza la evaluación clínica a los 30 segundos de inicio de ventilación a presión positiva | | | | |

| Competencia | Actividades a evaluar | Realizado correctamente 5 Puntos | Realizado parcialmente 2 Puntos | No realizado 0 Puntos | No aplica 5 Puntos |
|---|--|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 6. Realiza masaje cardiaco coordinado con ventilación | 1. Menciona las indicaciones para el inicio de masaje cardiaco | | | | |
| | 2. Realiza el masaje cardiaco coordinado con la ventilación a presión positiva | | | | |
| | 3. Realiza la evaluación clínica a los 30 segundos de administrar ventilación a presión positiva y masaje cardiaco | | | | |
| 7. Realiza administración de medicamentos en Reanimación neonatal | 1. Identifica indicaciones para el uso de medicamentos: adrenalina y expansores de volumen | | | | |
| | 2. Realiza la administración de medicamentos en forma correcta (dosis y vía de administración) | | | | |
| 8. Realiza intubación endotraqueal | 1. Reconoce las indicaciones de intubación endotraqueal en Reanimación neonatal. | | | | |
| | 2. Realiza el procedimiento de intubación en un tiempo máximo de 20" o asiste en la intubación | | | | |
| PUNTAJE TOTAL OBTENIDO | | Puntos | | | |

Verificación de los recursos físicos necesarios (equipos, materiales e insumos) para brindar la atención en reanimación neonatal:

| Recursos necesarios | Cuenta | Cuenta con alternativa | No cuenta | Observaciones |
|--|--------|------------------------|-----------|---------------|
| Incubadora abierta | | | | |
| Estufas | | | | |
| Equipo de aspiración | | | | |
| Lavadero con jabón líquido medicado y papel toalla | | | | |
| Guantes estériles | | | | |
| Campos precalentados | | | | |
| Sonda de aspiración N° 10, 12 y 14 | | | | |
| Sonda de alimentación N° 6 | | | | |
| Perilla de goma | | | | |
| Bolsa autoinflable con mascarilla y reservorio | | | | |
| Fuente de oxígeno con manómetro y frasco humidificador | | | | |
| Laringoscopio | | | | |
| Tubos endotraqueales N° 2.5, 3, 3.5 y 4 | | | | |
| Reloj de pared | | | | |
| Balanza | | | | |
| Tallímetro | | | | |
| Medicamentos: solución salina, adrenalina, bicarbonato de sodio, etc | | | | |

D. HIPOGLICEMIA NEONATAL

METODOLOGÍA: OBSERVACIÓN DE CASO O CASO SIMULADO

Nombre:.....

Profesión:.....

Establecimiento:.....

GERESA/DIRESA/DISA:.....

| Competencia | Actividades a evaluar | Realizado correctamente 5 Puntos | Realizado parcialmente 2 Puntos | No realizado 0 Puntos | No aplica 5 Puntos |
|--|---|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 1. Evalúa antecedentes y/o factores de riesgo asociados a ictericia neonatal | 1. Identifica factores de riesgo | | | | |
| 2. Realiza la evaluación clínica del neonato con hipoglicemia | 1. Asegura un ambiente térmico adecuado para la evaluación del neonato | | | | |
| | 2. Realiza el lavado de manos previo al examen físico del neonato | | | | |
| | 3. Evalúa las funciones vitales del neonato | | | | |
| | 4. Realiza el examen físico general del neonato | | | | |
| | 5. Realiza el examen por aparatos y sistemas: Cabeza, tórax, abdomen, neurológico | | | | |
| 3. Propone posibilidades diagnósticas y elabora plan de trabajo | 1. Propone diagnóstico presuntivo de hipoglicemia, a partir de a factores de riesgo identificados y signos clínicos | | | | |
| | 2. Elabora el plan de trabajo: solicita exámenes auxiliares para confirmación | | | | |
| 4. Realiza la toma de muestra y procesamiento de prueba Hemoglucotest. | 1. Realiza el lavado de manos previo a la realización de la prueba | | | | |
| | 2. Prepara los materiales necesarios para la prueba (algodón, alcohol, cintas, equipo, etc) | | | | |
| | 3. Realiza la limpieza y desinfección de la zona donde se tomará la muestra (capilar o por punción en el talón del recién nacido) | | | | |
| | 4. Realiza la toma de muestra y procesa la prueba en el equipo portátil | | | | |
| 5. Manejo adecuado del neonato con hipoglicemia. | 1. Realiza la indicación de las medidas generales | | | | |
| | 2. Interpreta los resultados de exámenes auxiliares solicitados | | | | |
| | 3. Realiza las indicaciones en los casos confirmados (basado en criterios clínicos y exámenes auxiliares) | | | | |

| Competencia | Actividades a evaluar | Realizado correctamente 5 Puntos | Realizado parcialmente 2 Puntos | No realizado 0 Puntos | No aplica 5 Puntos |
|---|---|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 6. Refiere oportunamente al paciente con hipoglicemia | 1. Reconoce los signos clínicos o condiciones en las que se encuentra indicada la referencia del paciente | | | | |
| | 2. Realiza las coordinaciones con el establecimiento de destino | | | | |
| | 3. Completa los formatos para la referencia del neonato | | | | |
| | 4. Determina el personal capacitado que acompañará el traslado | | | | |
| | 5. Asegura condiciones para el traslado del paciente | | | | |
| PUNTAJE TOTAL OBTENIDO | | Puntos | | | |

Verificación de los recursos físicos necesarios para brindar la atención neonatal:

| Recursos necesarios | Cuenta | Cuenta con alternativa | No cuenta | Observaciones |
|---|--------|------------------------|-----------|---------------|
| Ambiente físico con control de temperatura | | | | |
| Camilla para examen del paciente o incubadora abierta | | | | |
| Lavadero con jabón líquido medicado y papel toalla | | | | |
| Estetoscopio | | | | |
| Guantes estériles | | | | |
| Sondas de alimentación | | | | |
| Cunas para hospitalización | | | | |
| Medicamentos: Dx. 5%, Dxt. 10%, Dx. 33% | | | | |
| Jeringas descartables 5, 10 cc | | | | |
| Catéter intravenoso N° 24 | | | | |
| Bomba de infusión | | | | |
| Equipo para hemoglucotest y cintas | | | | |

E. SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA NEONATAL
METODOLOGÍA: OBSERVACIÓN DE CASO O CASO SIMULADO

Nombre:.....
 Establecimiento:.....

Profesión:.....
 GERESA/DIRESA/DISA:.....

| Competencia | Actividades a evaluar | Realizado correctamente | Realizado parcialmente | No realizado | No aplica |
|--|---|-------------------------|------------------------|--------------|-----------|
| | | 5 Puntos | 2 Puntos | 0 Puntos | 5 Puntos |
| 1. Evalúa antecedentes y/o factores de riesgo | 1. Identifica factores de riesgo para dificultad respiratoria | | | | |
| 2. Realiza la evaluación clínica del neonato. | 1. Asegura un ambiente térmico adecuado para la evaluación del neonato | | | | |
| | 2. Realiza el lavado de manos previo al examen físico del neonato | | | | |
| | 3. Evalúa las funciones vitales del neonato: frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, etc | | | | |
| | 4. Evalúa el grado de dificultad respiratoria, según puntuación Silverman-Andersen | | | | |
| | 5. Realiza el examen clínico completo, por aparatos y sistemas | | | | |
| 3. Realiza diagnóstico presuntivo y elabora plan de trabajo | 1. Identifica criterios diagnósticos y plantea diagnósticos presuntivos | | | | |
| | 2. Solicita exámenes auxiliares de acuerdo a los diagnósticos planteados | | | | |
| 4. Indica las medidas terapéuticas iniciales | 1. Indica las medidas generales: ambiente térmico, aporte hídrico, reposo gástrico, etc. | | | | |
| | 2. Identifica la necesidad de oxigenoterapia y su forma de administración. | | | | |
| | 3. Realiza el registro completo de las indicaciones en la historia clínica. | | | | |
| | 4. Realiza la monitorización clínica periódica del paciente. | | | | |
| 5. Realiza el manejo, según nivel de complejidad y capacidad resolutoria del establecimiento | 1. Decide en forma oportuna la necesidad de referencia del neonato. | | | | |
| | 2. Define, según la capacidad resolutoria, el establecimiento de destino y realiza las coordinaciones con el establecimiento de destino | | | | |
| | 3. Completa los formatos de referencia. | | | | |
| | 4. Determina el personal capacitado que acompañará el traslado del paciente. | | | | |
| | 5. Asegura las condiciones mínimas durante el traslado. | | | | |
| 6. Realiza manejo especializado del paciente, según causa del SDR | 1. Realiza el diagnóstico definitivo a partir factores de riesgo, criterio clínico y resultados de exámenes auxiliares. | | | | |
| | 2. Modifica o complementa las medidas terapéuticas, de acuerdo al diagnóstico definitivo | | | | |
| | 3. Aplica la oxigenoterapia en las diferentes fases (I, II y III), según requerimientos del paciente | | | | |
| PUNTAJE TOTAL OBTENIDO | | Puntos | | | |

Verificación de los recursos físicos necesarios para brindar la atención y las posibles alternativas que se implementan en los establecimientos para realizar la atención neonatal:

| Recursos necesarios | Cuenta | Cuenta con alternativa | No cuenta | Observaciones |
|---|--------|------------------------|-----------|---------------|
| Ambiente físico con control de temperatura | | | | |
| Camilla para examen del paciente o incubadora abierta | | | | |
| Lavadero con jabón líquido medicado y papel toalla | | | | |
| Estetoscopio | | | | |
| Equipo de aspiración | | | | |
| Balanza | | | | |
| Sondas de aspiración | | | | |
| Cunas para hospitalización | | | | |
| Perilla de goma | | | | |
| Bolsa autoinflable con mascarilla y reservorio | | | | |
| Fuente de oxígeno (con manómetro y humidificador) | | | | |
| Fuente de aire comprimido | | | | |
| Mezclador | | | | |
| Mascarillas, cabezal, cánula binasal | | | | |

F. ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO

METODOLOGÍA: OBSERVACIÓN DE CASO O CASO SIMULADO

Nombre:.....

Profesión:.....

Establecimiento:.....

GERESA/DIRESA/DISA:.....

| Competencia | Actividades a evaluar | Realizado correctamente | Realizado parcialmente | No realizado | No aplica |
|--|--|-------------------------|------------------------|--------------|-----------|
| | | 5 Puntos | 2 Puntos | 0 Puntos | 5 Puntos |
| 1. Evalúa antecedentes y/o factores de riesgo | 1. Identifica los factores de riesgo de prematuridad | | | | |
| | 2. Realiza registro de los factores de riesgo en la HC perinatal | | | | |
| 2. Participa en la atención inmediata del RN prematuro | 1. Prepara ambiente de atención y fuente de calor | | | | |
| | 2. Realiza lavado de manos | | | | |
| | 3. Prepara campos precalentados y equipo de reanimación neonatal. | | | | |
| | 4. Se coloca guantes estériles para realizar la atención del recién nacido | | | | |
| | 5. Realiza la valoración de las condiciones al nacimiento y decide inicio de Reanimación neonatal | | | | |
| | 6. Realiza los procedimientos de Reanimación neonatal hasta lograr estabilización cardiorespiratoria | | | | |

| Competencia | Actividades a evaluar | Realizado correctamente | Realizado parcialmente | No realizado | No aplica |
|--|---|-------------------------|------------------------|--------------|-----------|
| | | 5 Puntos | 2 Puntos | 0 Puntos | 5 Puntos |
| 3. Realiza la evaluación clínica del prematuro | 1. Evalúa funciones vitales: Frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, etc | | | | |
| | 2. Realiza las mediciones antropométricas | | | | |
| | 3. Evalúa edad gestacional por Capurro | | | | |
| | 4. Realiza el examen físico por aparatos y sistemas | | | | |
| | 5. Registra hallazgos completos en la Historia clínica neonatal | | | | |
| 4. Define diagnósticos presuntivos y elabora el plan de trabajo | 1. Plantea diagnósticos presuntivos | | | | |
| | 2. Realiza indicaciones según diagnósticos planteados | | | | |
| | 3. Solicita exámenes auxiliares, según diagnósticos planteados | | | | |
| 5. Determina diagnósticos definitivos y reevalúa indicaciones terapéuticas | 1. Realiza la monitorización del paciente y la reevaluación clínica periódica | | | | |
| | 2. Define los diagnósticos, sobre la base de a criterios clínicos y resultados de exámenes auxiliares solicitados | | | | |
| | 3. Modifica las indicaciones de acuerdo con los diagnósticos definitivos | | | | |
| | 4. Identifica principales complicaciones tempranas | | | | |
| PUNTAJE TOTAL OBTENIDO | | Puntos | | | |

Verificación de los recursos físicos necesarios para brindar la atención y las posibles alternativas que se implementan en los establecimientos para realizar la atención del neonato prematuro:

| Recursos necesarios | Cuenta | Cuenta con alternativa | No cuenta | Observaciones |
|--|--------|------------------------|-----------|---------------|
| Incubadora abierta y/o cerrada | | | | |
| Estufas | | | | |
| Equipo de aspiración | | | | |
| Lavadero con jabón líquido medicado y papel toalla | | | | |
| Guantes estériles | | | | |
| Campos precalentados | | | | |
| Sonda de aspiración N° 10, 12 y 14 | | | | |
| Sonda de alimentación N° 6 | | | | |
| Perilla de goma | | | | |
| Bolsa autoinflable con mascarilla y reservorio | | | | |
| Fuente de oxígeno con manómetro y frasco humidificador | | | | |
| Fuente de aire comprimido | | | | |
| Mezcladores aire/oxígeno | | | | |
| Laringoscopio | | | | |
| Tubos endotraqueales N° 2.5, 3, 3.5 y 4 | | | | |
| Balanza | | | | |
| Tallímetro | | | | |

II.- CASOS CLÍNICOS PARA LA SUPERVISIÓN CAPACITANTE

CASO CLÍNICO Nº 1

Nombre:..... Profesión:.....
Establecimiento:..... GERESA/DIRESA/DISA:.....

- Ingresó a emergencia una gestante de 3era gestación, EG: 37 semanas, sin control prenatal, con antecedente de ruptura de membranas de aproximadamente 4 días, madre febril, con trabajo de parto fase activa. Examen físico se evidencia salida de líquido amniótico mal oliente por vagina.

Preguntas (10 puntos)

- a) En el caso planteado, identifique los factores de riesgo neonatales.
- b) ¿Qué manejo sería el indicado para reducir los posibles riesgos para el recién nacido?

- El trabajo de parto progresa y se produce un parto vaginal. Nace un bebé de sexo masculino, peso: 2,400 gr. EG: 37 semanas por Capurro, APGAR: 6 al minuto y 8 a los cinco minutos. Cursa con SDR leve.

Preguntas (20 puntos)

- a) ¿Qué diagnósticos se deberían plantear en este recién nacido?
- b) ¿Cuál sería el Plan de trabajo que propone, según el FON?
- c) ¿Cuáles serían las indicaciones, según el FON?

- El neonato se encuentra hospitalizado en un establecimiento FONE, lleva 4 días de tratamiento con ampicilina y gentamicina. Luego de una fase de estabilización inicial, presenta llenado capilar lento, alteración del sensorio y bajo flujo urinario.

Preguntas (20 puntos)

- a) ¿Qué complicaciones deberíamos considerar en este caso?
- b) ¿Cuál sería el manejo indicado?
- c) ¿Qué criterios deberá tener en consideración para decidir la referencia del recién nacido?

CASO CLÍNICO Nº 2

Nombre:..... Profesión:.....
Establecimiento:..... GERESA/DIRESA/DISA:.....

- Ingresó al establecimiento una gestante de 40 semanas, con CPN 4 veces, en trabajo de parto fase latente. La gestante tiene una PA: 90/60 mmHg, altura uterina: 38 cm, FCF: 140 x minuto, feto en LC Izq.

Preguntas (10 puntos)

- a) ¿Qué materiales y equipos debe preparar para realizar la atención del recién nacido?
- b) ¿Se requiera probar algunos de los equipos? ¿Cuáles?
- c) ¿Qué factores de riesgo puede identificar en este caso?

- El trabajo de parto progresa y la paciente completa la dilatación, por lo que es llevada a la sala de expulsivo. Erías dificultades para la progresión del expulsivo. La gestante es sometida a maniobras de Kristeller. Finalmente nace un bebé de sexo masculino, con marcado moldeamiento cefálico, con ausencia de esfuerzo respiratorio, hipotonía generalizada y cianosis. Líquido amniótico claro.

Preguntas (20 puntos)

- a) ¿Cuál debería ser la secuencia de procedimientos a realizar en este paciente?
- b) ¿Cada cuánto tiempo deberá realizar la evaluación del recién nacido para valorar la respuesta?

- Usted se encuentra realizando Ventilación a presión positiva con bolsa autoinflable y máscara, pero no observa mejoría en la FC del paciente que, ahora, es de 50 latidos por minuto.

Preguntas (20 puntos)

- a) ¿Cuáles son los procedimientos que debe realizar en este momento?
- b) ¿Qué medidas correctivas debemos considerar para mejorar la ventilación a presión positiva en el caso propuesto?

CASO CLÍNICO N° 3

Nombre:..... Profesión:.....
Establecimiento:..... GERESA/DIRESA/DISA:.....

Gestante de 30 semanas, ingresa por pre-eclampsia. Es evaluada en emergencia y le indican metildopa y sulfato de magnesio. La gestante es hospitalizada y a las 20 horas se reevalúa y deciden concluir la gestación. No recibe ningún otro medicamento adicional.

Preguntas (10 puntos)

- ¿Existe algún factor de riesgo para el feto? ¿Cuáles podría identificar?
- ¿Qué medidas propone para reducir la morbilidad neonatal?

Pasa a SOP y nace un bebé de sexo masculino, flácido, sin respiración, con líquido amniótico claro, se procede a realizar la Reanimación neonatal. Peso del RN: 1400 gramos, APGAR 3 al minuto y 8 a los 5 minutos. La paciente presenta inmediatamente después del nacimiento: Tiraje intercostal: 1, Disbalance toracoabdominal: 1, Retracción xifoidea: 1 y quejido espiratorio: 2.

Preguntas (20 puntos)

- ¿Qué diagnósticos se deberían plantear en este recién nacido?
- ¿Cuál sería el Plan de trabajo que propone, según el FON?
- ¿Cuál sería el manejo que plantea en este recién nacido, según el FON?

Le realizan radiografía de tórax y se describe infiltrado reticular en ambos campos pulmonares con broncograma aéreo. Recibe oxígeno por cabezal a 6 litros por minuto.

Preguntas (20 puntos)

- ¿Cuál sería el manejo indicado en este caso?
- ¿Qué criterios deberá tener en consideración para decidir la referencia del recién nacido?

CASO CLÍNICO N° 4

Nombre:..... Profesión:.....
Establecimiento:..... GERESA/DIRESA/DISA:.....

RN mujer, peso: 2800 gr., EG: 37 semanas, APGAR: 8 al minuto y 9 a los cinco minutos, líquido amniótico claro. Nace por cesárea programada, sin trabajo de parto. Cursa con dificultad respiratoria leve (SA: 3), que se inicia luego del nacimiento, por lo que se decide su hospitalización.

Preguntas (10 puntos)

- ¿Existe algún factor de riesgo neonatal que puede identificar?
- ¿Está de acuerdo con la conducta seguida en el recién nacido?
- ¿Podría plantear alguna posibilidad diagnóstica en este caso?

Se administra oxígeno por cabezal a 4 litros por minuto y se indica colocar vía endovenosa para la administración de Dextrosa al 10%. No se indica alimentación enteral para evitar posibles aspiraciones. Luego de 2 horas, se evalúa nuevamente a la paciente y se evidencia que el grado de dificultad respiratoria no se ha incrementado (SA: 3), la FR es 66 por minuto. Se mantiene con las mismas indicaciones durante las 48 horas siguientes, a pesar de la disminución del SDR.

Preguntas (20 puntos)

- ¿Está de acuerdo con el manejo realizado en este recién nacido?
- En caso de no estar de acuerdo con las indicaciones: ¿Cuáles serían las indicaciones que usted hubiera a) realizado?
- ¿Hubiera solicitado algún examen auxiliar en el Plan de trabajo?

Han pasado 3 días desde el nacimiento de la paciente, ya no presenta dificultad respiratoria y se ha iniciado recién la alimentación con 5 cc fórmula láctea cada 3 horas y se reduce el aporte por vía endovenosa.

Al 4to. día, la paciente presenta alza térmica (38 °C), disminución de la succión y distensión abdominal.

Preguntas (20 puntos)

- ¿Qué diagnóstico plantea en el recién nacido?
- ¿Cuál debería ser el manejo del caso?
- En caso de considerar necesidad de referencia de la paciente: ¿Qué tipo de establecimiento deberá manejar este caso: FONB, FONE o FONI?

III.- EVALUACIÓN INICIAL O PRUEBA DE ENTRADA:

La evaluación inicial incluye 10 preguntas y para efectos de calificación cada pregunta correctamente respondida tiene una calificación de 10 puntos, que hace un total de 100 puntos.

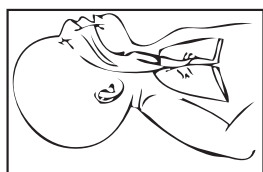
Supervisión capacitante

EVALUACIÓN DE ENTRADA

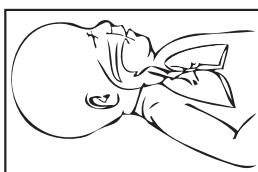
Nombres y apellidos:.....

Fecha:..... Nombre del establecimiento:.....

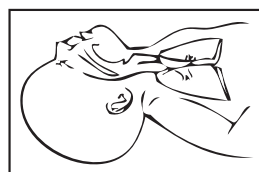
Instrucciones: Subraye o marque la respuesta que considere correcta en cada pregunta.



a.



b.



c.

- Cada respuesta correcta tiene una calificación de 10 puntos.

1.- ¿Qué gráfico demuestra la correcta posición de la cabeza del recién nacido para realizar la reanimación?

2.- ¿Cuál de los siguientes NO es un signo de mejoría en el recién nacido que está siendo reanimado?

- a. Incremento de la frecuencia cardíaca
- b. Mejoría en el color
- c. Una disminución en el tono muscular (hipotonía muscular)
- d. Respiración espontánea

3.- ¿Cuáles son los criterios para iniciar la Reanimación neonatal?

- a.-.....
- b.-.....
- c.-.....
- d.-.....

4.- Cuando se realiza ventilación a presión positiva con masaje cardíaco, en un minuto, ¿cuántas acciones de cada uno deben realizarse?

- a. 40 respiraciones y 120 masajes cardíacos
- b. 30 respiraciones y 90 masajes cardíacos
- c. 60 respiraciones y 120 masajes cardíacos
- d. 20 respiraciones y 80 masajes cardíacos

5.- Usted cuenta la frecuencia cardíaca: 8 latidos en 6 segundos. La Frecuencia cardíaca en un minuto es:

- a. 48 latidos por minuto
- b. 54 latidos por minuto
- c. 80 latidos por minuto
- d. 120 latidos por minuto

6.- La acción más efectiva en la reanimación de un neonato apnéico que no respondió al secado y la estimulación es:

- a. Dar oxígeno a flujo libre
- b. Palmadas en las plantas de los pies
- c. Envolver las extremidades con toallas húmedas y frías
- d. Iniciar Ventilación a presión positiva

7.- Sobre la bolsa autoinflable. Marque la alternativa incorrecta:

- a. Requiere un reservorio para lograr una concentración de oxígeno de 90 a 100%
- b. Debe estar conectada a una fuente de oxígeno de 5 a 10 litros por minuto
- c. Puede servir para administrar oxígeno a flujo libre
- d. Debe contar al menos con un dispositivo de seguridad (válvula de liberación de presión o manómetro)

8. RN de sexo masculino, de 2 días de vida, que es llevado a un establecimiento con funciones básicas por presentar fiebre de 39°C, FR 80 x minuto. El establecimiento de referencia (FONE) está a 8 horas de viaje. Tiene antecedente de parto domiciliario con madre con ruptura de membranas de 2 días. ¿Cómo lo clasificaría y que conducta debería seguir?
- Sepsis neonatal tardía, a germen extrahospitalario por lo que inicio tratamiento con antibióticos, continuo lactancia materna y refiero
 - Sepsis neonatal temprana a germen intrahospitalario por lo que inicio tratamiento con antibióticos y refiero
 - Sepsis neonatal temprana a germen extrahospitalario, inicio tratamiento antibiótico, continuo con lactancia materna y refiero
 - Ninguno de los anteriores
9. Sobre el tratamiento de sepsis neonatal: Marcar verdadero (V) o falso (F):
- El esquema para sepsis temprana incluye ampicilina más aminoglucosido y se puede completar ()
el tratamiento por vía EV o IM
 - El uso racional de antibióticos reduce la resistencia bacteriana ()
 - El esquema de tratamiento para sepsis tardía debe considerar los gérmenes más frecuentes ()
del establecimiento
 - Debe incluir medidas generales: ambiente térmico, aporte hídrico, oxígeno de ()
ser necesario
10. Si un paciente presenta los siguientes signos clínicos: FR 70 x min, aleteo nasal leve, tiraje intercostal leve, retracción xifoidea: leve, quejido audible con estetoscopio, ¿cuál es su puntaje Silverman Anderson?
.....

IV.- EVALUACIÓN FINAL:

La prueba incluirá los problemas que se presentan con mayor frecuencia en la etapa neonatal y que requieren un manejo oportuno y adecuado. La prueba consta de 20 preguntas, cada una se califica con 5 puntos, por lo que el puntaje total alcanza los 100 puntos.

Supervisión capacitante

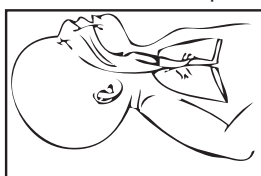
EVALUACIÓN FINAL

Nombres y apellidos:.....

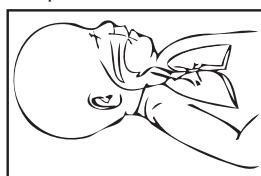
Fecha:..... Nombre del establecimiento:.....

Instrucciones: Subraye o marque la respuesta que considere correcta en cada pregunta.

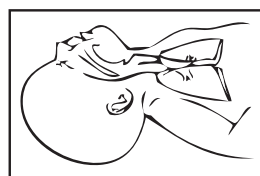
- Cada respuesta correcta tiene un puntaje de 5 puntos.



a.



b.



c.

- ¿Qué gráfico demuestra la correcta posición de la cabeza del recién nacido para realizar la reanimación?
- Las indicaciones para iniciar ventilación a presión positiva son las siguientes (marcar la respuesta correcta):
 - Apnea, FC menor de 100 x minuto y cianosis persistente
 - Apnea, FC menor de 60 x minuto y cianosis persistente
 - Apnea, Hipotensión arterial y cianosis persistente
 - Apnea, APGAR menor de 3 al minuto, cianosis persistente
- Cuando hay líquido amniótico meconial ¿cuál es el principal factor para decidir si un recién nacido requiere aspiración directa de tráquea?
 - Si el líquido meconial es espeso
 - El estado del recién nacido (vigoroso o no vigoroso).
 - El puntaje de APGAR al minuto
 - Historia de un trazado anormal de la FC fetal

- 4.- La necesidad para el inicio de la reanimación en un neonato se establece al valorar los siguientes signos:
- Frecuencia respiratoria, Frecuencia cardíaca y APGAR al minuto
 - Frecuencia cardíaca, respiración y APGAR al minuto
 - Frecuencia cardíaca, Presión arterial y respiración
 - Frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y presión arterial
 - Ausencia de respiración, hipotonía muscular, prematuridad y presencia de líquido amniótico meconial.
- 5.- Usted cuenta la frecuencia cardíaca: 6 latidos en 6 segundos. La Frecuencia cardíaca en un minuto es:
- 36 latidos por minuto
 - 54 latidos por minuto
 - 60 latidos por minuto
 - 120 latidos por minuto
- 6.- Si el paciente se encuentra recibiendo ventilación a presión positiva, ¿cuántas ventilaciones se deben realizar en un minuto?
- 20 - 30 ventilaciones
 - 40 - 60 ventilaciones
 - 60 - 80 ventilaciones
 - Todas son correctas
- 7.- Un recién nacido ha recibido ventilación a presión positiva por aproximadamente 30 segundos. Su Frecuencia cardíaca es 70 latidos por minuto. ¿Qué debe hacerse a continuación?
- Dar solamente estimulación táctil
 - Continuar solo con Ventilación a presión positiva
 - Dar solamente Masaje cardíaco
 - Iniciar Masaje cardíaco y continuar con ventilación a presión positiva
- 8.- En el masaje cardíaco, la profundidad correcta de las compresiones sobre el esternón es: (Marque la alternativa correcta)
- Un cuarto del diámetro anteroposterior del tórax
 - Un tercio del diámetro anteroposterior del tórax
 - La mitad del diámetro anteroposterior del tórax
- 9.- Sobre la bolsa autoinflable, Marque la alternativa incorrecta:
- Requiere un reservorio para lograr una concentración de oxígeno de 90 a 100%
 - Debe estar conectada a una fuente de oxígeno de 5 a 10 litros por minuto.
 - Puede servir para administrar oxígeno a flujo libre
 - Debe contar al menos con un dispositivo de seguridad (válvula de liberación de presión o manómetro)
- 10.- ¿Cuál de los siguientes NO es un signo de mejoría en el recién nacido que está siendo reanimado?
- Incremento de la Frecuencia cardíaca
 - Mejoría en el color
 - Una disminución en el tono muscular (hipotonía muscular)
 - Respiración espontánea.
- 11.- RN de sexo masculino, de 2 días de vida, que es llevado a un establecimiento con funciones básicas por presentar fiebre de 39° C, FR 80 x minuto. El establecimiento de referencia (FONE) está a 8 horas de viaje. Tiene antecedente de parto domiciliario con madre con ruptura de membranas de 2 días. ¿Cómo lo clasificaría y que conducta debería seguir?
- Sepsis neonatal tardía, a germen extrahospitalario por lo que inicio tratamiento con antibióticos, continuo lactancia materna y refiero.
 - Sepsis neonatal temprana a germen intrahospitalario por lo que inicio tratamiento con antibióticos y refiero.
 - Sepsis neonatal temprana a germen extrahospitalario, inicio tratamiento antibiótico, continuo con lactancia materna y refiero
 - Ninguno de los anteriores

12. Si un paciente presenta los siguientes signos clínicos: FR 70 x min, Aleteo nasal leve, Tiraje intercostal leve, Retracción xifoidea: leve, Quejido no audible ¿Cuál es su puntaje de Silverman Anderson?
13. El manejo de un neonato con SDR incluye lo siguiente, excepto:
- Mantener temperatura corporal adecuada
 - Oxigenoterapia, según requerimientos que deben ser individualizados
 - Restricción hídrica el primer día y continuar el aporte en base a Balance hídrico
 - Reposo gástrico si la FR es mayor de 80 por minuto
 - Manipulación frecuente del paciente, para toma de muestras, toma de signos vitales, evaluación de estado neurológico, etc.
14. Señale la respuesta correcta: Son factores de riesgo para Síndrome de dificultad respiratoria:
- Prematuridad
 - RCIU
 - Trabajo de parto prolongado
 - RPM prolongado
 - Todas las anteriores
15. Los signos clínicos de un neonato con Sepsis neonatal se consideran inespecíficos; pero con frecuencia se presentan los siguientes, excepto:
- Mala tolerancia oral, vómitos, residuo gástrico elevado
 - Distensión abdominal, diarrea, visceromegalia
 - Somnolencia o letargia, irritabilidad, convulsiones, fontanela tensa
 - Llenado capilar normal, piel rosada y normotérmica
 - Temperatura inestable: hipertermia, hipotermia
16. Seleccione la respuesta correcta. El manejo de un neonato con Sepsis en un establecimiento FONB incluye lo siguiente:
- Colocar vía endovenosa, mantener lactancia materna exclusiva, administración de primera dosis de antibióticos y referencia a establecimiento FONE o FONI
 - Mantener lactancia materna, administración de antibióticos por vía EV o IM hasta completar el esquema de tratamiento
 - Colocar vía venosa central, administración de antibióticos por vía EV, lactancia materna, administración de inotrópicos en los casos necesarios
 - No realizar ninguna atención y referir el caso inmediatamente a un establecimiento FONE o FONI.
17. Las principales causas de ictericia precoz son las siguientes, excepto:
- Incompatibilidad RH
 - Incompatibilidad ABO
 - Defectos enzimáticos hereditarios (ej. Glucosa 6 fosfato deshidrogenasa)
 - Alteraciones estructurales del eritrocito: esferocitosis hereditaria
 - Hipotiroidismo
18. El manejo de la hipoglicemia neonatal en un establecimiento FONB incluye lo siguiente:
- Prevención: asegurar aporte de fórmula láctea; colocar vía EV para los casos con factores de riesgo para hipoglicemia y continuar aporte por vía oral.
 - No es necesario ninguna intervención si los casos son asintomáticos; se debe tratar solo los casos sintomáticos.
 - Prevención: asegurar la lactancia materna precoz y frecuente; mantener normotermia; monitorizar glicemia en los pacientes con riesgo para hipoglicemia; manejo con aporte endovenoso en los pacientes con hipoglicemia sintomática
 - Identificar los casos con hipoglicemia y referir al paciente a establecimientos FONE para la corrección

19. Sobre el manejo de los pacientes con ictericia neonatal, marque la respuesta correcta:
- Todos los pacientes requieren iniciar fototerapia si sus niveles de bilirrubinas totales se encuentran en 7 mg dl, por lo que deben ser referidos a establecimientos FONE
 - Es necesario mantener una adecuada hidratación, debido a que las pérdidas insensibles se encuentran elevadas en los pacientes que reciben fototerapia
 - La exanguineotransfusión puede ser realizada en establecimientos FONB o FONE
 - Solo la ictericia que se presenta en las primeras 24 horas debe ser considerada ictericia patológica
20. La atención de un neonato prematuro requiere considerar las siguientes medidas generales, excepto:
- Extremar medidas para mantener ambiente térmico neutro
 - Manipulación enérgica y movilización constante
 - Monitorización estricta de funciones vitales
 - Prevención de hipoglicemia
 - Racionalizar el uso de oxígeno para prevenir complicaciones.

CÁLCULO DE LA PUNTUACIÓN FINAL:

Se propone realizar la evaluación del desempeño de competencias en atención neonatal sobre la base de la aplicación de 4 instrumentos:

| INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN | DETALLES | PUNTAJE TOTAL |
|-------------------------------------|--|---------------|
| Evaluación de entrada | Instrumento único (FONB, FONE) | 100 puntos |
| Observación de caso o caso simulado | <p>Aplicar 2 instrumentos de observación de caso o caso simulado (cada instrumento tiene una puntuación de 100 puntos)</p> <p>FONB:</p> <ul style="list-style-type: none"> Atención del RN con sepsis neonatal Atención del RN con ictericia Atención en Reanimación neonatal Atención del RN con hipoglicemia <p>FONE:</p> <ul style="list-style-type: none"> Atención del RN prematuro Atención del RN con Síndrome de dificultad respiratoria Atención en Reanimación neonatal Atención del RN con sepsis neonatal Atención del RN con ictericia Atención del RN con hipoglicemia | 200 puntos |
| Estudio de casos | Aplicar 2 casos clínicos (FONB, FONE). Cada caso clínico tiene una puntuación de 50 puntos. | 100 puntos |
| Evaluación final | Instrumento único (FONB, FONE) | 100 puntos |
| MÁXIMO PUNTAJE POSIBLE | | 500 puntos |

INTERPRETACIÓN DEL PUNTAJE FINAL:

El puntaje final obtenido por el participante evaluado se obtiene al sumar los puntajes parciales obtenidos al aplicar cada uno de los 4 instrumentos. La interpretación final se presenta en el siguiente cuadro:

| NIVEL | PUNTAJE TOTAL OBTENIDO |
|----------------|------------------------|
| APROBADO | De 400 a 500 puntos |
| EN OBSERVACIÓN | De 300 a 400 puntos |
| DESAPROBADO | Menor de 300 puntos |

ANEXO N° 8
TABLAS DE EVIDENCIAS PARA LOS TEMAS PROPUESTOS EN EL MÓDELO LÓGICO CAUSAL MATERNO NEONATAL

1. Tabla de evidencia sobre (a): parto institucional, cesáreas, acceso a sangre segura:

| Evidencia | Lugar | Tipo de estudio | Intervenciones/Resultados | Nivel Evidencia | Calidad Evidencia | Valor |
|---|---------------------|---------------------------|--|-----------------|-------------------|--|
| Abouzahr C. <i>et al.</i> Estimates of Maternal Mortality for 1995. Bull WHO 2001; 79: 561-8 | EE.UU. | Revisión | Se observa la relación entre la mortalidad materna y la proporción de partos por cesáreas | II-3 | 4 | Entre 5-15% de partos terminan en cesárea. 80% parto institucional |
| Guimezoglu A.M. WHO Systematic Review of Maternal Mortality and Morbidity: Methodological Issues and Challenges. BMC Medical Research Metodology 2004; 4(16). | Suiza | Revisión | Se revisaron más de 65000 citaciones relacionadas con el tema materno, la mayoría de Asia y África, mostrando intervenciones en diversos niveles, demostrando que los ensayos clínicos tienen mayor solidez | II-3 | 4 | |
| Bolam A. <i>et al.</i> Factors Affecting Home Delivery in the Katmandú Valley, Nepal. Health Policy and Planning 1998; 13(2): 152-158. | Nepal | Caso control | La pobre educación y multiplicidad incrementan el riesgo de parto domiciliario. Los aspectos sociales y económicos influyen en esto | II-1 | 2 | OR=5.04 |
| Murphy D.J. <i>et al.</i> Women's Views on the Impact of Operative Delivery in the Second Stage of Labour: Qualitative Interview Study. MBJ 2003; 327: 1132-38 | Inglaterra | Cualitativo | Las gestantes entrevistadas consideraron que el apoyo profesional es importante en la atención de parto | II-3 | 4 | |
| McCormick M.C. The Contributions of Low Birth Weight to Infant Mortality and Childhood Mortality. N. Engl J. Med. 1985; 312:82-90 | Inglaterra | Revisión | El parto prematuro es responsable de la mayoría de muertes neonatales, necesitándose estrategias efectivas para la identificación del bajo peso al nacer | II-3 | 4 | |
| Hack M. <i>et al.</i> Very Low Birth Weight Outcomes of the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Network. Pediatrics. 1991;87:587-597 | EE.UU. | Observacional | Parto prematuro ocurre en aproximadamente 11% de embarazos, y es responsable del 70% de muertes neonatales y 50% de discapacidades neurológicas que incluye parálisis cerebral | II-3 | 3 | Disminución de casos fatales de HPP: 79.2%vs.39.4% |
| Etuk S.J. <i>et al.</i> Effects of Community and Health Facility Interventions on Postpartum Hemorrhage. Int. J. Gyn. Obst. 2000; 70: 381-383. | África Subsahariana | Descriptivo | Intervención de campañas comunitarias para transfusión y donación de sangre | II-3 | 3 | |
| Hofmeyr G.J. Obstructed Labor: Using Better Technologies to Reduce Mortality. Int. J. Gynecol Obstet 2004; 85 (Sup 1): s62-s72. | Sudáfrica | Revisión sistemática | El acceso a servicios de cesárea pueden disminuir la mortalidad materna por parto obstruido | | | |
| Ronsmans C. <i>et al.</i> Maternal Mortality and Access to Obstetric Services in West Africa. Trop Med Int Health 2003; 8: 940-48. | África | Estudio ecológico | Cinco indicadores de cuidado materno: Proporción de partos en cualquier establecimiento de salud, proporción de partos en centros de salud no hospitalares, proporción de partos en hospitales (establecimientos que pueden realizar cirugías) y proporción partos por cesárea. Es posible que muchos de los hospitales en este estudio hayan calificado como FOB (i.e., no realizaban transfusiones), aunque esto no se evaluó de manera empírica | | | 3 indicadores correlacionaron relativamente bien con TMM estimadas: Partos atendidos personal capacitado (RR=0.439), Partos por cesárea (RR=0.34) y Partos hospitalarios (RR=0.29) |
| Landon M.B. <i>et al.</i> Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. N. Engl. J. Med 2004; 351(25): 2581-2589. | EE.UU. | Observacional prospectivo | La labor de parto está asociada a un mayor riesgo perinatal luego de una primera cesárea | II-3 | 3 | |

2. Tabla de evidencia sobre (b): Manejo hemorragia c/ manejo activo labor de parto (Oxitocina), manejo de preeclampsia/eclampsia con anticonvulsivantes, uso de antibióticos en infecciones- sepsis, manejo de la hipertensión inducida por la gestación:

Complicaciones del parto: Hemorragia, uso Oxitocina

| Evidencia | Lugar | Tipo de estudio | Intervenciones/Resultados | Nivel Evidencia | Calidad Evidencia | Valor |
|---|--------------------------------|----------------------------|---|-----------------|-------------------|---|
| Mc. Cormick M.L. <i>et al.</i> Preventing Postpartum Hemorrhage in Low Resource Settings. Int J Gyn Obst 2002; 77: 267-275 | EE.UU. | Revisión sistemática | El uso de manejo activo en la tercera fase del parto previene la hemorragia postparto | I | 1 | |
| Maternal and Neonatal Health. Preventing Postpartum Hemorrhage: Managing the Third Stage of Labor. Outlook 2001; 19(3) | EE.UU. | Revisión | Revisión de las principales intervenciones conocidas para el manejo de la tercera fase de labor de parto. | II-3 | 4 | |
| American College of Nurse-Midwives. Joint statement: Management of the Third Stage of Labour to Prevent Post-Partum Hemorrhage. Journal of Midwifery and Women's Health 2004; 49(1): 76-7 | EE.UU. | Descriptivo | Manejo de la tercera fase de labor de parto para prevenir HPP | II-3 | 3 | |
| Hofmeyr G.J. <i>et al.</i> Misoprostol for Treating Postpartum Hemorrhage: a Randomized Controlled Trial. BMC Pregnancy and Childbirth 2004; 4(16) | Sudáfrica | Ensayo Clínico ramdomizado | Los resultados no excluyen el importante efecto clínico que puede tener el misoprostol usado en la tercera fase activa de parto | II-1 | 2 | |
| Thaddeus S. <i>et al.</i> Perceptions Matter: Barriers to Treatment of Postpartum Haemorrhage. Journal of Midwifery and Women's Health 2004; 49(4): 293-97 | EE.UU. | Tema de revisión | Los esfuerzos por contribuir a disminuir la HPP como causa importante de MM pasan por el trabajo en la mejora de los servicios de atención y que la comunidad acepte que el sangrado es peligroso | II-3 | 4 | |
| El-Refaey H. <i>et al.</i> Post-partum Haemorrhage: Definition, Medical and Surgical Management. A Time for Change. British Medical Bulletin 2003; 67:205-17 | Inglaterra | Tema de revisión | Se tiene nuevas técnicas farmacológicas y quirúrgicas para tratar la HPP, como es la oxitocina para el primer caso. | II-3 | 4 | |
| Tsu V.D. <i>et al.</i> Postpartum Hemorrhage in Developing Countries: Is The Public Health Community Using the Right Tools? . Int J Gyn Obst 2004; 85: s42-s51 | EE.UU. | Revisión | La HPP es responsable del 25% de muertes maternas. Las drogas uterótónicas son beneficiosas para HPP | II-3 | 4 | |
| Mousa H.A. <i>et al.</i> Tratamiento para la hemorragia postparto primaria. En: La Biblioteca Cochrane Plus 2005, Número 3 | Sudáfrica | Revisión sistemática | El misoprostol rectal en dosis de 800ug puede ser un fármaco útil para el tratamiento de HPP | | | RR de reducción de sangrado con misoprostol= 0.18 |
| Elbourne D.R. <i>et al.</i> Uso profiláctico de la oxitocina en el alumbramiento. En: La Biblioteca Cochrane Plus 2005, Número 3 | Inglaterra, Irlanda, Abu Dhabi | Revisión sistemática | Existen fuertes indicios sobre el beneficio de la oxitocina en la hemorragia post parto y su uso terapéutico. | | | RR para pérdida de sangre=0.50 |

Complicaciones más próximas al parto: Uso de antibióticos

| Evidencia | Lugar | Tipo de estudio | Intervenciones/Resultados | Nivel Evidencia | Calidad Evidencia | Valor |
|--|---|----------------------|--|-----------------|-------------------|--|
| Kenyon S. <i>et al.</i> Antibióticos para la rotura prematura de membranas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006, Número 4 | Mozambique, EE.UU., Suecia, Noruega, España, Chile Inglaterra, Finlandia, | Revisión sistemática | El uso de antibióticos luego de RPM se asocia con una reducción estadísticamente significativa en la corioamnionitis | I | 1 | RR: 0.57 |
| King J. Flenady V. Antibióticos profilácticos para el trabajo de parto prematuro con membranas intactas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006, Número 4 | Australia | Revisión sistemática | Los antibióticos pueden detener una infección asintomática a nivel del cuello del útero y útero, y prevenir el nacimiento prematuro | I | 1 | |
| McDonald H. <i>et al.</i> Antibióticos para el tratamiento de la vaginosis bacteriana en el embarazo. En: La Biblioteca Cochrane Plus 2006; Número 4 | EE.UU. | Revisión sistemática | El tratamiento antibiótico puede erradicar la vaginosis bacteriana en el embarazo | I | 1 | OR erradicación vaginosis con tto antibiótico 0.21 |
| Smaill F. Antibióticos para la bacteriuria asintomática en el embarazo. En: La Biblioteca Cochrane Plus 2006, Número 4 | Inglaterra, Irlanda, Gales, Australia, EE.UU., Jamaica | Revisión sistemática | El tratamiento antibiótico resulta efectivo para la reducción de pielonefritis en el embarazo. Se observa reducción en tasa de partos prematuros | I | 1 | Reducción incidencia partos prematuros y fto. Antibiótico: OR=0.60 |

Preeclampsia/ Eclampsia:

| | Lugar | Tipo de estudio | Intervenciones/Resultados | Nivel Evidencia | Calidad Evidencia | |
|--|---|----------------------|--|-----------------|-------------------|--|
| Duley L., <i>et al.</i> Agentes antiplaquetarios para la prevención de la preeclampsia y de sus complicaciones. En: La Biblioteca Cochrane Plus 2005, Número 3 | Australia, Barbados, India, Brasil, Austria, China, Finlandia, Italia | Revisión sistemática | El uso de antiobioticos luego de RPM se asocia con una reducción estadísticamente significativa en la corioamnionitis | I | 1 | 19% de reducción de riesgo de preeclampsia. RR=0.81 |
| Magee L.A. <i>et al.</i> Betabloqueantes orales para la hipertensión leve a moderada durante el embarazo. En: La Biblioteca Cochrane Plus 2005, Número 3 | Argentina, Australia, Inglaterra, Caribe, Francia, Hong Kong, Israel, Escocia, Suecia, EE.UU. | Revisión sistemática | El mejoramiento del control de la presión arterial con betabloqueantes vale la pena si refleja beneficio significativo para la madre y el feto | I | 1 | Disminución de riesgo de hipertensión grave: RR=0.37 |
| Duley L., <i>et al.</i> Fármacos para el tratamiento de la presión arterial muy elevada durante el embarazo. EN: La Biblioteca Cochrane Plus 2005, Número 3 | Mexico, Irán, Alemania, Inglaterra, Australia, Brasil, Holanda, Sudáfrica | Revisión sistemática | La selección del agente hipertensivo debería depender de la experiencia individual que se tenga sobre los fármacos disponibles | I | 1 | |
| Duley L., <i>et al.</i> Sulfato de magnesio vs cóctel lítico para la eclampsia. En: La Biblioteca Cochrane Plus 2005, Número 3 | India | Revisión sistemática | El sulfato de magnesio es el anticonvulsivante más apropiado para las mujeres con eclampsia | I | 1 | Eficacia Sulfato Magnesio: RR=0.09 |

| Evidencia | Lugar | Tipo de estudio | Intervenciones/Resultados | Nivel Evidencia | Calidad Evidencia | Valor |
|---|---|---------------------------|--|-----------------|-------------------|--|
| Duley L. <i>et al.</i> Sulfato de magnesio y otros anticonvulsivos en mujeres con preeclampsia | Dinamarca, Malasia, México, Sudáfrica, Taiwán, EE.UU. | Revisión sistemática | El sulfato de magnesio disminuye en más de la mitad el riesgo de eclampsia y, probablemente, reduce el riesgo de muertes maternas. | I | 1 | Disminución de riesgo de eclampsia en más de la mitad. RR=0.41 |
| Begur R. <i>et al.</i> Reducing Maternal Mortality From Eclampsia, Using Magnesium Sulphate. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology 2000; 92: 223-224. | Bangladesh | Descriptivo | Usando bajas dosis de sulfato de magnesio para tratar pacientes eclámpicas, se redujo la mortalidad de 16% a 8%. | II-3 | 3 | |
| Duley L. Pre-Eclampsia and the Hypertensive Disorders of Pregnancy. British Medical Bulletin 2003; 67: 161-176. | Inglaterra | Revisión | Agentes antiplaquetarios se asocian con un 19% de reducción de riesgo de preeclampsia, y el sulfato de magnesio, en manejo de la eclampsia. | II-3 | 4 | Agentes antiplaquetarios (RR=0.81), Sulfato Magnesio (RR=0.41) |
| Witlin A. <i>et al.</i> Magnesium Sulfate Therapy in Preeclampsia and Eclampsia. Obstetrics and Gynecology 1998; 92(5): 883- 89. | EE.UU. | Revisión | La evidencia de los datos confirma la eficacia del sulfato de magnesio para mujeres con eclampsia y preeclampsia severa. | II-3 | 4 | |
| Conde-Agudelo A. <i>et al.</i> World Health Organization Systematic Review of Screening Tests for Preeclampsia. Obstet Gynecol. 2004; 104: 1367-91. | EE.UU. | Revisión sistemática | Las pruebas de tamizaje para detectar preeclampsia, tienen muy bajo valor predictivo. | | | |
| Altman D. <i>et al.</i> Do women with pre-eclampsia, and their Babies, Benefit from Magnesium Sulphate? The Magpie Trial: a randomised placebo-controlled trial. Lancet 2002; 359: 1877-90. | 33 países | Ensayo clínico controlado | Uso de sulfato de magnesio en la prevención de convulsiones en mujeres con preeclampsia consideradas en alto riesgo de eclampsia. | | | |
| Villar J. <i>et al.</i> Methodological and Technical Issues Related to the Diagnosis, Screening, Prevention, and Treatment of Pre-Eclampsia and Eclampsia | Inglaterra | Revisión | Existe una falta de criterios para estandarizar las pruebas de reconocimiento de preeclampsia. El tratamiento con sulfato de magnesio probado ampliamente es poco usado. | II-3 | 4 | |

3. Tabla de evidencia sobre (c): Disponibilidad de RRHH, manejo de emergencias obstétricas (FOB/FOE), disponibilidad de equipamiento, medicamentos e insumos, Sistema de referencia y contrarreferencia:

Manejo de Complicaciones obstétricas:

| Evidencia | Lugar | Tipo de estudio | Intervenciones/Resultados | Nivel Evidencia | Calidad Evidencia | Valor |
|--|---|--------------------|---|-----------------|-------------------|---|
| Lawn J.E. <i>et al.</i> 4 Millions Neonatal Deaths. When?, Where?, Why? Lancet 2005; Neonatal Series. Pág. 9-18 | India, China, Pakistan, Nigeria, Bangladesh, Etiopia, Congo, Tanzania | Revisión | Revisión del problema de la muerte neonatal. 450 RN mueren cada hora, sobretodo, por parto pretérmino (28%), infecciones severas (26%) y asfixia (23%) | II-3 | 3 | |
| Knippenberg R. <i>et al.</i> Systematic Scaling Up of Neonatal Nare in Countries. Lancet 2005; Neonatal Series. Pág. 31-42 | EE.UU. | Revisión | Para una adecuada atención neonatal, es necesario dos procesos: políticas y tomas de decisiones | II-3 | 3 | |
| Bhutta ZA. <i>et al.</i> Community Based Interventions for Improving Perinatal and Neonatal Health Outcomes in Developing Countries: a Review of the Evidence. Pediatrics 2005; 115: 519-617 | EE.UU. | Revisión | Se identifica un paquete de intervenciones prioritarias a incluir en programas para la adecuada atención neonatal | II-3 | 3 | |
| UNICEF. WHO, UNFPA. Guidelines for Monitoring the Availability and use of Obstetric Services. UNICEF 1997 | EE.UU. | Revisión | Identificación del paquete de intervenciones clave en el manejo de las complicaciones obstétricas | II-3 | 3 | |
| Koblinsky M.A. <i>et al.</i> Organizing Delivery Care: What Works for Safe Motherhood? Bull World Health Organ 1999; 77: 399-406 | EE.UU. | Revisión | Identificación de modelos de atención obstétrica a nivel poblacional, a partir de quien atiende el parto y dónde se refiere la complicación | II-3 | 3 | |
| Etard J.F. <i>et al.</i> Assessment of Maternal Mortality and Late Maternal Mortality among a Cohort of Pregnant Women in Bamako, Mali. Br. J. Obstet Gynecol 1999; 106: 60-65 | Mali | Estudio de cohorte | En este estudio, se hizo un seguimiento de embarazos en un periodo de 3 años. Algunas de las causas de las 15 muertes registradas sugieren atención obstétrica de mala calidad. Los autores concluyeron que la escasa calidad de la atención obstétrica puede resultar en una RMM más alta de lo esperada en situaciones donde los servicios de atención obstétrica están disponibles | II-2 | 2 | La RMM obtenida de 327 x 100 000 era consistente con los datos de otras zonas urbanas del oeste de África |
| Fauveau V. Effect on Mortality of Community-Based Maternity-Care Programme in Rural Bangladesh. Lancet 1991; 106:60-65 | Bangladesh | Estudio de cohorte | Se intervino y ubicó parteras profesionales ("midwives") entrenadas en el manejo del parto normal y de emergencias obstétricas en dos establecimientos de salud periféricos. Las emergencias eran referidas a la clínica o al hospital de distrito que proveía funciones obstétricas esenciales. Además, el transporte estuvo facilitado por la disponibilidad de un bote y un motorista las 24 horas del día, así como de una ambulancia para la referencia desde Matlab al hospital de distrito | II-2 | 2 | Al comparar la mortalidad materna, se observó que esta se había reducido en casi 50% en el área de intervención. Tal reducción no se observó en el área control |

| Evidencia | Lugar | Tipo de estudio | Intervenciones/Resultados | Nivel Evidencia | Calidad Evidencia | Valor |
|--|---------------|--------------------|---|-----------------|-------------------|---|
| Hoj L. et al. Factors Associated with Maternal Mortality in Rural Guinea-Bissau. Br. J. Obstet. Gynecol. 2002; 109: 792-9 | Guinea Bissau | Estudio de cohorte | Se consignó información de factores relacionados a disponibilidad y uso de los sistemas de salud: Presencia de un puesto de salud en la comunidad, distancia al centro de salud más cercano y distancia al hospital más cercano. La mayoría de mujeres estudiadas tuvieron un riesgo incrementado de muerte materna debido a la falta de acceso a los hospitales. De los factores estudiados, identificados durante el control prenatal, solamente, el embarazo gemelar fue predictivo de muerte materna. Adicionalmente, la muerte fue más frecuente en los embarazos que terminaron en muerte fetal | II-2 | 2 | La mortalidad materna estuvo fuertemente asociada con una mayor distancia (6-25 Km. vs. 0-5 Km.) del hospital. Una distancia mayor a 25 Km. incrementó aún más el riesgo de muerte materna. |
| Graham W.J. et al. Can Skilled Attendance at Delivery Reduce Maternal Mortality in Developing Countries? Studies in Health Services Organization and Policy 2001; 17: 97-130 | EE.UU. | Revisión | Presenta la importancia del parto atendido por personal competente y la disponibilidad de un ambiente facilitador con infraestructura, equipamiento y medicinas que permitan al personal de salud ejercer sus competencias | | | |
| Ronsmans C. et al. Maternal Mortality and Access to Obstetric Services in West Africa. Trop Med Int Health 2003; 8: 940-48 | África | Estudio ecológico | Cinco indicadores de cuidado materno: Proporción de partos en cualquier establecimiento de salud, proporción de partos en centros de salud no hospitalares, proporción de partos en hospitales (establecimientos que pueden realizar cirugías) y proporción partos por cesárea. Es posible que muchos de los hospitales en este estudio hayan calificado como FOB (i.e., no realizaban transfusiones) aunque esto no se evaluó de manera empírica | | | 3 indicadores correlacionaron relativamente bien con TMM estimadas: partos atendidos personal capacitado (RR=0.439), Partos por cesárea (RR=0.34) y partos hospitalarios (RR=0.29). |
| AbouZahr C. Global Burden of Maternal Death and Disability. Br. Med. Bull 2003; 67: 1-11 | Suiza | Revisión | Las principales complicaciones obstétricas son la hemorragia, sepsis, preeclampsia/eclampsia y parto obstruido | II-3 | 3 | |
| Maine D. et al. The Safe Motherhood Initiative: Why Has It Stalled?. Am. J. Public Health 1999; 89(4): 480-2 | Canadá | Revisión | Las principales complicaciones obstétricas son la hemorragia, sepsis, preeclampsia/eclampsia y parto obstruido | II-3 | 3 | |

Manejo de infecciones:

| Evidencia | Lugar | Tipo de estudio | Intervenciones/Resultados | Nivel Evidencia | Calidad Evidencia | Valor |
|--|---------------|-------------------------|--|-----------------|-------------------|------------------|
| Goldenberg R.L., Andrews W.W. Yuan A.C. MacKay H.T. ST. Louis M.E. Sexually Transmitted Diseases and Adverse Outcomes of Pregnancy. Clin Perinatol 1997;24:23-41 | EE.UU. | Revisión | Es necesario el involucramiento de la comunidad en esfuerzos para prevenir la sífilis, así como el manejo de la mujer embarazada | II-3 | 4 | |
| Lockwood, C.J. <i>et al.</i> Markers of Risk for Preterm Delivery. J. Perinat. Med. 1999; 27: 5–20 | EE.UU. | Descriptivo | Las infecciones de transmisión sexual contribuyen hasta con el 50% de los partos pretérminos previos a las 30 semanas de gestación | II-3 | 3 | |
| Locksmith G. <i>et al.</i> Infection, Antibiotics, and Preterm Delivery. Semin Perinatol 2001; 25: 295–309 | EE.UU. | Descriptivo | El tratamiento de bacteriuria sintomática, gonorrea, clamidiasis, entre otros, pueden bajar el riesgo de parto pretérmino | II-3 | 3 | |
| Hillier SL, <i>et al.</i> Association between Bacterial Vaginosis and Preterm Delivery of a Low-Birth-Weight Infant. NEJM. Volume 333:1737-1742. Diciembre 1995. Número 26 | EE.UU. | Estudio de cohorte | Vaginosis bacteriana fue asociada con el parto pretérmino de niños con bajo peso al nacer | II-2 | 3 | OR= 1.4 |
| Pacora P, <i>et al.</i> Bacteriuria Asintomática en una población de Lima: consecuencias maternas, fetales y neonatales. Ginecología y Obstetricia 1996 | Perú | Prospectivo comparativo | La detección precoz y el tratamiento oportuno de la bacteriuria asintomática en el embarazo deben ser normativo | II-3 | 3 | |
| Stenqvist K, <i>et al.</i> Bacteriuria in Pregnancy. Frequency and Risk of Acquisition. Am. J. Epidemiol 1989; 129(2): 372-379 | Suecia | Prospectivo | El riesgo de bacteriuria es más alto entre la semana 9 y 17 de gestación | II-3 | 3 | |
| Romero R, <i>et al.</i> Meta-Analysis of the Relationship between Asymptomatic Bacteriuria and Preterm Delivery/Low Birth Weight. Obstet Gynecol 1989; 73:576-82 | Varios países | Meta análisis | La evidencia clínica y epidemiológica indican una fuerte asociación entre bacteriuria asintomática no tratada y parto pretérmino/ajo peso al nacer | II-1 | 2 | RR=0.65, RR=0.50 |

4. Tabla de evidencias sobre (d): Educación para las gestantes en prácticas saludables; Trabajo con la comunidad: Municipios y escuelas saludables; Radar de gestantes, Casas de espera, Interculturalidad.

| Evidencia | Lugar | Tipo de estudio | Intervenciones/Resultados | Nivel Evidencia | Calidad Evidencia | Valor |
|---|---------------|----------------------|--|-----------------|-------------------|---|
| Darmstadt G.L. <i>et al.</i> Evidence-Based, cost-Effective Interventions: How Many New Born Babies Can We Save?. Lancet 2005; Neonatal Series. Pág. 19-30 | Varios países | Revisión sistemática | La combinación de intervenciones con la mejora en el uso del servicio de salud y el trabajo con la comunidad reduce entre 18 a 37% la mortalidad neonatal | II-1 | 1 | |
| McCord C. <i>et al.</i> Efficient and Effective Emergency Obstetric Care in Rural Indian Community Where Most Deliveries Are at Home. Int.J.Gynecol Obstet 2001; 75: 297-307. | India | Estudio de cohortes | Del 15 % de partos que ocurrieron en Hospitales o Centros de salud, la mayoría comenzaron siendo atendidos en los domicilios, fueron posteriormente transferidos a un establecimiento de salud durante la labor de parto. 15% de las gestantes tuvieron complicaciones durante el embarazo, con mayor probabilidad de tener parto en un hospital o un centro de salud privado (79%), una situación que los autores atribuyen al conocimiento de la población de los signos de alarma de complicaciones obstétricas y la disposición de buscar atención especializada (auto-referencia) | II-2 | 2 | La RMM estuvo por debajo de 250 por 100,000 nv, la mitad de la registrada para toda la India. |
| Bastian H. <i>et al.</i> Perinatal death associated with planned home birth in Australia: population based study | Australia | Revisión | Se observó una alta tasa de mortalidad perinatal en casas de espera debido a malformaciones, pre término y asfixia | II | 4 | 7.1% de mortalidad perinatal entre 1985-90 |
| Smith J.B. <i>et al.</i> The Impact of Traditional Birth Attendant Training on Delivery Complications in Ghana. Health Policy and Planning 2000; 15(3): 326-331 | Ghana | Revisión | No es claro el beneficio del trabajo con parteras y su entrenamiento para resolver complicaciones | II | 4 | |
| Pang J.W.Y. <i>et al.</i> Outcomes of Planned Home Births in Washington. Obstetric and Gynecology 2002; 100(2): 253-59 | EE.UU. | Retrospectivo | El estudio observó que el uso de casas de espera no reduce riesgos maternos en complicaciones y muerte neonatal | III | 4 | RR 1.99 de muerte neonatal |
| Johnson K.C. <i>et al.</i> Outcomes of Planned Home Births with Certified professional Midwives: Large Prospective Study in North America. MBJ 2005; 330: 1416-23 | EE.UU. Canadá | Cohorte prospectivo | El trabajo con casas de espera y personal (parteras) con certificación, de manera planificada y con colaboración médica ayuda a disminuir los problemas de mortalidad materna y perinatal | II-1 | 2 | |

| Evidencia | Lugar | Tipo de estudio | Intervenciones/Resultados | Nivel Evidencia | Calidad Evidencia | Valor |
|---|------------|----------------------------|--|-----------------|-------------------|--|
| Janssen P.A. <i>et al.</i> Outcomes of Planned Home Births versus Planned Hospital Births after Regulation of Midwifery in British Columbia. <i>CMAJ</i> 2002; 166(3): 315-323 | Canadá | Descriptivo comparativo | No se incrementa el riesgo materno o neonatal al trabajar con casas de espera reguladas y planificadas | II-3 | 3 | |
| Margolis P.A. <i>et al.</i> From Concept to Application: The Impact of a Community-Wide Intervention to Improve the Delivery of Preventive services to Children. <i>Pediatrics</i> 2001; 108(42) | EE.UU. | Observacional | Altos niveles de participación en la mejora de los servicios de atención de parto, con intervención de las diversas organizaciones de la comunidad | II-3 | 3 | |
| Goodburn E.A. <i>et al.</i> Training traditional Birth Attendants in Clean Delivery Does not Prevent Postpartum Infection. <i>Health Policy and Planning</i> 2000; 15(4): 394-99 | Bangladesh | Descriptivo | El entrenamiento de parteras en prácticas de higiene ayudan en la prevención de la infección spot parto | II-3 | 3 | P<0.0001 |
| Perreira K.M. <i>et al.</i> Increasing Awareness of Danger Signs in pregnancy through Community – and Clinic – Based Education in Guatemala. <i>Maternal and Child Health Journal</i> 2002; 6(1): 19-28 | Guatemala | Descriptivo | Programas de salud materna mejoran de manera efectiva el conocimiento de los signos de alarma sobre la base de programas educacionales | II-3 | 3 | |
| O’Cathain A. <i>et al.</i> Use of Evidence Based Leaflets to Promote Informed Choice in Maternity Care: Randomised Controlled trial in Everyday Practice. <i>BMJ</i> 2002; 324: 643 | Gales | Ensayo clínico ramdomizado | La información (folletos) dada sobre maternidad a las gestantes no mejoró la promoción del servicio materno | II-1 | 2 | Satisfacción con la información OR= 1.40 |
| Stapleton H. <i>et al.</i> Qualitative Study of Evidence Based Leaflets in Maternity Care. <i>BMJ</i> 2002; 324: 639 | Gales | Observacional | La participación de los profesionales de salud, además, de la entrega de folletos como medida de promoción es efectiva | II-3 | 3 | |

ISBN: 978-9972-776-34-2



9 789972 776342

