



**USAID**  
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS  
UNIDOS DE AMÉRICA

PROYECTO DE  
MEJORAMIENTO DE  
LA ATENCIÓN EN SALUD

## INFORME DE INVESTIGACIÓN

---

# Expandiendo el aprendizaje en la mejora de la atención materno infantil de los centros de salud a los puestos de salud en San Marcos, Guatemala

---

MARZO 2012

---

Este estudio fue realizado por University Research Co., LLC (URC) para la revisión de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), con la autoría de la Licda. Elena Hurtado y la Dra. Lilian Ramírez de URC. El estudio fue realizado gracias al apoyo del pueblo americano a través del Proyecto de USAID de Mejoramiento de la Atención en Salud (HCI), el cual está gestionado por URC.



INFORME DE INVESTIGACIÓN

# Expandiendo el aprendizaje en la mejora de la atención materno-infantil de los centros de salud a los puestos de salud en San Marcos, Guatemala

MARZO 2012

Elena Hurtado, University Research Co., LLC  
Lilian Ramírez, University Research Co., LLC

**AVISO**

Las opiniones expresadas en la presente publicación no necesariamente reflejan el punto de vista o posición de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) ni del Gobierno de los Estados Unidos.

**Agradecimiento:**

En el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, las autoras agradecen al Ministro de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), al Viceministro Técnico, al Director del Área de Salud de San Marcos, Doctor Danilo Rodríguez, a los Directores Municipales de Salud, a las auxiliares de enfermería responsables de los puestos de salud y a todo el personal de los servicios participantes de San Marcos.

En el Proyecto de USAID de Mejoramiento de la Atención en Salud (HCI), se agradece al Doctor Rodrigo Bustamante, Director de HCI en Guatemala, y a los asistentes técnicos del proyecto.

Esta investigación contó con el apoyo financiero del pueblo americano a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y su Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud. El proyecto HCI está gestionado por University Research Co., LLC (URC) bajo los términos del Contrato Número GHN-I-03-07-00003-00. Los subcontratantes de URC para HCI incluyen EnCompass LLC, Family Health International, Health Research Inc., Initiatives Inc., Institute for Healthcare Improvement y Johns Hopkins University Center for Communication Programs. Para mayor información sobre las actividades del proyecto, favor de visitar [www.hciproject.org](http://www.hciproject.org) o escribir a [hci-info@urc-chs.com](mailto:hci-info@urc-chs.com).

**Cita recomendada:** Hurtado E, Ramírez L. 2012. Expandiendo el aprendizaje en la mejora de la atención materno infantil de los centros de salud a los puestos de salud en San Marcos, Guatemala. *Informe de Investigación*. Publicado por el Proyecto de USAID de Mejoramiento de la Atención en Salud. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC).

# TABLA DE CONTENIDOS

Lista de tablas y figuras.....	i
Abreviaturas.....	ii
RESUMEN EJECUTIVO.....	iii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. METODOLOGÍA.....	3
A. Diseño del estudio.....	3
B. Muestra.....	4
C. Recolección de datos.....	5
D. Revisión ética.....	5
E. Análisis de los datos.....	5
III. RESULTADOS.....	5
A. Descripción de la muestra.....	5
B. Exposición de la unidades de la fase de expansión a la metodología e intervenciones de la fase de demostración en San Marcos.....	6
C. Intervenciones del colaborativo de San Marcos que fueron replicadas por los puestos de salud de la fase de expansión.....	8
D. Implementación de nuevos cambios por los puestos de salud de la fase de expansión.....	11
E. Documentación.....	12
IV. CONCLUSIONES.....	17
V. RECOMENDACIONES.....	17

## Lista de tablas y figuras

Tabla 1: Variables e indicadores de interés en el estudio.....	3
Tabla 2: Cambios implementados por los centros de salud de la fase de demostración en San Marcos..	9
Tabla 3: Cambios implementados por los centros de salud de la fase de demostración y replicados en la fase de expansión por los puestos de salud en San Marcos.....	10
Tabla 4: Cambios replicados en la fase de expansión por puestos de salud en San Marcos por tipo de atención y totales.....	11
Tabla 5: Nuevos cambios implementados por puestos de salud de San Marcos en la fase de expansión por tipo de atención y totales.....	11
Tabla 6: Nuevos cambios implementados en la fase de expansión por puestos de salud de San Marcos para mejorar la atención prenatal por tipo de cambio.....	12
Tabla 7: Nuevos cambios implementados por puestos de salud en la fase de expansión de San Marcos para mejorar la atención posparto por tipo de cambio.....	14
Tabla 8: Nuevos cambios implementados por puestos de salud en la fase de expansión de San Marcos para mejorar la atención neonatal por tipo de cambio.....	15
Tabla 9: Nuevos cambios implementados por puestos de salud en la fase de expansión de San Marcos para mejorar las acciones preventivas en lactantes y niños pequeños por tipo de cambio.....	16
Tabla 10: Porcentaje de nuevos cambios implementados por puestos de salud en la fase de expansión de San Marcos para mejorar la atención maternal, neonatal y de niños pequeños por tipo de cambio.....	17

Figura 1: Organización de un Distrito de Salud.....	4
Figura 2: Cumplimiento con los criterios seleccionados de la norma de la atención prenatal con énfasis en criterios seleccionados de la norma. Comparación entre centros y puestos de salud de San Marcos, Guatemala, Mayo 2009-Abril 2010	7
Figura 3: Cumplimiento con los criterios seleccionados de la norma de la atención postparto. Comparación entre centros y puestos de salud de San Marcos, Mayo 2009-Abril 2010.....	7
Figura 4: Cumplimiento con los criterios seleccionados de la norma de la atención neonatal. Comparación entre centros y puestos de salud de San Marcos, Mayo 2009-Abril 2010.....	8
Figura 5: Cumplimiento con las acciones esenciales de nutrición en lactantes y niños. Comparación entre centros y puestos de salud de San Marcos, Mayo 2009-Abril 2010.....	8

## Abreviaturas

AE	Auxiliar de enfermería
CAIMI	Centro de Atención Integral Materno Infantil
CAP	Centro de Atención Permanente
COCODES	Consejo Comunitario de Desarrollo
COMUDES	Consejo Municipal de Desarrollo
EMCC	Equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad
HCI	Proyecto de USAID de Mejoramiento de la Atención en Salud ( <i>USAID Health Care Improvement Project</i> )
IEC	Información, educación y comunicación
ONG	Organización no gubernamental
PEVA	Planificar, Ejecutar, Verificar y Actuar
ProCONE	Promoción y Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales
PS	Puesto de salud
RENAP	Registro Nacional de las Personas
URC	University Research Co., LLC
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

# RESUMEN EJECUTIVO

## Introducción

La estrategia de Promoción y Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (ProCONE) en Guatemala tiene un componente de atención básica enfocado en la atención ambulatoria prenatal, del posparto y del recién nacido y la atención del parto normal con identificación, manejo inicial y referencia de complicaciones, llamado ProCONE Básico. La estrategia utiliza la metodología de mejoramiento colaborativo para mejorar la calidad de la atención materna neonatal en las unidades de salud.

Veinticinco unidades de salud (centros de salud, Centros de Atención Permanente y un Centro de Atención Integral Materno Infantil) del departamento de San Marcos en Guatemala participaron en una fase de demostración que se llevó a cabo de marzo de 2007 a septiembre de 2008. Una vez concluida la fase demostrativa, se llevó a cabo la consolidación de las experiencias y “mejores prácticas”. En San Marcos se continuó con una fase de expansión del colaborativo ProCONE Básico a 135 servicios de salud (79 puestos de salud y 56 unidades mínimas de salud) que corresponden al primer nivel de atención.

La expansión se enfocó en tres estándares de atención clínica ambulatoria -prenatal, postnatal y neonatal- incluyendo la consejería. Al mismo tiempo, se agregó un estándar e indicador de las acciones preventivas en los niños y niñas de 29 días hasta 24 meses de edad (monitoreo de crecimiento, consejería a la madre en lactancia materna y alimentación complementaria, micronutrientes y vacunación para el niño).

Las preguntas primarias de este estudio fueron: 1) ¿cómo fueron expuestos los puestos de salud de la fase de expansión a la metodología y las intervenciones de la fase de demostración en San Marcos y 2) ¿cuáles de las intervenciones resultantes de la fase demostrativa de San Marcos fueron adoptadas por los puestos de salud de la fase de expansión?

## Metodología

El estudio fue transversal, pero recogió datos de lo ocurrido durante todo el período de expansión a puestos de salud, de mayo de 2009 hasta mayo de 2011. Las variables de interés del estudio estaban relacionadas a las preguntas y trataron de establecer si las unidades conocieron, tuvieron y usaron los cambios (mejores prácticas) de los centros de salud de San Marcos, si los cambios implementados fueron iguales o similares a los de San Marcos, su frecuencia, otros cambios implementados y la documentación de los cambios.

En el estudio se incluyeron todos los puestos de salud de San Marcos. Se utilizaron datos existentes y datos nuevos. Los datos existentes salieron de la documentación de cambios implementados. Los nuevos datos se obtuvieron en dos talleres que se realizaron en junio de 2011, cada uno con aproximadamente 80 participantes de la mitad de los puestos de salud. En los talleres los participantes de puestos de salud revisaron sus matrices de planificación/documentación y consolidaron los cambios realizados.

La Dirección del Área de Salud de San Marcos consideró que la recolección de datos para este estudio formaba parte de los procesos rutinarios de mejoramiento de la calidad, por lo que no fue necesario someter el protocolo a una revisión ética.

La información cualitativa sobre el proceso de expansión del ProCONE Básico de centros de salud a puestos de salud fue registrada en forma narrativa y se analizó resumiendo las respuestas más frecuentes. Además, los datos de las matrices completadas por los puestos de salud se codificaron y tabularon para calcular los indicadores cuantitativos.

## Resultados

Se encontró que ninguno del personal representante de los puestos de salud conocía el documento desarrollado previamente de mejores prácticas de San Marcos: ninguna auxiliar de enfermería lo había visto, ni lo tenía, ni lo había utilizado. Según fue descrito por los Coordinadores de los Distritos de Salud (directores de los centros de salud) el proceso de exposición de los puestos de salud a la estrategia ProCONE, la metodología de mejoramiento colaborativo y las intervenciones de la fase de demostración no se basó en este documento sino se hizo, a través de reuniones y de forma verbal, de parte de los coordinadores o las enfermeras profesionales de los centros a las auxiliares de enfermería de los puestos. Las auxiliares de enfermería de los puestos de salud bajo la jurisdicción de cada centro de salud no constituyeron un equipo de mejoramiento continuo de la calidad aparte, sino entraron a formar parte de los equipos de los centros de salud.

En reuniones convocadas por la enfermera profesional de los centros de salud se proveyó a las auxiliares de enfermería de los puestos las explicaciones verbales sobre la estrategia ProCONE, el uso de fichas clínicas, la revisión de una muestra de esos expedientes y la medición mensual de los indicadores usando las hojas de monitoreo. Estas reuniones ocurrieron por propia iniciativa de la mayoría de centros de salud antes de que los puestos de salud fueran convocados a sesiones técnicas colaborativas formales. En las sesiones técnicas los puestos de salud aprendieron a presentar sus resultados en gráficas de serie de tiempo y definir las mejoras a implementar.

Del total de cambios implementados por los puestos de salud 13% (251) fueron réplicas de los cambios implementados por los centros de salud (idénticos o similares) y 87% (1699) fueron nuevos cambios.

La intervención replicada por más puestos de salud (52%) fue la capacitación en las normas, procedimientos y/o ficha clínica de la atención al lactante y niño pequeño porque este indicador se introdujo hasta en la fase de expansión, no en la de demostración. El segundo cambio replicado por más puestos de salud (48%) fue el de las visitas domiciliarias para aumentar la cobertura de puérperas. Es probable que las visitas domiciliarias también se hayan implementado en el caso de los neonatos porque ellos están en casa en alojamiento conjunto con su madre.

La mayoría de cambios nuevos implementados por los puestos de salud se relacionaron con contenidos de la atención y actividades de información, educación y comunicación. Las actividades de información, educación y comunicación también fueron importantes para aumentar la cobertura de la atención.

## Conclusiones y recomendaciones

La expansión de la estrategia ProCONE Básico de centros de salud a puestos de salud de San Marcos, se hizo informalmente y no con base en “paquetes de cambio” ya probados y documentados. Es recomendable que para futuras expansiones se haga un uso más deliberado de la documentación existente. Sin embargo, esta recomendación tendría que ser objeto de investigación para establecer si el uso de mayor documentación lleva a una mejor implementación de mejores prácticas y a la mejora en los indicadores.

La metodología empleada en la recolección de los datos - a través de talleres - no permitió tener una comprensión en profundidad del proceso de recepción y adaptación de las “mejores prácticas” y su integración a las actividades diarias de las unidades de salud. Se ha realizado un estudio de caso complementario para obtener una mejor comprensión de estos procesos.



## I. INTRODUCCIÓN

La estrategia de Promoción y Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (ProCONE) que se implementa en Guatemala tiene un componente de atención básica (ProCONE Básico) enfocado en la atención ambulatoria prenatal, del posparto y del recién nacido y la atención del parto normal, con detección temprana y referencia oportuna de las complicaciones. Se utilizó la metodología de mejoramiento colaborativo para mejorar la calidad de la atención materna neonatal en los centros de salud.

En la fase demostrativa (marzo 2007-septiembre 2008), las unidades de salud midieron indicadores seleccionados y compartieron los resultados con los demás centros participando en el colaborativo. Cada unidad inició acciones y cambios (conocidos también como intervenciones) en la organización de sus servicios para tratar de mejorar el cumplimiento con los estándares y la mejora se verificó a través de las mediciones de indicadores de calidad.

Una medida del éxito de las organizaciones es si los buenos resultados pueden propagarse a una escala amplia. En el contexto del mejoramiento de la calidad de la atención en salud, la expansión se puede definir como el conjunto de actividades que se lleva a cabo con el fin de propagar las mejores intervenciones del sitio o establecimiento de demostración a muchos más establecimientos que representan una porción mayor del sistema de salud y sirven a una población mayor para lograr resultados semejantes o mejores. Además, se trata de conseguir una reducción en el tiempo necesario para su implementación, ya que las intervenciones fueron previamente probadas y resultaron ser exitosas en los establecimientos de la fase de demostración.

Veinticinco servicios, entre ellos centros de salud, Centros de Atención Permanente (CAP) y un Centro de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI)<sup>1</sup> del departamento de San Marcos en Guatemala participaron en una fase de demostración que se llevó a cabo de marzo de 2007 a septiembre de 2008. Uno de los principales productos de la fase de demostración del ProCONE Básico de San Marcos fue el documento de “mejores prácticas”<sup>2</sup> (cambios o intervenciones) para mejorar el tipo de atención representada por cada uno de los indicadores. Las “mejores prácticas” se definieron como los cambios efectuados por los equipos de mejoramiento continuo de la calidad (EMCC) de los centros de salud de San Marcos que mejoraron el cumplimiento con los estándares, medidos a través de indicadores de esos procesos de atención. Según la metodología de aprendizaje colaborativo, las mejores prácticas de la fase demostrativa eran clave para que los EMCC de los servicios que participaran en la fase de expansión las adaptaran y adoptaran para lograr resultados iguales o mejores que en la fase demostrativa y en menos tiempo.

Por lo tanto, una vez concluida la fase demostrativa, se prosiguió (noviembre 2008 a junio 2010) con una fase de expansión de la estrategia del colaborativo ProCONE Básico a siete otras áreas de salud del país. En San Marcos, en 2009 también se continuó con una fase de expansión del colaborativo ProCONE Básico a 135 servicios de salud (79 puestos de salud y 56 unidades mínimas de salud)<sup>3</sup> que correspondían al primer nivel de atención, eran atendidos generalmente por auxiliares de enfermería (AE) y no

---

<sup>1</sup> En este informe nos referimos como “centros de salud” a la consulta externa del Centros de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI), los Centros de Atención Permanente (CAP) y los Centros de Salud de San Marcos que implementan el ProCONE Básico.

<sup>2</sup> Ver documento de mejores prácticas de San Marcos (posteriormente señalado como *Mejores prácticas de San Marcos*): “Intervenciones identificadas por los equipos de los distritos de salud que contribuyeron al mejoramiento de la calidad en salud materno-neonatal en el área de salud de San Marcos”. USAID| Calidad en Salud II, Noviembre 2008.

<sup>3</sup> En este informe nos referimos como “puestos de salud” (PS), tanto a los puestos de salud como a las unidades mínimas de salud.

proveían atención de partos. El objetivo de la fase de expansión a puestos de salud fue hacer llegar a todos los servicios de la red la metodología de mejoramiento de la calidad con enfoque colaborativo, las experiencias exitosas de la fase demostrativa y las lecciones aprendidas en la implementación de la mejora de la atención materna neonatal.

La expansión se enfocó en los tres estándares de atención clínica ambulatoria materno neonatal - prenatal, postnatal y neonatal- incluyendo la consejería. Al mismo tiempo, tanto en la expansión a otras áreas como en la expansión a los puestos de salud, se agregó un estándar e indicador de las acciones preventivas en los niños y niñas de un mes hasta 24 meses de edad (las cuales incluían monitoreo de crecimiento, consejería a la madre en lactancia materna y alimentación complementaria, micronutrientes y vacunación para el niño).

Durante los 18 meses de duración de la fase de expansión se llevaron a cabo seis sesiones de aprendizaje con los puestos de salud de San Marcos, con una periodicidad de dos a tres meses. Sin embargo, las sesiones de aprendizaje han continuado hasta septiembre de 2011 apoyadas financieramente por el Proyecto de USAID de Mejoramiento de la Atención en Salud (HCI). Para las sesiones de aprendizaje, el personal de los puestos de salud se integraba al equipo de mejora de su respectivo centro de salud. Una asistente técnica del proyecto apoyó en esta expansión, acompañada por el equipo técnico del área de salud, con quienes realizó visitas de tutoría y supervisión a diferentes puestos de salud durante 2009.

Este estudio pretendió valorar cualitativamente y cuantitativamente la experiencia de la propagación de las intervenciones del colaborativo ProCONE Básico de la fase demostrativa en centros de salud a la fase de expansión a puestos de salud y unidades mínimas de salud en San Marcos. Por medio del estudio se trató de describir cómo fue el proceso de expansión de la metodología y las intervenciones de los EMCC de centros de salud a los puestos de salud. Asimismo, se intentó identificar las intervenciones comunes a las de la fase de demostración que implementaron los puestos de salud y otras nuevas intervenciones -diferentes a las de la fase de demostración- que desarrollaron. También se obtuvo información sobre los mecanismos de documentación de las intervenciones implementadas que utilizaron los puestos de salud de la expansión.

El objetivo general del estudio fue evaluar la implementación del conjunto o “paquete” de cambios de la estrategia ProCONE Básico resultante de la fase de demostración en centros de salud de San Marcos, en la fase de expansión a puestos de salud en el mismo departamento.

Las preguntas primarias de este estudio fueron: 1) ¿cómo fueron expuestos los puestos de salud de la fase de expansión a la metodología y el “paquete de cambios” resultante de la fase de demostración en San Marcos? y 2) ¿cuáles de los cambios o intervenciones resultantes de la fase demostrativa de San Marcos fueron adoptadas por los puestos de salud de la fase de expansión?

Las preguntas secundarias para evaluar la exposición de los puestos de salud de la fase de expansión a la metodología y las intervenciones de la fase de demostración en San Marcos fueron:

- ¿Cómo fueron expuestos los puestos de salud a la metodología del colaborativo ProCONE Básico?
- ¿Cómo fueron expuestos los puestos de salud a las “mejores prácticas” (cambios o intervenciones) del colaborativo ProCONE Básico?
- ¿Se utilizó el documento de *Mejores prácticas de San Marcos*?

Las preguntas secundarias del estudio para evaluar la adopción de las intervenciones resultantes del colaborativo de San Marcos por los puestos de salud de la fase de expansión fueron:

- ¿Qué cambios o intervenciones implementadas por los centros de salud de San Marcos fueron luego replicadas por los puestos de salud de la fase de expansión?

- ¿Cuáles cambios o intervenciones fueron implementadas más frecuentemente por los puestos de salud de la fase de expansión? ¿Se observaron diferencias considerando el tipo de atención prestada? ¿Se observaron diferencias considerando el nuevo estándar e indicador de acciones preventivas en lactantes y niños pequeños?
- ¿Hubo nuevas intervenciones que los puestos de salud de la fase de expansión implementaron?
- ¿Cómo documentaron los puestos de salud de la fase de expansión los cambios implementados?

## II. METODOLOGÍA

### A. Diseño del estudio

El estudio era transversal, pero recogió datos de lo ocurrido durante todo el período de expansión a puestos de salud, desde el 2009 hasta 2011. Debido a la gran cantidad de puestos de salud y unidades mínimas participantes (n=135), los datos se obtuvieron en las sesiones de aprendizaje que normalmente eran ejecutadas como parte de la metodología de mejoramiento colaborativo. Específicamente, los datos se recogieron en dos sesiones de aprendizaje que se realizaron en junio 2011, cada una con aproximadamente 80 participantes de la mitad de los puestos de salud.

Las variables de interés en el estudio se presentan en la Tabla 1.

**Tabla 1: Variables e indicadores de interés en el estudio**

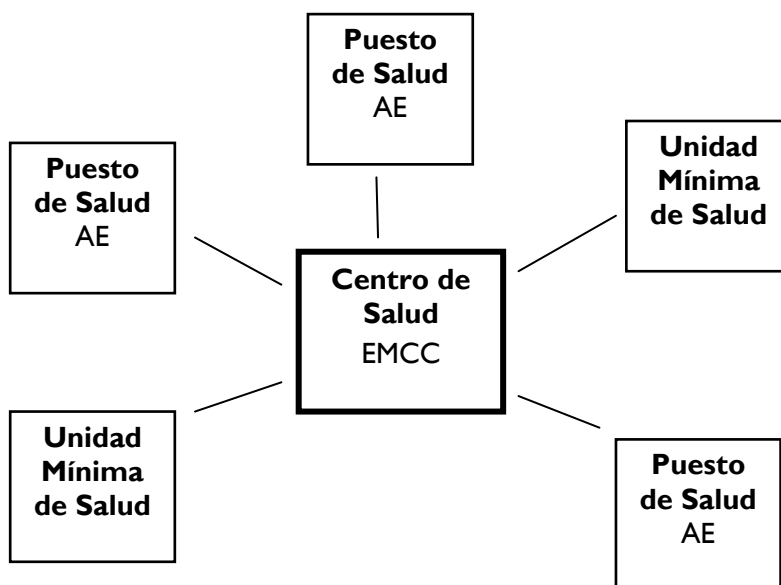
Objetivo	Variables	Indicadores	Numerador	Denominador	Observación
Objetivo I	Exposición de las unidades de la fase de expansión a la metodología e intervenciones de la fase de demostración en San Marcos. - Conocieron - Tuvieron - Hubieron usado documento de mejores intervenciones	-% de puestos de salud que conocieron (hubieron visto y/o tuvieron) el documento de mejores prácticas de San Marcos  -% de puestos de salud que hubieron usado el documento de mejores prácticas de San Marcos  -Medios por los que los puestos de salud se enteraron de las ideas de cambio	- Número de puestos de salud que conocieron el documento de mejores prácticas de San Marcos  - Número de puestos de salud que hubieron usado el documento de mejores prácticas de San Marcos  -Número de puestos de salud que aprendieron de cada medio usado	-Número total de puestos de salud (n=135)	Consolidado por área
	2.1 Cambios replicados	- % de puestos de salud que replicaron cada cambio de centros de salud  -Número promedio de cambios	- Número de puestos de salud que replicaron cada cambio de los centros de salud  -Número de cambios	-Número total de puestos de salud que replicaron cada cambio  -Número total de puestos de salud	Tanto como sea posible, desagregarlos por tipo de atención (prenatal, postparto, neonatal, niñez)

Objetivo	VARIABLES	Indicadores	Numerador	Denominador	Observación
Objetivo 2		replicados por los puestos de salud	replicaron		
	2.2 Nuevos cambios implementados	- % de puestos de salud que implementaron nuevos cambios -Número promedio de nuevos cambios que fueron implementados por los puestos de salud	-Número de puestos de salud que implementaron nuevos cambios -Número de nuevos cambios	-Número total de puestos de salud  -Número total de puestos de salud	Tanto como sea posible, desagregarlos por tipo de atención (prenatal, postparto, neonatal, niñez)
	2.3 Documentación de cambios por los puestos de salud	-Medios por los cuales los puestos de salud hubieron documentado sus cambios	-Número de puestos de salud que tuvieron documentación (cada tipo de documentación)		

## B. Muestra

Todos los centros de salud con sus respectivos puestos de salud y unidades mínimas (135 en total) de San Marcos entraron en el estudio. En San Marcos cada centro de salud tenía bajo su cargo en promedio 3 puestos de salud y 2 unidades mínimas atendidos por AE. En la Figura 1 se presenta la organización de los centros y puestos de salud en un distrito de salud hipotético. No se tomaron en cuenta las siete organizaciones no gubernamentales (ONG) que prestan servicios de salud en 12 de los 25 Distritos de Salud.

Figura 1: Organización de un Distrito de Salud



## C. Recolección de datos

Se utilizaron dos tipos de información: datos ya disponibles y nuevos datos. Los datos disponibles de los cambios implementados por los centros de salud de San Marcos fueron los del documento de “mejores prácticas” de San Marcos y los que se presentaron en un estudio anterior<sup>4</sup>. También se disponía de los datos recopilados en las sesiones de aprendizaje anteriores<sup>5</sup>.

Además, se recolectaron nuevos datos. Se aprovechó las reuniones que los coordinadores de los distritos (centros de salud) tienen en el área de salud para obtener información sobre el proceso de expansión del ProCONE Básico de los centros de salud a los puestos de salud. Asimismo, en dos sesiones técnicas rutinarias de puestos de salud (junio 2011) se solicitó al personal de los puestos llevar sus matrices de planificación/documentación de cambios y consolidar -en matrices específicas proporcionadas para ese propósito- los datos sobre las intervenciones más efectivas (que cambiaron implementadas).

A pesar de haber invitado a participar a todos los puestos de salud, solamente 102 entregaron información sobre los cambios implementados. Es posible que los demás no hayan tenido documentados (por escrito) sus cambios y por ello no los pudieron consolidar en las matrices proporcionadas. Por otro lado, no fue posible hacer entrevistas individuales para recolectar esa información en forma verbal.

Una limitante de la forma en que se recolectaron estos datos es que no permite tener una comprensión en profundidad del proceso de recepción, adaptación e integración de las “mejores prácticas” a las actividades cotidianas de las unidades de salud. Sin embargo, un estudio de caso complementario se ha hecho en un distrito de San Marcos para examinar más de cerca el proceso de expansión.

## D. Revisión ética

Debido a que el Director del Área de Salud de San Marcos consideró que la recolección de datos para este estudio formaba parte de los procesos que se llevan a cabo normalmente como parte del Colaborativo ProCONE, no fue necesario someter el protocolo del estudio a una revisión ética. Sin embargo, el protocolo fue revisado por el equipo técnico del Área de Salud y se obtuvo una carta de autorización para realizarlo por parte del Director.

## E. Análisis de los datos

La información cualitativa sobre el proceso de expansión del ProCONE Básico de centros de salud a puestos de salud fue registrada en forma narrativa y las respuestas más frecuentes se tabularon. Además, cada uno de los cambios registrados en las matrices de planificación/ documentación que los participantes de los puestos consolidaron en los talleres fueron codificadas, de acuerdo a códigos previamente utilizados (Hurtado y colaboradores, 2011). Estos datos fueron tabulados para calcular los indicadores descritos en el cuadro arriba.

# III. RESULTADOS

## A. Descripción de la muestra

El estudio pretendió abarcar a todos los puestos de salud y unidades mínimas de salud (n=135) de San Marcos. Sin embargo, se obtuvo información de 102 puestos de salud y unidades mínimas de salud, 75% del total.

---

<sup>4</sup> Ver Hurtado E, Insua M y Franco LM. 2011. Como se replicaron los cambios de mejoramiento de la calidad: Estudio de la diseminación de las mejores prácticas en la atención materno neonatal en Guatemala. Publicado por el Proyecto de USAID de Mejoramiento de la Atención en Salud (HCI). Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC). Disponible en: <http://www.hciproject.org/node/3520>.

<sup>5</sup> Lilian Ramirez, documentación de la expansión de ProCONE Básico a puestos de salud de San Marcos, 2010.

## **B. Exposición de las unidades de la fase de expansión a la metodología e intervenciones de la fase de demostración en San Marcos**

Se encontró que 0% del personal representante de los puestos de salud reportaron que conocían el documento que presenta los cambios en la atención prenatal implementados por los centros de salud y que idealmente formarían el “paquete de cambios” de la expansión. Ninguna auxiliar de enfermería lo había visto, ni lo tenía, ni lo había utilizado.

Según fue descrito por los Coordinadores de los Distritos de Salud (directores de centros de salud) el proceso de exposición de los puestos de salud a la estrategia ProCONE, la metodología de aprendizaje colaborativo y las intervenciones de la fase de demostración no se basó en este documento. La expansión ocurrió, más bien, a través de reuniones y de forma verbal, de parte de los Coordinadores o las enfermeras profesionales de los centros a las auxiliares de enfermería de los puestos de salud. En estas reuniones rutinarias los centros de salud informalmente comenzaron a compartir su aprendizaje con los puestos de salud en su área de cobertura.

Cabe mencionar que en el medio de salud pública guatemalteco esta es la manera en que se transmiten la mayoría de conocimientos dentro de los servicios. Los documentos escritos se utilizan poco porque no hay costumbre de parte del personal de leer. Por ejemplo, aunque el personal llena formularios del sistema de información es difícil encontrar instructivos escritos de cada instrumento y, más difícil aún, que el personal los conozca y haya leído.

Más aún, como los puestos de salud generalmente sólo son atendidos por una AE, no se les pidió formar su propio EMCC. Más bien, los EMCC (generalmente coordinados por la enfermera profesional) de los centros de salud convocaron a las auxiliares de enfermería de los puestos de salud bajo su jurisdicción cada 2 o 3 meses durante los 18 meses que duró la fase de expansión y, de esta manera, las AE entraron a formar parte de los EMCC de los centros.

En las reuniones se proveyó a los equipos de explicaciones sobre la estrategia ProCONE y asistencia técnica en la medición de los indicadores, así como en la aplicación de la normativa clínica del ProCONE Básico. Estas reuniones ocurrieron por propia iniciativa de la mayoría de centros de salud antes de que los puestos de salud fueran convocados a sesiones técnicas formales.

Los coordinadores mencionaron que una razón por la cual la expansión comenzó antes de que se iniciaran formalmente con las sesiones de aprendizaje fue la implementación en el 2008 del ProCONE Comunitario. El ProCONE Comunitario requirió que los puestos de salud entraran a coordinar más y trabajar junto con los centros de salud en la mejora de la promoción de los servicios (especialmente la atención posparto y del recién nacido) y de esa manera los puestos aprendieron sobre el ProCONE Básico que se estaba implementando en los centros de salud.

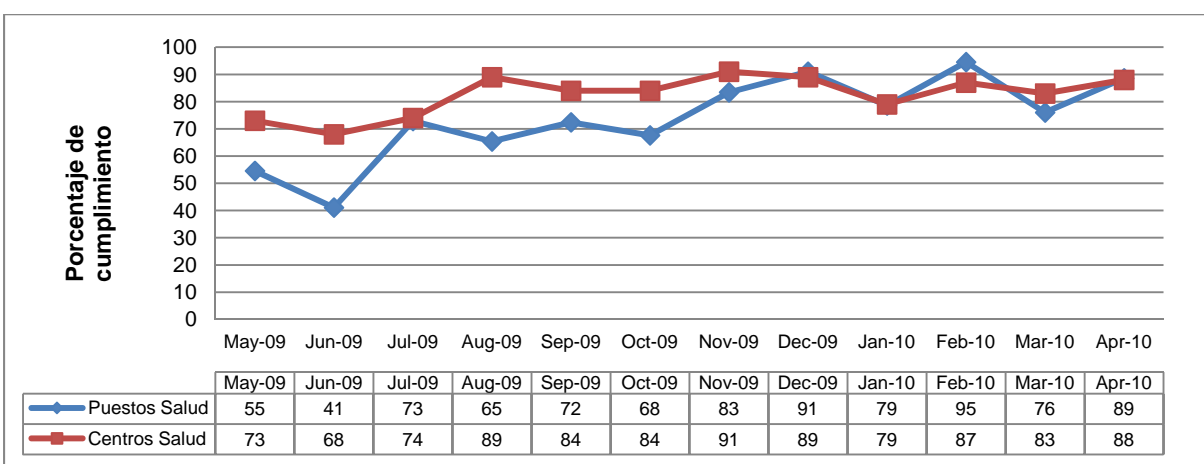
Se llevaron a cabo seis sesiones formales con puestos de salud, aunque estas continuaron hasta septiembre 2011. El contenido de las mismas incluyó los procesos de atención a mejorar, los estándares de atención clínica, los instrumentos para el registro (fichas clínicas) y para el monitoreo (hojas de monitoreo), la medición de los indicadores, la identificación de brechas en la mejora de calidad y el desarrollo de ciclos de mejora rápida para implementar soluciones: Planificar, Ejecutar, Verificar y Actuar (PEVA). En las sesiones de aprendizaje los puestos de salud también aprendieron a presentar sus indicadores en gráficas de series en el tiempo, identificar debilidades y planificar las mejoras a implementar.

Estas sesiones sirvieron para que los equipos de los centros de salud pudieran compartir sus experiencias con los puestos e influyeran en el tipo de mejoras a implementar, pero no les proporcionaron algún documento técnico. Por su lado, los puestos aprendieron unos de otros sobre los cambios que implementaron y resultaron exitosos así como la identificación de brechas en las mediciones de la calidad de atención.

Entre las sesiones de aprendizaje la asistente técnica del proyecto y co-autora de este informe ayudaba a los equipos en la implementación de cambios y transmitía experiencias de los otros equipos junto con personal técnico del área de salud.

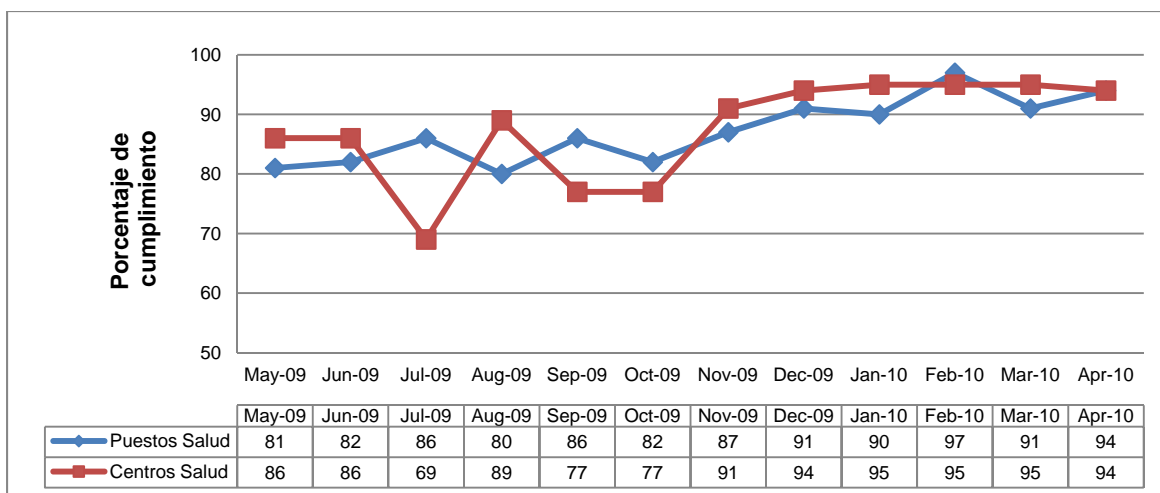
Tanto los centros de salud (en 2007) como los puestos de salud (en 2009) iniciaron su medición de la atención prenatal en 55%, aunque se esperaba que los puestos de salud hubieran comenzado en un nivel más bajo. Para los directores de centros de salud esto se debió a que la expansión de centros a puestos comenzó informalmente antes de las sesiones de aprendizaje. En la Figura 2 se muestra que para mayo de 2009, un año después de terminada la fase demostrativa, los centros de salud de San Marcos presentaban un porcentaje de cumplimiento en la atención prenatal de 73%. Tres meses después los puestos de salud alcanzaron ese porcentaje y continuaron subiendo de forma similar hasta abril 2010.

**Figura 2: Cumplimiento con los criterios seleccionados de la norma de la atención prenatal con énfasis en criterios seleccionados de la norma. Comparación entre centros y puestos de salud de San Marcos, Guatemala, Mayo 2009-Abril 2010**

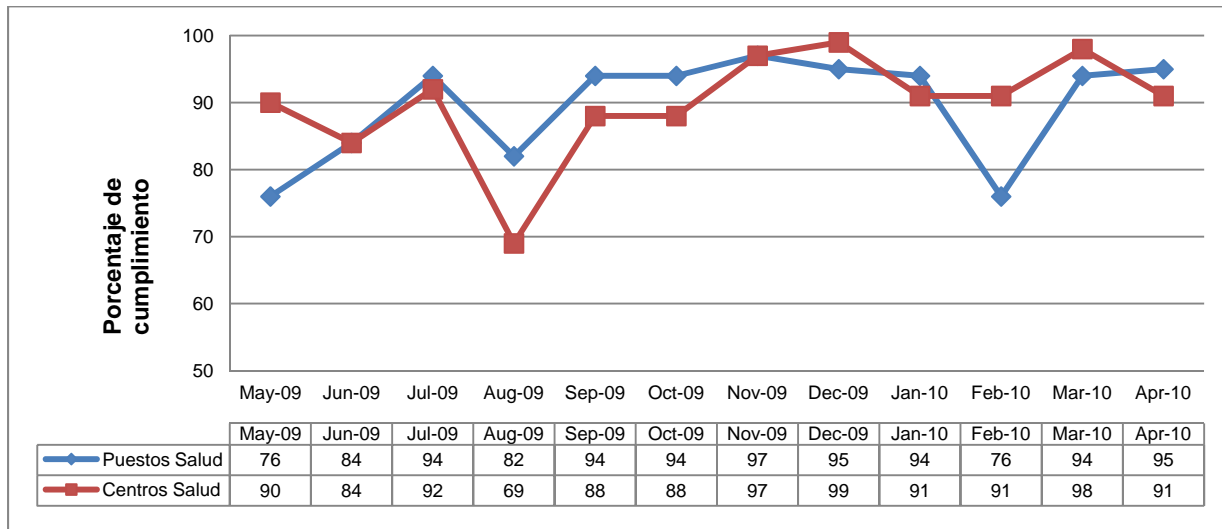


Las Figuras 3 y 4 presentan la misma situación, aún más acentuada. Los porcentajes de inicio de la fase demostrativa en centros de salud —que no se ven en las gráficas— fueron 65% en la atención posparto y 58% en la atención neonatal. Un año después, cuando comenzó la expansión a puestos de salud, había muy poca diferencia entre el porcentaje de cumplimiento en la atención posparto y había solo 16 puntos porcentuales de diferencia entre centros y puestos de salud en la atención neonatal.

**Figura 3: Cumplimiento con los criterios seleccionados de la norma de la atención posparto. Comparación entre centros y puestos de salud de San Marcos, Mayo 2009-Abril 2010**

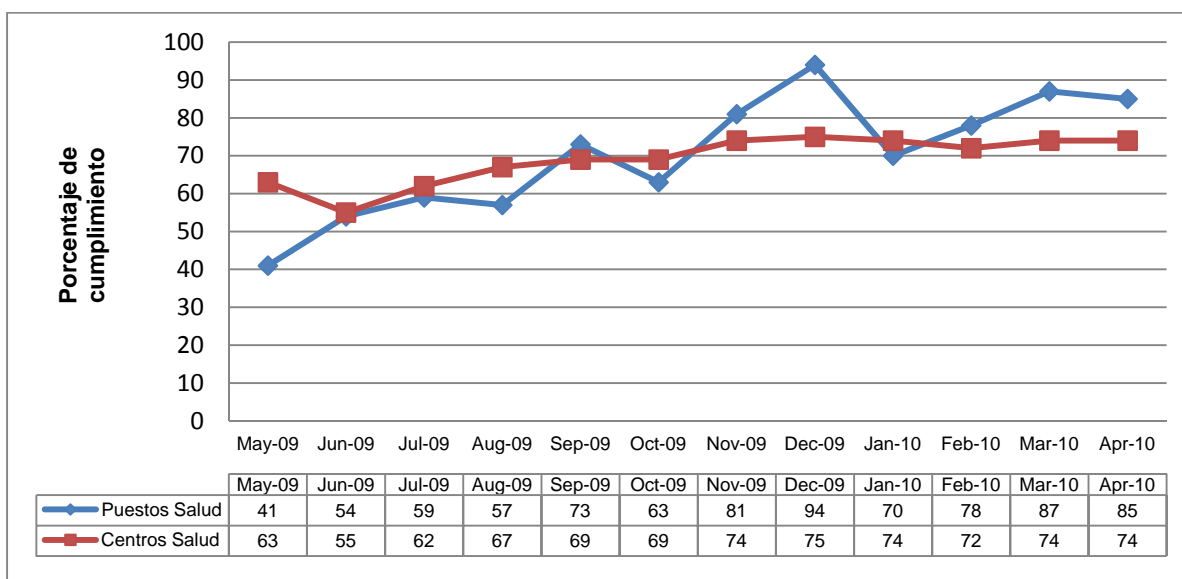


**Figura 4: Cumplimiento con los criterios seleccionados de la norma de la atención neonatal. Comparación entre centros y puestos de salud de San Marcos, Mayo 2009-Abril 2010**



Solamente en la Figura 5 con el indicador de acciones preventivas en lactantes y niños pequeños había una diferencia de 22 puntos porcentuales entre el porcentaje de cumplimiento de centros y puestos de salud, a favor de los centros, posiblemente debido a que este indicador se midió por primera vez en las dos categorías de servicios a partir de 2009.

**Figura 5: Cumplimiento con las acciones esenciales de nutrición en lactantes y niños. Comparación entre centros y puestos de salud de San Marcos, Mayo 2009-Abril 2010**



### C. Intervenciones del colaborativo de San Marcos que fueron replicadas por los puestos de salud de la fase de expansión

Un componente fundamental en el proceso de mejora de la calidad es que los equipos documenten los cambios o intervenciones realizadas. De este modo pueden evaluar la eficacia de los cambios implementados a través de los ciclos rápidos (PEVA) y proponer nuevos cambios en función de los resultados.



En el documento de mejores prácticas de San Marcos, se documentaron cinco intervenciones exitosas en la atención prenatal ambulatoria: 1) implementación por todo el personal del expediente o ficha clínica prenatal, 2) capacitación del personal para el cumplimiento de las normas, incluyendo la suplementación con micronutrientes, 3) gestión para el adecuado abastecimiento de micronutrientes, 4) dotación de esfigmomanómetros para la toma de presión arterial y 5) gestión para la disponibilidad de servicios de laboratorio clínico.

En el documento citado no aparecen “mejores prácticas” o intervenciones en la atención posparto y neonatal ambulatorias, aunque sí las hubo. De hecho, en el estudio anterior (Hurtado y colaboradores, 2011), de 29 servicios de salud de San Marcos, 15 (51.7%) tenían algún tipo de documentación escrita, nueve (31%) hicieron un reporte oral de las mismas y solamente cinco (17.2%) no pudieron presentar información sobre sus intervenciones en estos procesos de atención. De este estudio se pudieron obtener las “mejores prácticas” en las áreas de atención posparto, neonato y lactante y niñez que se presentan en la Tabla 2.

**Tabla 2: Cambios implementados por los centros de salud de la fase de demostración en San Marcos**

<b>Atención</b>	<b>Cambios implementados en San Marcos</b>
Prenatal	• Dotación de esfigmomanómetros
	• Capacitación del personal para el cumplimiento de las normas, incluyendo micronutrientes
	• Gestión para el adecuado abastecimiento de micronutrientes para embarazadas (hierro y ácido fólico)
	• Implementación por todo el personal de la ficha clínica de atención prenatal (expediente clínico)
	• Gestión para la disponibilidad de servicios de laboratorio clínico (ej. Reactivos e insumos como las tiras de orina)
Posparto	• Visitas domiciliarias para aumentar la cobertura de puérperas
	• Coordinación con Puestos de Salud y el ProCONE Comunitario para hacer promoción y aumentar coberturas
	• Uso de otros medios de promoción en las comunidades para aumentar la cobertura
Neonatal	• Capacitación al personal existente y especialmente al personal de nuevo ingreso en normas, ficha clínica, estándares, indicadores, monitoreo
	• Visitas domiciliarias para aumentar la cobertura de neonatos
	• Gestión con el RENAP (Registro Nacional de las Personas) para que exijan carnet de vacunación del niño/a
	• Uso de otros medios de promoción en las comunidades para aumentar la cobertura
Acciones preventivas al niño/a 1-24 meses	• Capacitación al personal en las normas y procedimientos de atención del lactante y niñez, con énfasis en acciones preventivas
	• Estandarización en el uso de la ficha clínica del lactante y niñez

En la mejora de la atención posparto y neonatal los esfuerzos de los centros de salud incluyeron cambios para aumentar la cobertura de los servicios. Por razones culturales y prácticas, las madres posparto y los recién nacidos no asisten a los servicios tempranamente después del parto/nacimiento. Entonces, era difícil para los servicios contar con suficientes fichas clínicas para hacer el monitoreo de la

calidad y, aún si lo hacen, el mismo se basó en unas pocas consultas. Las intervenciones efectivas fueron comunes: la visita domiciliaria y la promoción de los servicios de salud.

El estándar e indicador de acciones preventivas al niño/a de 1 a 24 meses fue incluido solamente en la etapa de expansión. No es de extrañarse que los cambios documentados en los centros de salud fueran los más básicos (capacitación y estandarización en los procesos), los cuales usualmente ocurren al principio de un proceso de mejoramiento de la atención.

Se obtuvo información sobre cambios implementados de 102 de los 135 puestos de salud participantes (75.5%), que era un porcentaje poco menor que lo reportado en el primer estudio en que 24 de 29 (82.7%) tenían alguna documentación sobre cambios (ver Hurtado y col. 2011). En la Tabla 3 se muestran los cambios implementados por los centros de salud de San Marcos que fueron replicados por los puestos de salud.

**Tabla 3: Cambios implementados por los centros de salud de la fase de demostración y replicados en la fase de expansión por los puestos de salud en San Marcos**

<b>Atención</b>	<b>Cambios implementados en San Marcos en la fase demostrativa</b>	<b>Número de cambios replicados</b>	<b>% de puestos de salud replicaron (n=102)</b>
Prenatal	• Gestión para la dotación de esfigmomanómetros	3	3%
	• Capacitación del personal en las normas, procedimientos y/o fichas clínicas	26	26%
	• Gestión para el adecuado abastecimiento de micronutrientes	6	6%
	• Implementación por todo el personal del expediente clínico prenatal	20	20%
	• Gestión para la disponibilidad de servicios de laboratorio clínico, insumos	1	1%
Posparto	• Visitas domiciliarias para aumentar la cobertura de púerperas	48	48%
	• Coordinación con ProCONE Comunitario	0	0%
	• Promoción en las comunidades para aumentar la cobertura posparto	23	23%
Neonatal	• Capacitación al personal en normas, procedimientos y/o ficha clínica	20	20%
	• Visitas domiciliarias para aumentar la cobertura de neonatos	32	32%
	• Gestión con el RENAP para que exijan carnet del niño/a	0	0%
	• Promoción en las comunidades para aumentar la cobertura neonatos	0	0%
Acciones preventivas al niño/a 1-24 meses	• Capacitación al personal en las normas, procedimientos y/o fichas de atención del niño/a	52	52%
	• Estandarización en el uso de la ficha clínica del lactante y niñez	20	20%

La intervención replicada por más puestos (52%) fue la capacitación en las normas, procedimientos y/o ficha clínica de la atención al lactante y niño pequeño. Al igual que en los centros de salud, la capacitación fue una de las primeras intervenciones que se hicieron y este indicador se introdujo hasta en la fase de expansión, no en la de demostración.

El segundo cambio más replicado por los puestos de salud (48%) fue el de las visitas domiciliarias para aumentar la cobertura de púerperas. Es probable que, aunque no se mencionó tan frecuentemente (32% de los puestos las mencionaron), las visitas domiciliarias también se hayan implementado en el caso de los neonatos ya que al mismo tiempo que se visita a la púerpera se puede examinar y vacunar al neonato. En muchos casos el personal de salud llevaba la ficha clínica a las visitas domiciliarias a púerperas y neonatos para contar con expedientes clínicos de donde monitorear la calidad.

La Tabla 4 muestra el número total de puestos de salud que replicaron cambios en cada tipo de atención. Más puestos de salud replicaron cambios en la atención del posparto y neonatal que de atención prenatal y atención a la niñez; sin embargo, el promedio de cambios replicados por cada puesto que hizo cambios fue mayor en las acciones preventivas a la niñez que en los otros tipos de atención.

**Tabla 4: Cambios replicados en la fase de expansión por puestos de salud en San Marcos por tipo de atención y totales**

Tipo de atención	Número de cambios replicados	Número de puestos de salud que replicaron cambio	Porcentaje de puestos de salud que replicaron cambios (n=102)	Promedio de cambios replicados por puestos de salud en cada tipo de atención
Prenatal	56	21	21%	2.7
Posparto	71	48	48%	1.5
Neonatal	52	44	44%	1.2
Acciones preventivas a niño/a 1-24 meses	72	18	18%	4.0
TOTAL	251			

#### D. Implementación de nuevos cambios por los puestos de salud de la fase de expansión

Los puestos de salud también documentaron cambios que, por no ser provenientes del documento de mejores prácticas o de la documentación anterior sobre centros de salud (Hurtado y col. 2011), se consideraron como “nuevos cambios”. En la Tabla 5 se presentan el total de nuevos cambios implementados por tipo de atención, el número de puestos de salud que los implementaron y el promedio de cambios por cada puesto.

**Tabla 5: Nuevos cambios implementados por puestos de salud de San Marcos en la fase de expansión por tipo de atención y totales**

Tipo de atención	Número de nuevos cambios implementados	Número de puestos de salud que implementaron nuevos cambios por tipo de atención	Promedio de nuevos cambios implementados por puestos de salud en cada tipo de atención
Prenatal	537	91	5.9
Posparto	430	102	4.2
Neonatal	373	101	3.7
Acciones esenciales de nutrición	359	101	3.6
TOTAL	1699		

La mayoría de nuevos cambios se implementaron en la atención prenatal, seguida por la atención posparto, la atención neonatal y la atención a la niñez. En ese mismo orden aparecen el promedio de cambios implementados por cada puesto de salud en cada tipo de atención.

De las dos tablas anteriores se puede ver que el total de cambios implementados por los puestos fue de 1950. De estos, 13% (251) fueron réplicas de los cambios implementados por los centros de salud (idénticos o similares) y 87% (1699) fueron nuevos cambios. La mayoría de los servicios habían documentado nuevos cambios implementados.

En las Tablas 6, 7, 8 y 9, se presentan los nuevos cambios implementados por tipo de atención prenatal, posparto, neonatal y del lactante y niñez, respectivamente, desglosados según las categorías de intervención y códigos que fueron definidas desde el estudio anterior (Hurtado y col. 2011): recursos humanos; insumos; contenido de la atención; información, educación y comunicación (IEC); organización; infraestructura; y materiales de IEC. Debajo de cada categoría de intervenciones se presentan los ejemplos de los cambios documentados.

En la atención prenatal los cambios más prevalentes fueron los de contenidos de la atención (53%) y actividades de IEC (33%). En estos cambios destacan actividades comunitarias como el mapeo de las embarazadas, las visitas domiciliarias a embarazadas de alto riesgo y la organización de los grupos de embarazadas. (Ver Tabla 6.)

En la atención posparto los cambios más frecuentes se relacionaron a contenidos de la atención (54%) y actividades de IEC (30%). (Ver Tabla 7.)

En los nuevos cambios implementados para mejorar la atención neonatal fueron más frecuentes los relacionados con contenidos de la atención (51%) y los de IEC (31%). (Ver Tabla 8.)

Por último, en los cambios para mejorar las acciones preventivas al lactante y niño el porcentaje fue más alto en IEC (44%), seguida por contenidos de la atención (29%) donde también se presenta la visita domiciliaria. La socialización de la estrategia al personal (incluido entre recursos humanos con 20%) fue un cambio que aparece más frecuentemente en este tipo de atención que en otros, como podría esperarse tratándose de un nuevo proceso de atención e indicador. (Ver Tabla 9.)

En la Tabla 10 se resume la información presentada en las Tablas 6 a 9 en que puede apreciarse que la mayoría de cambios nuevos se relacionaron con contenidos de la atención y actividades de IEC.

## **E. Documentación**

En el caso de los puestos de salud la información sobre sus intervenciones se obtuvo de las matrices de planificación que han llenado en las sesiones técnicas. En dos sesiones de junio de 2011, donde asistieron representantes de la mitad de los puestos en cada una, se les solicitó que llevaran la documentación disponible. Como parte de las actividades de las sesiones se pidió a los puestos que consolidaran sus mejores intervenciones (las que habían sido efectivas en lograr mejoras en los indicadores) en una sola matriz que se proveyó para ese propósito. Aún haciendo este ejercicio dirigido, solamente 102 (75%) de 135 unidades presentaron la documentación final. No se pudo llevar a cabo entrevistas para obtener información de aquellos puestos de salud que no tenían información escrita. Las matrices resumen obtenidas fueron codificadas y tabuladas para los análisis.

**Tabla 6: Nuevos cambios implementados en la fase de expansión por puestos de salud de San Marcos para mejorar la atención prenatal por tipo de cambio**

<b>Tipo de cambio</b>	<b>Número de nuevos cambios documentados por tipo de cambio/ Total de cambios documentados</b>	<b>%</b>
Recursos humanos	53/537	10%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Socialización de ProCONE</li> <li>• Capacitación a personal de salud comunitario (comadronas y promotores)</li> <li>• Visita de intercambio de experiencias a otros servicios de salud</li> <li>• Supervisión y monitoreo de la atención prenatal</li> <li>• Evaluaciones al personal institucional sobre conocimientos</li> <li>• Reunión y discusión mensual de ProCONE con centros de sal.</li> <li>• Gestión de personal nuevo, bilingüe</li> </ul>		
Insumos	25/537	5%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fotocopias de protocolos de atención, materiales y otras</li> <li>• Gestión para el abastecimiento de fichas clínicas, hojas de monitoreo</li> </ul>		
Contenidos de la atención	253/537	47%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consejería prenatal</li> <li>• Implementación de ficha clínica de atención y demás instrumentos</li> <li>• Visitas domiciliarias a embarazadas de alto riesgo y referencia oportuna</li> <li>• Mapeo para ubicación de embarazadas</li> <li>• Supervisión de comadronas</li> </ul>		
Información, Educación y Comunicación	158/537	29%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupos de embarazadas para actividades de IEC</li> <li>• Ferias de la salud con actividades de IEC</li> <li>• Radio comunitaria y locales para enviar mensajes de salud</li> <li>• Promoción de servicios para aumentar la cobertura de embarazadas, Reunión con líderes comunitarios, alcaldías, etc.</li> <li>• Capacitación de comadronas tradicionales para referencias</li> </ul>		
Organización	24/537	4%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Archivos para el ordenamiento adecuado de fichas clínicas</li> <li>• Reorganización del servicio y asignación de responsabilidades</li> <li>• Institucionalización de ciclos PEVA</li> <li>• Comité de mejora de la calidad y/u otros comités formados</li> <li>• Producción mensual de ProCONE entregada en la fecha indicada</li> </ul>		
Infraestructura	22/537	4%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejoras en la infraestructura del servicio</li> </ul>		
Materiales	2/537	0%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carteles de recordatorio de indicadores, criterios de atención prenatal</li> </ul>		

**Tabla 7: Nuevos cambios implementados por puestos de salud en la fase de expansión de San Marcos para mejorar la atención posparto por tipo de cambio**

Tipo de cambio	Número de nuevos cambios documentados por tipo de cambio / Total de cambios documentados	%
Recursos humanos	47/430	11%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Socialización de la estrategia ProCONE</li> <li>• Estandarización en el uso de expediente/ ficha clínicas posparto</li> <li>• Capacitación a personal institucional sobre normas posparto</li> <li>• Capacitación a personal de salud comunitarios (comadronas y promotores) Visita de intercambio de experiencias a servicios de salud de otras áreas</li> <li>• Supervisión y monitoreo de la atención posparto</li> <li>• Evaluaciones al personal institucional sobre conocimientos</li> <li>• Reunión y discusión del programa del Pro CONE mensualmente</li> <li>• Gestión de personal nuevo, bilingüe</li> </ul>		
Insumos	12/430	3%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fotocopias de protocolos de atención, materiales y otras</li> <li>• Gestión para el abastecimiento de fichas clínicas, hojas de monitoreo</li> <li>• Gestión para abastecimiento de micronutrientes, suministros</li> <li>• Gestión para abastecimiento de equipo médico, esfigmomanómetros</li> </ul>		
Contenidos de la atención	231/430	54%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consejería posparto</li> <li>• Implementación de ficha clínica de atención posparto</li> <li>• Información sobre ubicación de púerperas</li> <li>• Supervisión de comadronas y sanciones en caso de muerte materna</li> </ul>		
Información, Educación y Comunicación	127/430	30%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ferias de la salud con actividades de IEC</li> <li>• Radio comunitaria y locales para enviar mensajes de salud materna y neonatal</li> <li>• Reunión con líderes comunitarios, alcaldías, comités de desarrollo, comités de mujeres, etc.</li> <li>• Capacitación de comadronas tradicionales para que refieran a mujeres que ellas atienden</li> <li>• Carteles de recordatorio de los criterios de monitoreo de atención posparto</li> </ul>		
Organización	11/430	3%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Archivos para el ordenamiento adecuado de fichas clínicas</li> <li>• Reorganización del servicio y asignación de responsabilidades</li> <li>• Institucionalización de ciclos PEVA</li> <li>• Comité de mejora de la calidad y/u otros sub comités formados</li> <li>Producción mensual de ProCONE entregada en la fecha indicada</li> </ul>		
Infraestructura	2/430	0%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejoras en la infraestructura del servicio</li> </ul>		
Materiales	0	0%

**Tabla 8: Nuevos cambios implementados por puestos de salud en la fase de expansión de San Marcos para mejorar la atención neonatal por tipo de cambio**

<b>Tipo de cambio</b>	<b>Número de nuevos cambios documentados por tipo de cambio / Total de cambios documentados</b>	<b>%</b>
Recursos humanos	28/373	8%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Socialización de la estrategia ProCONE</li> <li>• Visita de intercambio de experiencias a servicios de salud de otras áreas</li> <li>• Supervisión y monitoreo de la atención neonatal</li> <li>• Evaluaciones al personal institucional sobre conocimientos</li> <li>• Reunión y discusión del programa del ProCONE mensualmente</li> <li>• Gestión de personal nuevo, bilingüe</li> </ul>		
Insumos	11/373	3%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fotocopias de protocolos de atención, materiales y otras</li> <li>• Gestión para el abastecimiento de fichas clínicas, hojas de monitoreo, carnet niño/a</li> <li>• Gestión para abastecimiento de vacunas</li> <li>• Gestión para abastecimiento de equipo médico, ej. estetoscopio</li> </ul>		
Contenidos de la atención	189/373	51%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consejería prenatal y posparto sobre lactancia materna</li> <li>• Vacunación con aplicación de BCG a todo neonato y llenado de ficha clínica</li> <li>• Implementación de ficha clínica de atención, boleta de informe de nacimiento,</li> <li>• Información sobre puérperas y neonatos para ubicarlos</li> <li>• Supervisión de comadronas y sanciones en caso de mortinatos o muerte neonatal</li> </ul>		
Información, Educación y Comunicación	131/373	35%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupos de madres para actividades de IEC</li> <li>• Ferias de la salud con actividades de IEC</li> <li>• Radio comunitaria y locales para enviar mensajes salud materna y neonatal</li> <li>• Reunión con líderes comunitarios , alcaldías, COCODES, COMUDES,</li> <li>• Capacitación de comadronas tradicionales</li> </ul>		
Organización		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Archivos para el ordenamiento adecuado de fichas clínicas</li> <li>• Reorganización del servicio y asignación de responsabilidades</li> <li>• Institucionalización de ciclos PEVA</li> <li>• Comité de mejora de la calidad y/u otros sub comités formados y con plan de mejoras y cronogramas</li> <li>• Producción mensual de ProCONE entregada en la fecha indicada</li> </ul>	14/373	4%
Infraestructura	0	0%
Materiales	0	0%

**Tabla 9: Nuevos cambios implementados por puestos de salud en la fase de expansión de San Marcos para mejorar las acciones preventivas en lactantes y niños pequeños por tipo de cambio**

<b>Tipo de cambio</b>	<b>Número de nuevos cambios documentados por tipo de cambio / Total de cambios documentados</b>	<b>%</b>
Recursos humanos	59/359	16%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Socialización de la mejora de calidad de la atención al lactante y niño</li> <li>• Supervisión y monitoreo de la atención al niño/a</li> <li>• Evaluaciones al personal institucional sobre conocimientos</li> <li>• Reunión y discusión de la atención al lactante y niño/a</li> <li>• Gestión de personal nuevo, bilingüe</li> </ul>		
Insumos	16/359	4%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fotocopias de protocolos de atención, materiales y otras</li> <li>• Gestión para el abastecimiento de fichas clínicas, hojas de monitoreo, carnet del niño</li> <li>• Gestión para abastecimiento de micronutrientes y vacunas</li> <li>• Gestión para abastecimiento de equipo médico (e.j. estetoscopio)</li> </ul>		
Contenidos de la atención	103/359	29%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consejería a la madre lactancia materna y alimentación del niño/a</li> <li>• Vacunación con llenado de ficha clínica completa</li> <li>• Visitas domiciliarias a madres de niños pequeños</li> </ul>		
Información, Educación y Comunicación	158/359	44%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupos de madres</li> <li>• Ferias de la salud con actividades de IEC</li> <li>• Radio comunitaria y locales para enviar mensajes salud materna y neonatal</li> <li>• Promoción de servicios para aumentar vacunación</li> <li>• Reunión con líderes comunitarios, alcaldías, COCODES, COMUDES</li> <li>• Capacitación de comadronas tradicionales</li> <li>• Carteles de recordatorio de los criterios de cada indicador colocados en clínicas</li> </ul>		
Organización	15/359	4%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Archivos para el ordenamiento adecuado de fichas clínicas</li> <li>• Reorganización del servicio y asignación de responsabilidades</li> <li>• Institucionalización de ciclos PEVA</li> <li>• Comité de mejora de la calidad y/u otros sub comités formados y con plan de mejoras y cronogramas</li> <li>• Producción mensual de ProCONE entregada en la fecha indicada</li> </ul>		
Infraestructura	8/359	2%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejoras en la infraestructura del servicio</li> </ul>		
Materiales	0	0%



**Tabla 10: Porcentaje de nuevos cambios implementados por puestos de salud en la fase de expansión de San Marcos para mejorar la atención maternal, neonatal y de niños pequeños por tipo de cambio**

<b>Tipo de cambio</b>	<b>Prenatal n=537</b>	<b>Posparto n=430</b>	<b>Neonatal n=373</b>	<b>Acciones preventivas en la niñez n=359</b>
Recursos humanos	10%	11%	8%	16%
Insumos	5%	3%	3%	4%
Contenido de la atención	47%	54%	51%	29%
IEC	29%	30%	35%	44%
Organización	4%	3%	4%	4%
Infraestructura	4%	0%	0%	2%
Materiales	0%	0%	0%	0%

#### IV. CONCLUSIONES

A través de la revisión de la documentación presentada por 102 de los 135 (75%) puestos de salud y unidades mínimas de salud de San Marcos, el estudio proporcionó importante información:

- En un estudio anterior (Hurtado y col. 2011) se reportó que el 62.1% de 29 centros de salud de San Marcos conocían el documento de mejores prácticas y un porcentaje menor (37.9%) lo tenían o habían utilizado. Sin embargo, en este estudio se encontró que ninguno del personal representante de los puestos de salud conocía el documento de mejores prácticas de San Marcos, ninguna AE lo había visto, ni lo tenía, ni lo había utilizado. Según fue descrito por los coordinadores de los distritos de salud (directores de centros de salud) el proceso de exposición de los puestos de salud a la estrategia ProCONE, la metodología de aprendizaje colaborativo y las intervenciones de la fase de demostración no se basó en este documento sino se hizo, a través de reuniones y de forma exclusivamente verbal, de parte de los coordinadores o las enfermeras profesionales de los centros a las AE de los puestos porque no existe la costumbre de depender en documentos ni en la lectura. Las auxiliares de enfermería de los puestos de salud bajo la jurisdicción de cada centro de salud entraron a formar parte de los EMCC de los centros.
- En reuniones convocadas por los centros de salud se proveyó al personal de los puestos las explicaciones sobre la estrategia ProCONE, el uso de fichas clínicas y la medición mensual de los indicadores. Estas reuniones ocurrieron por propia iniciativa de la mayoría de centros de salud antes de que los puestos de salud fueran convocados a sesiones de aprendizaje formales.
- En las sesiones de aprendizaje los puestos de salud aprendieron, además, a presentar sus resultados en gráficas de series de tiempo, identificar debilidades y definir las mejoras a implementar. Los centros de salud influenciaron el tipo de mejoras a implementar, pero no proveyeron documentación. Los puestos de salud aprendieron también unos de otros.
- Del total de cambios implementados por los puestos de salud, el 13% (251) fueron réplicas (idénticos o similares) de los cambios implementados por los centros de salud y 87% (1699) fueron nuevos cambios.

- La intervención replicada por más puestos de salud (52%) fue la capacitación en las normas, procedimientos y/o ficha clínica de la atención al lactante y niño pequeño posiblemente porque este indicador se introdujo hasta en la fase de expansión, no en la de demostración.
- El segundo cambio más replicado por los puestos de salud (48%) fue el de las visitas domiciliarias para aumentar la cobertura de púerperas; es muy probable que esta intervención también se hayan implementado en el caso de la atención a los neonatos puesto que los mismos están en el hogar junto con sus madres.
- En promedio los puestos de salud en la fase de expansión replicaron de 1 a 4 cambios antes probados por los centros de salud.
- Se documentaron nuevos cambios implementados por los puestos en la fase de expansión. En promedio cada puestos de salud hizo de 4 a 6 nuevos cambios.
- La mayoría de cambios nuevos se relacionaron con contenidos de la atención y actividades de información, educación y comunicación.
- Una conclusión tentativa de este estudio es que, al igual que las capacitaciones en cascada, cuando las metodologías de mejoramiento se expanden de un nivel superior de atención a otro de menor nivel parece ser que hay menos rigor en la transmisión de los conocimientos y prácticas. También parece haber cierta intencionalidad en la clase de “mejores prácticas” que son presentadas, discutidas y recomendadas a los puestos de salud. La decisión estaría basada en la experiencia de los centros de salud, pero podría también obedecer a experiencias o percepciones personales de los directores de los centros y no tanto a la evidencia existente.

Una de las limitantes de este estudio fue que toda la recolección de datos se llevó cabo en talleres en los que representantes de cada uno de los puestos de salud completaron matrices resumen de documentación. Por el gran número de puestos participantes no se pudo profundizar en la documentación de intervenciones y los factores que influyeron en la recepción, adopción e integración de las intervenciones en la rutina de los servicios.

## V. RECOMENDACIONES

Las principales recomendaciones derivadas de este estudio son:

- En la fase de expansión debe haber una exposición más deliberada al “paquete de cambios” probado en una fase demostrativa. Esto puede hacerse mediante presentaciones y documentos escritos que deben estar disponibles en todos los servicios de salud participantes. Esta exposición podría lograr que las mejoras en la fase de expansión ocurrieran aún más rápidamente. También, en la documentación de cambios se podría tener la lista de los cambios ya probados para que los nuevos servicios participantes marquen los que ellos están probando, las fechas en que lo hacen y los resultados. En un próximo estudio debería estudiarse si esta presentación más rigurosa del paquete de cambios lleva a mejores resultados en la implementación, alcanzando niveles más altos en los indicadores en menor tiempo.
- Al igual que en las capacitaciones, se recomienda que cuando el aprendizaje del mejoramiento colaborativo se expanda de un nivel de atención superior al siguiente nivel inferior, se haga a través de la misma metodología para que no pierda precisión y calidad.
- Se recomienda llevar a cabo estudios de caso para profundizar en la documentación de los cambios implementados, la selección de las “mejores prácticas” y en los factores que influyen en la difusión, recepción, adopción e integración de los cambios en los nuevos servicios y en sus actividades rutinarias.



**USAID | PROYECTO DE MEJORAMIENTO  
DE LA ATENCIÓN EN SALUD**

University Research Co., LLC  
4a. Avenida 14-14, Zona 14, Guatemala, Guatemala 01010  
Tel: 2485-5988

University Research Co., LLC  
7200 Wisconsin Avenue, Suite 600  
Bethesda, MD 20814 EE.UU.  
Tel: (301) 941-8400  
Fax: (301) 941-8427  
[www.hciproject.org](http://www.hciproject.org)