



EXPANDNET

REPORTE TÉCNICO

Taller para desarrollar una estrategia de Ampliación a Escala (Scaling up) del proyecto “Que vivan las madres”: Un enfoque integral para reducir la mortalidad materna y perinatal en el Norte de Guatemala.

Hotel Santander Plaza, Guatemala City, 4-6 de marzo de 2014

Organizadores:
Dr. Edgar Kestler
CIESAR

Facilitador:
Dr. Juan Díaz

Dr. Dilys Walker
PRONTO

Reprolatina - ExpandNet

7 de abril de 2014

Antecedentes y justificativa

Los esfuerzos para disminuir la mortalidad materna en países de bajos ingresos están bien documentados. Algunos países han conseguido éxitos importantes, con o sin cooperación internacional. Sin embargo, aún hay una serie de países que continúan con razones de mortalidad materna inaceptablemente altas, por ejemplo Guatemala, donde la mortalidad materna y perinatal continua siendo un problema grave y el cumplimiento de las metas del milenio será difícil de alcanzar en las próximas décadas.

La razón de mortalidad materna en el país como un todo es de 149 por 100.000 nacidos vivos y ha presentado pocos cambios durante los últimos años. Los departamentos del norte de Guatemala, con las mayores concentraciones de poblaciones pobres e indígenas, presentan las más altas razones de mortalidad materna, que puede llegar a 260 por 100,000 nacidos vivos. Así mismo, la mortalidad neonatal es también inaceptablemente alta, con un promedio nacional de 23 por 1,000 nacidos vivos y 52 por 1,000 nacidos vivos en el área rural al norte del país. Tres de cada cuatro muertes neonatales ocurren durante el periodo neonatal temprano.

A pesar de que se reconoce que el parto asistido por personal calificado presenta innegables ventajas sobre el parto asistido por legos, solo el 31% de los partos vaginales en Guatemala es asistido por personal calificado, médico y/o enfermera. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la comadrona tradicional no es considerada personal calificado. Desde principios del año 2004 el gobierno de Guatemala, con ayuda del Banco Mundial, ha realizado inversiones para construir, remozar y/o equipar centros de salud para que ofrezcan atención de parto las 24 horas del día en el área rural del país. En la región norte el número de centros de salud, llamados ahora Centros de Atención Permanente (CAP), aumentó de 11 a 63 sumando los cuatro departamentos: Alta Verapaz, Huehuetenango, Quiché y San Marcos. Se esperaba que el solo hecho de aumentar el número de centros disponibles, por aumentar el acceso al parto institucional llevaría a una disminución de la mortalidad materna, lo que no ha ocurrido. Las razones para esta falta de efecto benéfico del aumento de los centros parece deberse a que las mujeres se resisten a asistir a los CAP para el parto, especialmente porque no aceptan la manera como se las atiende y porque el personal de estos centros no está bien preparado para el adecuado manejo de la emergencia obstétrica y perinatal.

En julio de 2011 se inició un estudio para probar el efecto de un paquete de intervenciones, cuyos tres componentes fueron: 1) un programa de capacitación simulada de bajo costo (PRONTO) para preparar al personal de los CAP en el manejo de emergencias durante el parto y la atención inmediata del recién nacido, 2) una campaña de mercadeo social 'Que Vivan las Madres' para estimular a la mujer de la comunidad a ir a los CAP para el parto, donde sería atendida eficientemente y respetando su decisión de que modalidad de parto quiere tener, en vez de atenderse en la casa y 3) la introducción de la partera profesional para que actúe como un enlace entre la comadrona tradicional y el CAP, buscando aumentar la referencia de mujeres para el parto institucional, así como también una participación más cercana de la partera profesional con el personal de salud institucional, que le permita a la comadrona tradicional atender partos en los CAP.

Los resultados de la aplicación de este paquete de intervenciones mostraron que la capacitación PRONTO aumenta moderadamente el conocimiento del personal sobre como manejar las emergencias obstétricas, hemorragia y reanimación neonatal, la implementación de la estrategia de mercadeo social atrajo más partos a los lugares donde se implementó la intervención y hubo aumento de conocimiento de las comadronas sobre la hemorragia puerperal. A pesar de que la evaluación sobre los resultados en salud perinatal aun no se ha completado, existen datos que permiten inferir que también los resultados han sido positivos para los recién nacidos.

Estos datos justifican expandir o ampliar escala este paquete de intervenciones a todas las comunidades de Alta Verapaz y Huehuetenango, para reducir la morbilidad materna y perinatal en ambos departamentos, que es el objetivo del proyecto de ampliación o expansión a escala.

Los coordinadores del equipo de investigadores decidieron solicitar la colaboración de profesionales de ExpandNet para diseñar, en forma colaborativa, con el equipo que coordinó y evaluó el primer proyecto, una estrategia de ampliación a escala de la implementación del paquete de intervenciones en todos los centros de salud de todas las comunidades de los departamentos de Huehuetenango y Alta Verapaz.

El equipo de ExpandNet aceptó colaborar en el proyecto y el Dr. Juan Díaz aceptó la misión de preparar y facilitar un taller de tres días de duración para trabajar con el equipo de investigadores, capacitándolos en el uso de la metodología de ExpandNet para el diseño de proyectos de ampliación a escala y preparar una primera versión de una estrategia de expansión a escala del proyecto a los estados ya señalados.

El taller fue realizado del 4 al 6 de marzo en el Hotel Santander Plaza en la Ciudad de Guatemala. El programa del taller se incluye en anexo.

Resumen del proyecto que será expandido a escala

“Qué Vivan las Madres”: Expansión del paquete integrado de intervenciones para reducir morbilidad y mortalidad materna y mortalidad perinatal en población indígena y pobre de Guatemala.

Fecha estimada de inicio: Enero 2014
Fecha de terminación del estudio: Diciembre 2017

Objetivo general del estudio

Expandir el paquete de intervenciones, que ya probó ser eficiente en 15 comunidades de los cuatro departamentos del norte del país, a las 34 comunidades de los departamentos de Huehuetenango y Alta Verapaz. La expansión se realizará en forma escalonada (stepped wedge design), durante los próximos tres años, hasta alcanzar a todos los centros de salud que atienden partos en las 34 comunidades.

La primera acción será un diagnóstico de la situación actual en las 34 comunidades que será realizada en seis meses, para tener una línea de base para efectos de comparación posterior.

Antes de iniciar la intervención las comunidades serán agrupadas en seis grupos o zonas. Las intervenciones serán realizadas secuencialmente en los seis grupos en un período de cuatro meses en cada uno. El orden en que serán implementadas las intervenciones será aleatorio para evitar cualquier influencia de los investigadores en la selección del orden en que se intervendrán los grupos. Durante los próximos tres años, las intervenciones serán implementadas en todos los servicios de atención del parto de las 34 comunidades de los departamentos de Huehuetenango y Alta Verapaz.

Objetivos específicos del estudio:

- Aumentar el número de partos institucionales en un 15%.
- Reducir la tasa de mortalidad perinatal (TMP) en un 35%.
- Disminuir indicadores de morbilidad materna y perinatal relacionados a la atención del parto y del manejo de la emergencia obstétrica en servicios de atención.

El paquete de intervenciones será implementado en todas las comunidades de los dos departamentos, incluyendo todos los servicios de salud donde se atienden partos (CAP, CAIMI y hospitales), pero, para la evaluación de los resultados se utilizarán solo los datos de los 34 CAP. Las 34 comunidades se agruparán geográficamente en seis “zonas” con cinco a seis comunidades cada una. Durante el proceso de implementación de la intervención, esta se realizará en una zona cada vez, durando la implementación de la intervención en cada una no más de cuatro meses. El orden en que la intervención será implementada en cada zona será aleatorio, como ya se describió antes.

En cada zona, en el período de cuatro meses de intervención, se realizará la capacitación de PRONTO, Modulo I, la campaña publicitaria de mercadeo social y las actividades de enlace con las parteras profesionales, que se lanzarán en un periodo de dos semanas.

Estas actividades se completarán en más o menos un mes. Solo el módulo II de la capacitación de PRONTO se realizará más tarde pero dentro del período de cuatro meses que corresponde a cada zona. Durante todo el período también se continuará con las actividades de mercadeo social y trabajo con comadronas tradicionales a través de la partera profesional.

Plan de análisis y recolección de datos

Todos los datos del proyecto serán recolectados durante un periodo de 36 meses: una línea de base (6 meses), un periodo de implementación del paquete de intervención (6 zonas * 4 meses cada una = 24 meses), y una línea final (6 meses)

Línea basal	Implementación paquete de intervención	Línea final
6 meses	24 meses	6 meses

Los datos serán obtenidos por trabajadoras de campo previamente capacitadas y conocedoras en el manejo de la información que producen los CAP, CAIMI y hospitales a través del siguiente método:

Capacitaciones PRONTO

Se observarán prácticas obstétricas durante la atención de partos normales en una muestra de CAP, antes y un año después de la capacitación de PRONTO.

- 1) Se evaluará el conocimiento de los participantes en el curso de PRONTO sobre emergencia obstétrica y los logros de las metas alcanzadas por el CAP, se evaluarán antes de la capacitación y a los tres meses después de terminada la capacitación. Esta evaluación se realizará utilizando pruebas estructuradas e información de las sesiones clínicas planificadas estratégicamente.

Campaña de Mercadeo Social

Se recolectará información para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de la audiencia primaria beneficiada con la campaña de mercadeo social. Esta evaluación se podrá realizar a través de un cuestionario estructurado de mujeres en espera a su consulta de control prenatal en una muestra de CAP. Se podrá utilizar la misma muestra de CAP seleccionada para realizar las observaciones en sala de parto, mencionada anteriormente.

Enlace Parteras Profesionales, comadronas tradicionales y CAP:

Se recolectará información sobre el número de mujeres embarazadas referidas por las parteras profesionales al CAP, así como el número de partos atendidos por las comadronas tradicionales en los CAP.

Preparación y manejo ético de los datos

Las trabajadoras de campo serán capacitadas en procesos de recolección de datos y sobre el manejo ético de los mismos. Toda la información será recolectada a través de formularios previamente estructurados y que serán revisados y actualizados en base a la experiencia obtenida en la recolección de datos en el estudio comparativo aleatorio previo.

Edición, limpieza y tabulación

Todos los datos recolectados en los anexos 1 y 2 serán tabulados y codificados durante el trabajo de campo. Esta información será revisada en primer lugar por el coordinador departamental respectivo, quien deberá asegurarse del llenado completo del cuestionario y la calidad de la información proporcionada. Todos los cuestionarios serán enviados a través del coordinador general a las oficinas centrales donde se iniciará el proceso de limpieza y edición de los datos. La calidad de los datos y la validez de nuestros indicadores de proceso y de resultado se asegurarán a través de base de datos en entradas de datos constante en programas de computo que permite la identificación de los errores de rango al momento de la tabulación, y además las inconsistencias que durante el ingreso de datos pueda existir.

Análisis de los datos

Estadísticas descriptivas e inferenciales

El diseño de ´moverse por segmentos´ (Stepped Wedge) es ideal para investigaciones a nivel comunitario en donde se realicen intervenciones de salud pública que han sido efectivas y probadas en estudios experimentales o también en las llamadas ´Fase IV´ de las investigaciones experimentales.

Dado que después de la fase basal de recolección de datos se obtendrá la información para definir el número de comunidades que formara cada una de las zonas y en las cuales se implementará el paquete de intervención en el tiempo mencionado, es en este momento que se conocerá la varianza obtenida de la información. Esto es importante para conocer si el análisis se realizará con un tamaño de las zonas igual (igual número de comunidades) o de diferente tamaño.

Información descriptiva general para cada indicador de proceso y final será obtenida, así como la definición final de la utilización de Modelos Lineales Mixtos (Linear mixed model LMM) utilizados en este tipo de estudio.

Planes de interpretación

Indicadores de impacto

Nuestros indicadores de impacto primario de interés son tres:

- Aumento en las tasas de parto institucional en un 15% en las comunidades de intervención.
- Reducción en la tasa de mortalidad perinatal (TMP).
- Disminución en ciertos indicadores de morbilidad materna y perinatal entre los que se incluyen complicaciones obstétricas y perinatales durante el parto, morbilidad secundaria a las complicaciones y morbilidad materna y perinatal secundaria a intervenciones realizadas por médicos y enfermeras en el manejo de la emergencia obstétrica.

Indicadores de proceso

Se medirán varios indicadores de proceso, que contribuirán a reducir la mortalidad y morbilidad materna y perinatal. Al disminuir los partos en el hogar de estas comunidades y aumentando los partos institucionales, se espera que exista un efecto en la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Para el componente sobre la capacitación en emergencia obstétrica PRONTO, los indicadores de proceso incluyen el aumento del conocimiento en el diagnóstico y manejo inicial de emergencias obstétricas y perinatales, el logro de las metas en servicio identificadas durante la capacitación, la identificación o ausencia de prácticas basadas en evidencia realizadas durante la atención del parto normal. Para el componente de mercadeo social estos indicadores de proceso estarán relacionados con la evaluación, alcance y distribución de la exposición a la promoción publicitaria en el público objetivo, cambios de actitudes, conocimiento y prácticas en relación con el parto entre las mujeres embarazadas y personal de salud basados en la institución. En el componente de enlace entre las parteras profesionales, los servicios de salud y las comadronas tradicionales estos indicadores de proceso estarán relacionados con el número de comadronas tradicionales que han tenido diferentes actividades durante el presente estudio.

Aspectos éticos de la investigación

El diseño de este estudio, no requiere de información o datos individuales, dado que la unidad de análisis serán los servicios (CAP). Toda la información se obtendrá de las historias clínicas sin identificar a ninguna paciente. Dado que ninguna información se obtendrá directamente de las pacientes, ninguna entrevista a pacientes es necesaria. Dada la naturaleza de los resultados que se medirán en este estudio y lo impráctico y difícil que sería el pedir autorización de cada paciente para revisar su historia clínica, se le pedirá un 'descargo' de consentimiento (waiver for consent) al Comité de Ética Latino Independiente de Guatemala.

Según lo establece el manejo de proyectos en Guatemala, después que este proyecto sea aprobado éticamente por el Comité de Ética Latino Independiente de Guatemala, este será revisado éticamente por el Comité Ético del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (MSPAS). Ambos comités conocieron y aprobaron el Estudio de Pares Randomizado que se realizó en cuatro departamentos de Guatemala y dado que el paquete de implementación en este nuevo estudio de expansión es exactamente el mismo que se utilizó previamente, la aprobación deberá ser realizada sin mayor contratiempo.

Plan de diseminación de los resultados

Los resultados de este estudio de expansión, principalmente deberán ser diseminados a nivel nacional. Los hacedores de políticas, gerentes de programas de salud, directores de área, directores de hospitales, líderes comunitarios, responsables del programa de extensión de cobertura, organizaciones comunitarias que trabajan en salud, etc., deberán conocer los resultados de este proyecto.

Datos ya disponibles

El análisis, aunque no completo todavía, muestra que los tres componentes de la intervención tuvieron los efectos deseados, lo que justifica planear su expansión a escala.

Resultados de la capacitación PRONTO

Los conocimientos y cambios de actitud fueron medidos antes, inmediatamente después de la capacitación y después de tres meses.

Los conocimientos sobre hemorragia era parecido en todos los departamentos y este conocimiento aumento significativamente después de la capacitación. A pesar de que después de tres meses el nivel de conocimiento disminuyó, el nivel era significativamente más alto que antes de la capacitación. Los resultados siguen la misma tendencia sobre reanimación neonatal pero el aumento sobre el nivel basal fue más alto que el observado en hemorragia.

Resultados del mercadeo social

Los resultados, evaluados con el método de evaluación cambio de cambios, mostraron que en las comunidades intervenidas hubo un aumento de 9,4% de parto institucional, significativamente mayor que en las comunidades control.

Resultados del trabajo con comadronas tradicionales

Mostró un aumento significativo del conocimiento sobre como manejar la hemorragia obstétrica.

Programa y realización del taller (El programa se incluye en anexo)

Objetivos del taller:

1. Discutir el concepto de Ampliación a Escala (Scaling up) de intervenciones innovadoras en salud
2. Presentar la metodología de ExpandNet para Ampliación a Escala
3. Presentar y discutir las características de la intervención que será Ampliada a Escala en Guatemala
4. Realizar un ejercicio de planeación de la Ampliación a Escala del proyecto “Que Vivan las madres”
5. Preparar un plan o estrategia de Ampliación a Escala del proyecto
6. Reunión final (debriefing). Plan de acción, monitoreo.

Participantes:

Ana Cecilia Fajardo	APROFAM	Programa adolescentes
Gabriela Meléndez	Escuela de parteras profesionales	Coordinadora
Janeen Simon	Asociación Alas de Guatemala	Directora Ejecutiva
Lic. Carlos Tzub	CIESAR	Coordinador General
Lic. Marvin Franco de la Rosa	CIESAR	Coordinador de Alta Verapaz
Lic. Edwin Ronaldo Canú	CIESAR	Coordinador de Huehuetenango
Licda. Gloria García	CIESAR	Trabajadora de campo
Cristina Sut Tocora	CIESAR	Trabajadora de campo
Dr. Edgar Kestler	CIESAR	Director
Dra. Dilys Walker	PRONTO	Directora
Lic. Shirley Raida	DAS Huehuetenango – Salud Reproductiva	
Elizabeth Butrick	Global Health UCSF	
Rossana Cifuentes	PASMO	Coordinadora

Facilitador: Dr. Juan Díaz, ExpandNet, Reprolatina
Secretaria; Ana Margarita Gonzales CIESAR

Metodología y breve descripción de las actividades realizadas

El taller fue programado para ser realizado en dos días (16 horas), dejando un tercer día para una reunión final con los coordinadores y otros profesionales interesados, para discutir dudas metodológicas y para definir una primera versión de la estrategia. (El programa se incluye en anexo). Fue establecido con los coordinadores que el horario sería flexible y que podríamos ocupar parte del tercer día en completar las discusiones. Esto porque es muy importante permitir la amplia participación de todos para que no queden dudas sobre la metodología ni sobre la primera versión de la estrategia.

La metodología fue muy participativa, limitando las presentaciones al mínimo posible para permitir la amplia participación de todos los profesionales. La metodología participativa permite que los participantes puedan discutir la metodología en profundidad, intercambiar ideas y aportar efectivamente a la definición de la estrategia que regirá el proyecto por los próximos cuatro años.

La participación de todos y todas fue muy activa y la presencia de todos fue casi del 100% durante los primeros dos días. El último día hubo algunas personas que no pudieron participar de las discusiones finales y del debriefing.

La característica de ser un taller con amplia participación de todos hizo que algunos temas, especialmente el análisis del proyecto y las características que debería tener en el futuro fue más larga que lo esperado pero extremadamente productiva.

Las presentaciones teóricas de Expandnet, las bases o principios de la metodología de ExpandNet y la metodología de los nueve pasos fueron acompañadas con mucho interés y los participantes realizaron muchas preguntas y mantuvieron discusiones muy activas que permitieron que todos entendieran bien el objetivo de preparar una estrategia para trabajar la expansión a escala de forma sistemática, programada siguiendo la metodología de los nueve pasos de ExpandNet. Los documentos básicos de la estrategia de ExpandNet habían sido entregados anticipadamente a todos los participantes y se incluyen también en este reporte (Anexos) como referencias y soporte para la implementación de la estrategia de expansión a escala en el campo.

Análisis de la metodología de ampliación a Escala de ExpandNet

La discusión y definición de la metodología de Expandnet se realizó en base a las presentaciones realizadas por el facilitador y los documentos que ya habían sido entregados previamente. Además de discutir las bases teóricas de la metodología de ExpandNet, basada en los principios del **“Enfoque Estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva”** se discutió en más detalle la metodología y la Guía para la utilización de los NUEVE PASOS que sería el instrumento a ser utilizado no diseño de la estrategia para expandir a escala el proyecto Que Vivan las Madres.

Los participantes concordaron en que el método que estaba siendo propuesto era muy apropiado para la tarea que se estaba proponiendo y entendieron que el proceso de expansión a escala es un proceso que debe ser realizado de forma sistemática, que es un proceso multidisciplinario y que no es solo técnico, sino que tiene un fuerte componente político y administrativo. Por el hecho que la expansión a escala del proyecto afectará a todo el sistema de atención a la salud de los departamentos participantes, el componente de coordinación y trabajo colaborativo con autoridades y servicios locales es crucial para el éxito del proceso.

Definición de una estrategia de Expansión a Escala del proyecto Que Vivan Las Madres utilizando el método de los NUEVE PASOS de ExpandNet.

Como recomienda la metodología, antes de analizar en detalle los nueve pasos, realizamos un ejercicio participativo para definir algunos aspectos básicos sobre lo que los participantes esperaban que fuera el resultado o producto del taller, respondiendo, de forma participativa tres preguntas:

1. Cuáles son sus esperanzas y expectativas para una Aplicación a Escala?

El grupo entiende muy bien que el proyecto está trabajando en un tema de la más alta importancia y que tiene un gran potencial de producir grandes beneficios para la población. Están conscientes de que la Expansión a Escala traerá una serie de desafíos aun más complejos que los enfrentados en la implementación del primer proyecto, porque encontrarán algunas resistencias y probablemente también algún desinterés de algunos de los profesionales que trabajan en las comunidades, que deberán ser piezas importantes en el proceso. Están conscientes también que la lucha constante contra problemas administrativos y financieros que son inevitables pondrá a prueba su motivación y capacidad de trabajo.

El grupo entiende también que la Expansión a Escala no es solo una actividad técnica ni una investigación, sino que el implementar cambios, a veces muy profundos, en los servicios puede que sea muy difícil en algunas de las localidades intervenidas. Por otro lado, también confían que tienen o conseguirán las armas para conseguir seguir avanzando a pesar de las dificultades y que esperan que la metodología que será utilizada será importante para conseguir estos objetivos.

2. Dentro de cinco años, qué le gustaría que esté ocurriendo con las innovaciones de este proyecto?

La mayoría expresó que esperan que la innovación propuesta por el proyecto haya sido expandida a todos los 34 CAP que serán incluidos. La intervención, con sus tres componentes deberá haber producido el efecto de que más mujeres vayan a los CAP a tener su parto, que se haya conseguido crear una colaboración más estrecha y cordial entre parteras profesionales y comadronas y que esto haya resultado en una mejoría de la calidad de atención que se refleje en un número significativamente mayor de partos atendidos por profesional calificado en instituciones de salud.

3. Tiene inquietudes/preocupaciones acerca de la aplicación a escala de las innovaciones del proyecto?

Los participantes declararon muy francamente que están optimistas y convencidos de que conseguirán implementar el proyecto e impactar significativamente algunos indicadores de salud materna y perinatal. Por otro lado, están conscientes de que hay enormes dificultades, que obligarán a esfuerzos redoblados, no solo en el aspecto técnico sino que también los obligará a hacer grandes esfuerzos de abogacía e incidencia política, tanto en las comunidades cuanto con el nivel central.

Entre las principales dificultades que podrían afectar negativamente el proceso de implementación a escala del proyecto fueron mencionados los siguientes:

- Falta de personal capacitado y motivado. La falta de personal capacitado se mantiene, entre otras cosas porque hay una gran rotación del personal, lo que hace que capacitar sea un trabajo que rinde poco porque las personas capacitadas abandonan o tienen que dejar sus puestos de trabajo.
- Malas condiciones de trabajo. El personal se queja de las condiciones de trabajo y de las deficiencias de los locales.
- Quejas continuas de falta de medicamentos y otros suministros.
- Salarios bajos, inseguridad laboral e inclusive períodos sin salario inciden negativamente en la motivación de los trabajadores y esto puede incidir también en resistencia a adherir al proyecto por verlo como un trabajo a más para hacer sin recibir ninguna compensación personal.
- Finalmente, pero no menos importante, las autoridades de las comunidades podrían poner resistencias porque el proyecto podría venir a alterar la manera como las comunidades están trabajando y pueden ver al proyecto como una amenaza porque podrían sentir que van a perder algunos beneficios ya adquiridos localmente.

Análisis de la situación y definición de la estrategia usando la metodología y la Guía de los NUEVE PASOS de ExpandNet.

Paso 1. La Innovación – Evaluación de la Aplicabilidad a Escala e Implicaciones para la Estrategia de Aplicación a Escala

El análisis de la innovación se hizo siguiendo el análisis de los factores de éxito descritos en la guía de uso del método siguiendo los atributos del Acrónimo Correct (en inglés que son: Credibilidad, Observabilidad, Relevancia, Ventaja relativa, Facilidad de implementación, Compatibilidad y Comprobabilidad.

¿Cuál es la innovación o el paquete de innovaciones que será expandido? (Enumere todos los componentes en los que fue necesario imponer esta innovación).

Como fue previamente descrito, la innovación es un paquete de intervenciones muy bien estructurado, con tres componentes fundamentales:

- Programa de capacitación simulada de bajo costo (PRONTO) para preparar al personal de los CAP en el manejo de emergencias durante el parto y la atención inmediata del recién nacido,
 - Campaña de mercadeo social ‘Que Vivan las Madres’ para estimular a la mujer de la comunidad a ir a los CAP para el parto, donde sería atendida eficientemente y respetando su decisión de que modalidad de parto quiere tener,¹³ en vez de atenderse en la casa e
 - Introducción de la partera profesional para que actúe como un enlace entre la comadrona tradicional y el CAP, buscando aumentar la referencia de mujeres para el parto institucional, así como también una participación más cercana de la partera profesional con el personal de salud institucional, que le permita a la comadrona tradicional atender partos en los CAP.
- **Credibilidad: ¿Hay suficiente evidencia para respaldar que la intervención es efectiva?**

A pesar de que los resultados de la evaluación del proyecto inicial todavía no están completos, hay suficientes datos que muestran que el proyecto produjo un aumento del número de partos institucionales en las comunidades intervenidas y hubo una mejoría de los conocimientos de los proveedores de salud sobre urgencias obstétricas y sobre salud perinatal. El aumento de los conocimientos de los proveedores, aliado a la mayor motivación derivada de la capacitación se ha reflejado en una mejoría de la calidad de la atención. Algunos miembros del grupo, especialmente la directora de la escuela de parteras, insistió bastante en la necesidad de documentar mejor el impacto sobre la calidad de la atención. Concretamente, la propuesta sería realizar estudios de calidad y satisfacción de usuarias aprovechando que habrá estudiantes de la escuela disponibles para realizar los cuestionarios o entrevistas que fuesen necesarias. La idea quedó como una propuesta para tratar de implementarla en algunos de los sitios donde se implemente la expansión a escala.

Los resultados muestran también que el aumento del nivel de conocimiento fue significativo pero modesto y además el aumento de los conocimientos disminuyó significativamente después de tres meses lo que indica que hay una gran necesidad de refuerzo de la capacitación y supervisión continua.

Contribuye a dar más credibilidad a la innovación la calidad y el prestigio de los profesionales y de las instituciones que están apoyando esta iniciativa.

¿Ha sido la estrategia probada en ambientes similares a los de la expansión a escala?

Otra fortaleza de la innovación es que ya ha sido probada en comunidades con condiciones similares a las que serán objeto de la expansión a escala. Inclusive, por la definición del diseño, en algunas comunidades la implementación de la expansión será reforzada en comunidades que ya participaron del proyecto anterior.

¿Puede simplificarse la innovación para facilitar su aplicación a escala?

La experiencia del estudio original muestra que los tres componentes son muy importantes y esto constituye una de las principales fortalezas del diseño del proyecto. Eso hace que sea altamente recomendable mantener la estructura del proyecto con sus tres componentes. No se ve ninguna ventaja de simplificar la intervención.

- **Observabilidad: ¿Cuán observables son los resultados de la innovación?**

Los resultados a la fecha son fácilmente observables y de fácil recolección, por ejemplo, el aumento del número de partos atendidos en los CAP. Otros componentes, tales como incidencia de complicaciones perinatales o morbilidad materna pueden ser más difíciles de observar. La información sobre mortalidad y morbilidad perinatal debe ser también muy bien recolectada para mostrar a los gestores de los servicios de salud los beneficios que la implementación de la intervención trae a la comunidad. Se hizo mucho hincapié en la necesidad de ser muy activos en la diseminación de los resultados de manera continua para mantener la motivación en las comunidades participantes.

- **Relevancia: ¿Trata la innovación problemas importantes y claramente percibidos por la comunidad?**

Sin duda este es uno de los puntos más fuertes de la innovación porque propone una intervención para mejorar uno de los problemas más importantes en el país, ya que la morbimortalidad materna y perinatal son problemas muy importantes que se han hecho endémicos en el país a pesar de los esfuerzos desplegados por instituciones públicas y privadas. La comunidad también tiene clara conciencia sobre el problema y sobre la necesidad de tomar una conducta más activa para disminuir la insultante frecuencia de partos no atendidos por personal calificado que se refleja en altas tasas de morbimortalidad materna y perinatal.

- **Ventaja relativa: ¿Tiene la innovación ventaja relativa sobre prácticas en uso habitual u otros modelos?**

Los resultados del estudio realizado muestran muy claramente que la innovación, o sea, la aplicación simultánea de los tres componentes del paquete que constituyen la innovación ha producido una gran mejoría de los indicadores en las comunidades intervenidas en comparación con las comunidades donde la innovación no fue aplicada.

- **Facilidad de implementación o transferencia: ¿Será fácil o complicado expandir la innovación a otros sitios?**

La expansión a escala nunca es un problema fácil de implementar pero la innovación no es compleja ni difícil de implementar. El equipo está consciente de que la metodología es simple y la innovación puede ser fácilmente expandida con los recursos con que se dispone actualmente hasta la finalización del ciclo de financiamiento. Algunos miembros del grupo, en repetidas oportunidades, expresaron algunas dudas sobre la sustentabilidad de la intervención una vez que el proyecto con financiamiento externo termine.

Eso llevó a la conclusión que durante el proceso se tienen que buscar mecanismos que garanticen la sustentabilidad, especialmente que no haya reducciones del personal y que se mantenga un suministro de medicamentos y otros insumos esenciales.

- **Compatibilidad: ¿Es compatible la innovación con los valores, prácticas e instalaciones existentes?**

La innovación es compatible con los valores, por lo menos con las declaraciones oficiales de lo que son los valores del programa, pero producirá una cierta tensión con las prácticas locales que, en general, no valorizan la calidad de la atención ni la recolección de datos de manera sistemática. Sin duda que habrá que hacer un esfuerzo continuo para introducir una cultura de dar prioridad a la calidad y a la recolección de datos fidedignos. En lo que dice respecto a las instalaciones hay una gran variedad porque algunos servicios son muy carentes de recursos y otros están mucho mejor instalados.

- **Comprobabilidad: ¿Puede la organización usuaria comprobar la efectividad de la innovación sin implementarla completamente?**

La Comprobabilidad está demostrada por los resultados del estudio ya realizado en 15 comunidades, algunas de las cuales también participarán de la Expansión a Escala.

Paso 2. Evaluación de la Organización de Usuarios e Implicaciones para la Estrategia de Aplicación a Escala

La organización usuaria estará constituida por todos los servicios de salud que atienden partos en ambos departamentos. El paquete de intervenciones influenciará a todos los centros pero para la evaluación solo serán tomados en cuenta los datos de los CAP. Los hospitales y CAIMI recibirán la capacitación pero los datos de esos centros no serán computados en la evaluación. Todos los CAP de ambos departamentos participarán del proceso y evaluarán sus resultados.

En consecuencia, el equipo usuario estará constituido por el personal de las CAP y de la DAS. A pesar de que el sistema de salud en Guatemala es descentralizado, no se espera que haya resistencia de ninguno de los CAP a participar aunque teóricamente ellos podrían recusarse a participar, lo que el equipo del proyecto piensa que no acontecerá.

Lo que si se espera y que puede llegar a ser un problema es que algunos CAP no se interesen mucho y algunos profesionales no participan muy activamente. El hecho de que las DAS de ambos departamentos están explícitamente apoyando y participando es un factor importante que puede contribuir a aumentar la participación de todos los CAP. El personal de CIESAR será crucial en el trabajo de relacionamiento con los CAP y autoridades departamentales de salud para conseguir colaboración plena de los CAP. Los coordinadores de CIESAR serán los principales negociadores para conseguir participación plena y proactiva de todos los CAP.

Además, las características de los CAP son bastante diferentes, tanto en el grado de capacidad de los profesionales, cuanto en a cantidad de recursos disponibles y de la calidad de las instalaciones. Eso puede crear algunas dificultades en las capacitaciones para tratar de llegar a que todos adquieran un nivel más o menos semejante y puedan ofrecer servicios más o menos iguales en todos ellos. El esfuerzo de capacitación deberá extenderse a algunos aspectos administrativos de manejo del proyecto y especialmente a aumentar la capacidad de los CAP de recoger información de manera correcta para poder evaluar el proyecto adecuadamente.

Paso 3. Evaluación del Medio Ambiente e Implicaciones para la Aplicación a Escala.

Los dos departamentos que participarán en este proyecto de expansión a escala del paquete de intervenciones, son departamentos pobres y con muchas deficiencias en sus sistemas de salud y que, por consiguiente, tienen muchas deficiencias en los servicios. Tienen también tasas altas de mortalidad neonatal, altos índices de morbilidad materno y la razón de mortalidad materna en los dos departamentos están entre las más altas del país.

El equipo está consciente de que el principal problema será la gran deficiencia económica que acarrea una crónica falta de recursos y las tradiciones ancestrales que hacen que las mujeres se resistan, por propia voluntad o imposición de la familia, a atenderse en los CAP, prefiriendo atenderse en su casa con la comadrona.

La cultura es una cultura machista rural en que las mujeres por lo general ya las han casado antes de los 12 años. Las mujeres prácticamente no tienen período de adolescencia porque pasan de niñas a mujeres casadas. Pero este cambio de status no les trae como consecuencia tener derechos de elegir que hacer. Es paradójal, porque aunque son casadas, las tratan como niñas, son discriminadas y muchas veces les impiden el acceso a los métodos anticonceptivos. Hay muy poca difusión de los derechos sexuales y reproductivos y situaciones de conflicto entre las leyes y las costumbres.

Por ejemplo, la ley que teóricamente protege a la mujer, que obliga a los proveedores de salud a notificar los embarazos en mujeres con menos de 14 años, por presunción de estupro, tiene como consecuencia que las embarazadas con esa edad no van al control prenatal por miedo y la ley acaba aumentando el riesgo durante el embarazo en vez de proteger a la mujer.

Esta tensión entre el creciente interés de las autoridades por defender los derechos de las mujeres y las costumbres dela comunidad está muy lejos de ser resuelto y es un factor que aumenta los riesgos de las embarazadas.

La capacitación a los proveedores tendrá que incluir un gran componente educativo para que respeten más los derechos de adolescentes y mujeres en general. Ya hay oficina de la mujer que debe defender sus derechos pero por ahora son instancias legales muy poco efectivas.

Hay también en estas comunidades una fuerte influencia de la religión, especialmente contra las actividades de planificación familiar, que también obstaculizará la implementación de algunas de las acciones del proyecto, por ejemplo la implementación del programa de anticoncepción post evento obstétrico.

Pero no todo es negativo en el análisis de la influencia del ambiente porque los sistemas de salud (DAS) de ambos departamentos, están explícitamente apoyando el proyecto, lo que puede ser fundamental para el trabajo de conseguir que los servicios sean más accesibles, colaboren y den un lugar para las parteras o comadronas y se consiga que las mujeres acudan con más frecuencia a los CAP.

Paso 4: Evaluación del Equipo de Recursos e Implicaciones para la Aplicación a Escala

El equipo de recursos, liderado por el Dr. Edgar Kestler, estará formado por representantes de las instituciones que coordinaron el proyecto piloto, Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva, Guatemala (CIESAR), Universidad de Washington, Seattle, USA y Universidad de California, San Francisco, más representantes de otras instituciones que han estado colaborando con el proyecto y están dispuestas a trabajar en el proyecto de expansión a escala. El equipo no está completamente definido pero habrá participación de Alas, MSH, APROFAM, Escuela de Parteras Profesionales y representantes de las DAS de ambos departamentos. La constitución del equipo garantiza la presencia de las habilidades necesarias para la implementación del proyecto y todos están muy motivados y comprometidos con el proyecto.

La participación de representantes de las DAS (la representante de Huehuetnango participó del taller), le dará más fuerza aun al equipo y ayudará mucho en las negociaciones de implementación del proyecto en las comunidades. Además posibilitará un contacto permanente de los coordinadores del proyecto con las autoridades de salud lo que podrá ser de gran importancia para asegurar un flujo regular de suministros, evitar falta de personal y conseguir resolver problemas administrativos en los CAP.

APROFAM ofrece su capacidad técnica para apoyar el componente de anticoncepción y también Alas está específicamente interesado en apoyar el componente de anticoncepción post parto.

El equipo de recursos está consciente de la necesidad de crear una estructura que permita capacitar el personal en otros aspectos no cubiertos por la capacitación PRONTO, porque hay un compromiso de aumentar la calidad de la atención de los CAP. Es importante que los CAP estén preparados para dar apoyo en educación sobre lactancia materna y la provisión de métodos anticonceptivos que no interfieran con la lactancia materna. También los CAP deben estar preparados para promover eficientemente la promoción de la consulta 30 días después del parto para control de la madre y del recién nacido.

El equipo de recursos está también preparado para perfeccionar el sistema de recolección de los datos, utilizando un formulario simplificado pero que permite recoger la información necesaria para evaluar la evolución de los indicadores que serán medidos.

Durante el proceso el equipo de recursos hará esfuerzos también para incorporar otras instituciones al proceso y fortalecer al máximo la coordinación con los DAS y autoridades municipales.

El equipo de recursos no debe ser muy numeroso y tal vez habrá que tomar una decisión de limitarlo a 8 o 10 miembros, pero el equipo puede formar un comité asesor con profesionales que puedan colaborar en acciones específicas del proyecto.

Paso 5. Tipos de Aplicación a Escala – Determinación del Rol de la Aplicación a Escala Normativa/Legal/Política (o Vertical)

Este paso tiene una importancia menor en este proyecto en que la expansión a escala es predominantemente horizontal, como se discute en el próximo paso. Sin embargo, el equipo entendió que hay algunas acciones necesarias en el área normativa, administrativa y técnica, que son típicos ejemplos de expansión vertical y que pueden ser de gran utilidad para el proyecto.

Ejemplos ilustrativos de esto pueden ser normas para la anticoncepción post parto en los CAP, oficializar algunos campos como campo clínico para la capacitación práctica de parteras profesionales, entre otras actividades.

Paso 6. Tipos de Aplicación a Escala – Determinación del Rol de la Aplicación a Escala por Expansión (u Horizontal)

Este proyecto representa un ejemplo típico de un proceso de expansión a escala por expansión u horizontal. Durante el proyecto, la innovación será implementada en 34 CAP, todos los existentes en los dos departamentos, siguiendo una metodología secuencial denominada stepped wedge.

Durante el taller discutimos en detalle la metodología, ya detallada en la descripción del protocolo del proyecto.

A cada cuatro meses se irá incorporando un grupo de comunidades que después seguirán con el proceso de recolección de información y evaluación y continuarán siendo influenciados por el programa de mercadeo social para promover el parto institucional y a una mayor integración entre parteras profesionales y comadronas.

El diseño del proceso permitirá analizar comparativamente el impacto de la intervención en las comunidades en diferentes períodos de tiempo.

Paso 7. Tipos de Aplicación a Escala – Determinación del rol de la Aplicación a Escala por Diversificación (inserción, funcional)

El diseño del proyecto permite introducir otros componentes, por ejemplo, un programa de anticoncepción postparto, realizar investigaciones de satisfacción de usuarias y de calidad de servicios, sin alterar el proceso inicialmente diseñado. Además, la colaboración cada vez más estrecha con la escuela de parteras profesionales podría llegar a que se implante un programa de capacitación de las estudiantes en algunos CAP que tengan adquirido nivel suficiente para desempeñar ese papel.

El diseño del proyecto permite también que se adicionen otros componentes en algunos o en todos los CAP.

Paso 8. Tipos de Aplicación a Escala – Determinación del rol de la Aplicación a Escala Espontánea

La estructura del paquete de intervenciones que será expandido a escala en este proyecto es compleja y muy específica lo que hace altamente improbable que se pueda expandir espontáneamente en otras regiones, por lo cual este paso no fue discutido en el taller. Este tipo de expansión espontánea puede ocurrir al hacer la expansión de intervenciones menos complejas y que no dependan tan fuertemente de una capacitación específica.

Paso 9. Resumen de la Estrategia, Revisión de las Decisiones y Responsabilidades Clave

El análisis usando el método de los NUEVE PASOS de ExpandNet indica que la Innovación que se propone ser Expandida a Escala tiene los atributos que permiten predecir que su expansión puede ser exitosa.

La aplicación del paquete de intervenciones en el proyecto comparativo demostró que es posible aumentar el número de mujeres que se atienden el parto en los CAP y conseguir que el personal de los CAP esté mejor preparado para dar una mejor atención, especialmente para la solución de las emergencia obstétricas y del recién nacido, lo que se debería reflejar en menores índices de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

La evaluación también muestra que los tres componentes son importantes para la obtención de los resultados ya mostrados, lo que justifica la decisión de ampliar a escala el paquete completo de intervenciones. Excluir algún componente del paquete de intervenciones descaracterizaría la intervención y reduciría su impacto.

El análisis de los objetivos de la expansión a escala a todos los CAP de ambos departamentos no es simplemente la repetición del estudio piloto, ahora en todas las comunidades. El objetivo de la expansión a escala debe extenderse a todos los servicios de salud de los departamentos, incluyendo también CAIMI y hospitales, en un proceso sistemático de colaboración con los servicios locales para ir estableciendo mecanismos que garanticen la sostenibilidad del proceso una vez terminado el apoyo financiero externo.

El proceso de implementación de la expansión debe incluir un fuerte componente de evaluación continua del proceso para poder detectar posibles fallas oportunamente que puedan ser resueltas oportunamente. La metodología debe ser flexible y permitir algunos cambios en el curso de la implementación y, eventualmente, agregar otros componentes, como ya fue descrito al hablar de expansión a escala con diversificación.

La incorporación de los CAP al proyecto se hará de acuerdo al protocolo inicial. Los 34 CAP serán divididos en seis zonas o *clusters*. Los seis clusters entrarán al proyecto secuencialmente y el orden de entrada será determinado por sorteo. El período de implementación en cada cluster demorará cuatro meses. Una vez que se comiencen las actividades en el primer *cluster* elegido, el equipo de recursos hará el sorteo para elegir el segundo cluster y así sucesivamente.

Hubo acuerdo en que todo el equipo de recursos, especialmente los coordinadores de CIESAR en cada departamento tendrán un papel crucial en las negociaciones para la implementación de las actividades ya que, a pesar de que ya hay un acuerdo general con las DAS en los dos departamentos, aún no se ha definido el acuerdo con cada uno de los CAP. Este trabajo de negociación es de fundamental importancia para evitar atrasos en el cronograma de implementación y para evitar desfase temporal de incorporación de los CAP. El equipo también reiteró la decisión de que, aunque las actividades de los CAIMI y hospitales no será evaluada por el proyecto, estos establecimientos recibirán la capacitación PRONTO y podrán usar los formularios de recolección de información del proyecto si lo estiman conveniente. La recolección de información de los datos en esos establecimientos no será responsabilidad del proyecto, pero sería interesante negociar acuerdos que permitieran hacer evaluaciones más precisas de la influencia del proyecto en CAIMI y hospitales.

Alteración del formulario de registro de datos. El grupo decidió que la recolección de datos que se realizará en los 34 CAP seguirá siendo realizada con un sistema propio del proyecto para garantizar la calidad de los datos, porque la evaluación es un componente fundamental del proceso y el sistema de los CAP no garantiza calidad de los datos. La experiencia del primer proyecto mostró que el formulario de recolección de datos era excesivamente largo e innecesariamente complejo, por lo que se decidió modificarlo, para hacerlo más simple de llenar, reduciendo un poco su extensión, pero sin que esto impida recolectar todos los datos necesarios para evaluar el resultado de la expansión. De hecho la información que era recogida antes y que no será recogida en esta fase, con el nuevo formulario, es irrelevante para los objetivos del proyecto. El equipo del proyecto asumirá la responsabilidad de revisar los datos en cada CAP y garantizar que los formularios estén bien llenados antes de digitarlos. A pesar de que el grupo quedó muy satisfecho con el nuevo formulario, la posibilidad de realizar pequeños cambios o adiciones no está completamente descartada. Después de completar la recolección de información en los primeros seis meses (diagnóstico de base) el formulario no será alterado hasta el fin del proyecto.

Fue decidido también realizar, por lo menos en algunos CAP, estudios cualitativos para evaluar la percepción de las usuarias, de sus familiares y del personal de los CAP sobre la calidad de los servicios y la satisfacción con los servicios ofrecidos. Obviamente, estos estudios no son parte integrante de la estrategia central del proyecto de expansión pero se harán esfuerzos para conseguir recursos humanos y financieros para hacer los estudios.

Uno de los recursos que fue discutido fue conseguir que las alumnas de la Escuela de Parteras puedan colaborar con la recolección de datos para esos estudios y también en el procesamiento y análisis de los datos. Esta actividad consolidaría aun más la alianza de la Escuela de Parteras con las otras instituciones participantes en el proyecto. Hubo consenso en el grupo en que no se deberían ahorrar esfuerzos para implementar algunos de esos estudios, que podrán ofrecer muy valiosa información sobre los aspectos de la metodología que deberían ser reforzados o mejorados.

El grupo concordó en considerar la incorporación de servicios de anticoncepción postparto e incentivo de la lactación exclusiva por lo menos por seis meses como una prioridad. Esta actividad es uno de los factores más importantes para reducir mortalidad materna, por reducir la frecuencia de partos en multíparas con intervalos inter-gestacionales cortos, de menos de dos años. Alas y APROFAM están altamente interesadas y dispuestas a coordinar, con el equipo de recursos, una estrategia para poder incorporar estos servicios en los CAP y también en CAIMI y hospitales. La definición de la estrategia de implementación de esos servicios tendrá que ser establecida durante el período de realización del diagnóstico de base y, de acuerdo a los recursos disponibles se podría implementar este componente solo en algunos clusters, lo que ofrecería la posibilidad de evaluar su eficacia comparando los resultados con los de los clusters en que este componente no sea implementado.

Todas las instituciones representadas en el taller reiteraron su disposición a participar activamente en la implementación del proyecto y colaborar en la diseminación de información sobre él, dentro y fuera de los dos departamentos participantes. Igualmente, todos deben colaborar, en la medida de sus posibilidades, en la sensibilización sobre la importancia de esta actividad con todas las comunidades que participarán, para promover la participación entusiasta del personal de los CAP, autoridades de salud y comunidad en general.

La estrategia debe reforzar el componente de capacitación PRONTO para que, además de su principal objetivo de preparar al personal sobre como actuar frente a las emergencias obstétricas y perinatales, capacite a los proveedores en la orientación sobre la lactación exclusiva por lo menos durante seis meses y en anticoncepción post parto. Todos concordaron en que la capacitación debe agregar un componente de orientación sobre lactación exclusiva y sobre anticoncepción postparto. Hay una necesidad prioritaria de reposicionar la anticoncepción postparto porque es una de las intervenciones más costo-efectivas para reducir la morbilidad y mortalidad materna.

Atributos del proyecto, de la innovación y del equipo de recursos del proyecto que son predictores de suceso de la estrategia.

- El proyecto (la innovación):
 - Relevancia del proyecto y necesidad sentida en los departamentos participantes
 - Paquete de intervenciones comprobadamente efectivo en Guatemala y otros países
 - Metodología científicamente correcta y bien estructurada.
 - Proyecto aceptado y apoyado por las Secretarías de Salud de los dos Departamentos
 - Intervención con objetivo de disminuir muertes maternas o perinatales no crea resistencias ideológicas locales

- El equipo de recursos
 - Amplia experiencia con la metodología
 - Conoce bien el local de la intervención
 - El equipo de recursos incorpora profesionales de las DAS de los departamentos
 - Equipo respetado localmente con buen tránsito con las autoridades
 - Hay recursos financieros adecuados para mantener todo el personal activo durante todo el período del proyecto.

Amenazas al éxito del proyecto, dependientes del entorno y del equipo de usuarios

- Escasez de recursos en los CAP
- Rotación frecuente de personal
- Equipos en los CAP desestimulados, mal pagados, con falta de recursos, etc.
- Posible efecto de la elección, de aquí a dos años, en las políticas de SSR
- Falta de definición clara de los programas del MS
- Resistencias culturales a los cambios en la manera de atender los partos
- Riesgo de alterar mucho la relación de la comunidad y de los proveedores con las comadronas (parteras tradicionales)

Resumen de la estrategia de aplicación o expansión a escala:

- Completar la evaluación del proyecto piloto
- Estructuración del equipo de recursos
- Confirmación de la participación de los 34 CAP
- Acuerdo con las DAS de ambos departamentos (DAS de Huehuetenango ya confirmó el acuerdo en el taller)
- Creación de los seis grupos o clusters en que será dividido el número total de comunidades.
- Diagnóstico inicial en las 34 comunidades utilizando el formulario de recolección de informaciones recientemente rediseñado en el taller (6 meses)
- Sorteo para definir el cluster que será objeto de la primera implementación del paquete de intervenciones.
- Revisión y definición de la versión definitiva del formulario de recolección de datos.
- Confirmación de la participación y definición de fechas de la intervención en el primer cluster.
- Definición sobre la implementación del programa de estímulo a la lactación materna e implementación del programa de anticoncepción postparto (ALAS o APROFAM).
- Implementación del paquete de intervenciones en el primer cluster (4 meses)
- Implementación sucesiva de la intervención en los otros cinco clusters, siempre definiendo el orden por sorteo.
- La implementación se hará en cuatro meses en todos los clusters.
- Diseño e implementación de investigaciones de calidad de atención y satisfacción de usuarias y de proveedores de servicios.
- Los clusters en que ya se realizó la intervención continúan realizando la recolección de datos.
- Recolección periódica de información en los seis clusters con visitas a cada dos meses como plazo máximo.
- Evaluación, reporte, publicaciones

Consideraciones finales:

La evaluación final del taller fue muy positiva. Los participantes elogiaron la metodología participativa que permitió incorporar efectivamente la perspectiva y experiencia de los participantes. Fue importante la discusión para aclarar algunos conceptos y colocar los objetivos del proyecto de expansión escala en la perspectiva adecuada. Los cambios en los instrumentos de recolección de información fueron considerados muy importantes y contribuirán a hacer más eficiente la evaluación inicial y durante todo el proceso. Al final del taller todos los participantes declararon estar optimistas sobre el futuro del proyecto, pero destacaron que las amenazas principales están en el contexto del país, lo que obligará a mantener una actitud siempre vigilante para que no haya desvíos en la implementación y se aseguren recursos humanos y materiales en los CAP.

La otra preocupación está relacionada a la sostenibilidad del proyecto después del fin del financiamiento externo, por lo cual todos están comprometidos a trabajar desde el comienzo en la expansión buscando mecanismos que aumenten las posibilidades de sostenibilidad a largo plazo. La buena relación del equipo de recursos del proyecto con las autoridades de salud es un factor que todos consideran crucial para la manutención del apoyo al proyecto durante todo el período. Esta relación está respaldada por la calidad del equipo y el prestigio de las instituciones que apoyan al equipo pero todos están conscientes de que el trabajo de advocacy por el proyecto debe ser continuo, buscando la sostenibilidad a través de la incorporación e institucionalización del paquete de intervenciones en el Programa de atención del Ministerio de salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

Finalmente, es importante destacar que el trabajo del taller se vio facilitado por la excelente organización del evento y la disposición de todos los participantes a entregarse plenamente al trabajo sin limitaciones de horario, respetando las reglas establecidas al comienzo del taller y aportando toda su experiencia al éxito del taller y, consecuentemente, al éxito del proyecto.

ANEXOS:

Se incluyen anexos de la reunión y principales documentos de apoyo y referencia.

Agenda del taller (AGENDA TALLER GUAT)

Protocolo del proyecto de expansión (PROTOC EXPANS FEB 2014)

Formulario para recolección de datos (FORM RECOL DATOS MARZO 2014)

Guías para trabajar método 9 pasos (GUIAS DE TRABAJO PARA AE 9 PASOS)&

Beginning with the end in mind (BEG W END IN MIND)#

Guía 9 Pasos Ampliación a escala. (GUIA 9 PASOS AMPLIAC A ESCALA)&

Guía Práctico Ampliación a Escala (GUIA PRACTICO APLICACIÓN A ESCALA)&

& Documentos de ExpandNet que pueden ser obtenidos en inglés en el site [www. Expandnet.net](http://www.Expandnet.net)

Documento en inglés, traducción al español no está disponible.