

T 216
WQ 225
S 243
2003

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN-MANAGUA

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
CIES.

ESCUELA DE SALUD PUBLICA
MAESTRIA DE SALUD PUBLICA



ESTRATEGÍA DE INTERVENCION
PARA REDUCIR LA MORTALIDAD PERINATAL,
HOSPITAL MAURICIO ABDALAH, CHINANDEGA, 2002-2003.

Trabajo presentado para optar al grado de Master en Salud Pública

Por

José de la Cruz Saravia Sarria

Abrahe Fila Pastora S

[Firma]
Tutor: Lic. Manuel Martínez
Asesor: Dr. Lorenzo Muñoz

[Firma]

Diciembre, 2003.

INDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
RESUMEN	iii
INDICE	iv
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Antecedentes	2
1.2 Justificación	3
1.3 Planteamiento del Problema	3
1.4 Objetivos.....	5
II. MARCO DE REFERENCIA	6
2.1 Marco Jurídico	6
2.2 Modelo Organizacional hospital	7
2.3 Cultura Organizacional	9
2.4 Clima Organizacional	10
2.5 Gestión Hospitalaria	11
2.6 Organización de los Servicios	12
2.7 Eficacia de las Intervenciones	13
2.8 Sostenibilidad de la Intervención	14
2.9 Mortalidad Perinatal	15
III. DISEÑO METODOLÓGICO	18
3.1 Procedimiento para la elaboración del diagnóstico previo a la intervención	20
3.2 Procedimiento para la selección de los principales componentes de la intervención	21
3.3 Procedimiento para la evaluación del grado de eficacia de la intervención	22
3.4 Procedimiento para evaluar el grado de sostenibilidad de la intervención	22
IV. RESULTADOS Y DISCUSION	24
4.1 Caracterización de la situación previa a la implementación de la estrategia	24
4.1.2 Organización de los servicios	26
4.1.3 Cultura Organizacional	27
4.1.4 Gerencia	28
4.1.5 Observación de Procesos	30
4.1.6 Percepción del Personal	33
4.2 Descripción de los principales componentes de la estrategia de intervención .	35
4.3 Evaluación del grado de eficacia de la intervención	35
4.4 Evaluación del grado de sostenibilidad de la intervención	42
V. CONCLUSIONES	54

VI. RECOMENDACIONES	55
VII. BIBLIOGRAFÍA	56
VIII. ANEXOS	59
Anexo 1	
Misión.....	59
Anexo 2	
Visión	59
Anexo 3	
Organigrama Hospital Mauricio Abdalah, Chinandega.....	60
Anexo 4	
Encuesta organizacional	61
Anexo 5	
Bitácora del grupo focal	65

DEDICATORIA

A Gustavo Manuel Saravia Miranda, mi Padre, que en paz descansa, de quien aprendí a ser irreverente y a comprender, que el esfuerzo cotidiano es el motor del éxito.

A Miryam de Mercedes Sarria Leytón, mi Madre, ser maravilloso, quien me enseñó a ser libre a través del amor.

A Carmen Marina Rizo Zeledón, mi Esposa, mi amiga y compañera, con quien emprendí y comparto la empresa mas valiosa del mundo, nuestra familia.

A María José, Tamara del Carmen y José de la Cruz, mis hijos, mi tesoro, a quienes debo los momentos más felices de mi existencia.

AGRADECIMIENTOS

A Manuel Martínez , quien me mostró el fascinante mundo de nuestra cultura y me enseñó la riqueza incommensurable de lo cotidiano.

A Lorenzo Muñoz, quien me acercó a una ventana desde donde, por primera vez, comprendí que dirigir es una enorme responsabilidad y un arte reservado a pocos.

A mis profesores del CIES, porque sé que todos y cada uno de ellos dejaron huella en mí, a través de sus enseñanzas.

Al personal del Hospital Mauricio Abdalah de Chinandega, por su apoyo cálido y entusiasta. Sin él, este trabajo no hubiera sido posible.

A las mujeres y niños que forman parte de este estudio y por quienes se hizo, para que Dios los proteja siempre.

RESUMEN

Se evaluó la intervención dirigida a reducir la mortalidad perinatal en el hospital Mauricio Abdalah de Chinandega, 2002-2003. El estudio fué una investigación cualitativa, ex post, de resultados. El objeto de estudio lo conformó la implementación de la intervención, en los servicios de: alto riesgo obstétrico, sala de labor y parto, cuidados intensivos neonatales, cuidados intermedios neonatales, alojamiento conjunto y emergencia. Los sujetos de estudio lo constituyeron el personal médico y de enfermería que labora en estos servicios, y los médicos y enfermeras que desempeñan funciones gerenciales. Los criterios de selección fueron: brindar atención directa al feto o recién nacido en los servicios que conforman la “ruta crítica” o desempeñar funciones gerenciales en la línea de mando, tecnoestructura o ápice estratégico y tener un mínimo de dos años en éstas éstas funciones. El objetivo general fué evaluar la eficacia y sostenibilidad de la intervención; los objetivos específicos fueron: caracterizar la situación previa a la implementación de la intervención; describir los principales componentes de la estrategia; evaluar la eficacia de la intervención y analizar el grado de sostenibilidad de la estrategia. Los resultados indicaron que previo a la intervención el hospital estaba débil estructuralmente, con un estilo de dirección centralizado, un personal al margen de los problemas, con un importante deterioro en el área perinatal y una calidad de atención por debajo de su capacidad institucional. La intervención fué dirigida a darle coherencia a la estructura organizacional, fortalecer la gerencia, incrementar las competencias profesionales y la calidad de atención del parto y recién nacido. Los resultados indican que la intervención ha sido eficaz y sostenible. La tasa de mortalidad perinatal se disminuido para el 2003 (nonestre) en un 60%. Ha mejorado el índice de asfíxia, el índice de cesárea y se ha incrementado la cobertura del programa de control de la fertilidad. El cambio de actitud del personal, su mayor motivación, el fortalecimiento del espíritu de equipo, el abordaje propositivo de los problemas, la implementación de políticas de promoción, mayor descentralización y el apoyo mayoritario a la estrategia de intervención, nos indican que ésta ha sido, hasta éste momento, sostenible. El hospital ha sido capaz de darle continuidad a las acciones y de adecuar la estrategia ante la emergencia de nuevos retos

I. INTRODUCCION

El hospital Mauricio Abdalah es una institución pública y sin fines de lucro. Desde 1996, labora únicamente como hospital materno-infantil. Catalogado como un hospital categoría "B", de referencia departamental, se encuentra ubicado en el centro urbano de la ciudad de Chinandega.

En el 2001, su tasa de mortalidad perinatal sufrió un drástico incremento, pasando de 25 por mil nacidos vivos registrados en el 2000, a 35 por mil nacidos vivos, superando el promedio de sus últimos cinco años y situándose por encima del promedio nacional. Ello obligó a sus autoridades a dirigir esfuerzos para modificar esta situación y para el período de enero a marzo del 2002, se diseñó una estrategia de intervención con el objetivo de disminuir la mortalidad perinatal. La meta que se estableció fue disminuir la mortalidad perinatal en un 30 % a para diciembre del 2002. Los esfuerzos se enfocaron en fortalecer la institución estructuralmente, mejorar la gerencia e incrementar la calidad de los procesos asistenciales en el área perinatal. El Equipo de Dirección del hospital Mauricio Abdalah, la Dirección de la Niñez, Mujer y Adolescencia, del SILAIS de Chinandega y del Nivel Central del MINSA, asumieron este reto y la estrategia se implementó a partir de abril del 2002.

La evaluación de esta intervención permitirá establecer cuán exitosa ha sido y cuál es el grado de apoyo de que goza la estrategia; fortalecerla en aquellas áreas que se considere pertinente y conocer si existen en su implementación elementos útiles para ir conformando un método institucional, para el análisis y abordaje de la problemática perinatal, a nivel hospitalario en nuestro país.

1.1 Antecedentes

Las muertes perinatales resultan de una combinación de factores sociales, culturales, económicos, geográficos, causas médicas y fallas en el sistema de salud. A partir de la convocatoria regional para el lanzamiento de la Iniciativa Maternidad sin Riesgos en 1987, basados en la preocupación de que cada año ocurren casi 8 millones de muertes neonatales tempranas y fetales en países como el nuestro, se suscribieron compromisos, por los Ministros de Estado, para definir intervenciones dirigidas a reducir la mortalidad perinatal.

Nicaragua, incorporó en su Plan Maestro (1991-1996) (27), la necesidad de crear un programa de atención integral a la madre y al niño y en 1992 se crea la Comisión Nacional de Lucha contra la Mortalidad Materna y Perinatal. En 1995 se establece el Modelo de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia.

En el país, la tasa de mortalidad infantil ha presentado un considerable descenso en los últimos 10 años, de 72 por mil nacidos vivos en 1990 a 40 mil por mil nacidos vivos en el año 2000, según datos de ENDESA. Este descenso ha sido principalmente debido a la disminución de las enfermedades infecto-contagiosas principalmente la enfermedad diarreica aguda (EDA) y la infección respiratoria aguda (IRA). Sin embargo, la mortalidad por afecciones perinatales ha disminuido discretamente, de una tasa de 32 por mil nacidos vivos en el año 1998, a 27 por mil nacidos vivos en el año 2000.

Los SILAIS que han contribuido a esta reducción de la mortalidad son: Boaco, Carazo, Chinandega, Chontales, Madriz, Masaya, Managua, Chinandega, Nueva Segovia, Matagalpa, RAAN, Rivas y Río San Juan. Estelí, Jinotega, León, RAAS y Granada, presentaron incremento de su tasa de mortalidad perinatal en el año 2000. En el primer semestre del 2001, el SILAIS de Chinandega incrementó su tasa de mortalidad perinatal, principalmente a expensas de su tasa de mortalidad neonatal precoz.

Sabemos que la mortalidad perinatal está relacionada a las condiciones nutricionales de la madre, el período inter-genésico, la vigilancia prenatal, la atención del parto y el recién nacido y que éstas últimas dependen de condiciones estructurales. Para poder brindar una buena calidad de atención a los niños que nacen en las instituciones (50% de los partos), es necesario mejorar la infraestructura, el equipamiento, la organización de los servicios, la referencia oportuna y la calidad de la atención en los servicios de obstetricia y neonatología. La modificación de estos indicadores es un proceso de mediano y largo plazo y no siempre es una tarea fácil.

Para el mes de abril del 2002, el hospital Mauricio Abdalah, decidió realizar una intervención para mejorar los indicadores de corto y mediano plazo como son: la organización de los servicios y la calidad de la atención del parto y el recién nacido.

1.2 Justificación.

Por su importancia social al enfrentar un problema de salud pública tan relevante ; por los insumos técnicos que podría aportar (métodos, enfoques, instrumentos, etc.); por su contribución al conocimiento de la problemática perinatal en el segundo nivel de atención del Ministerio de Salud, MINSA, es de especial interés evaluar si la intervención para disminuir la mortalidad perinatal, en el hospital Mauricio Abdalah de Chinandega, ha logrado ser eficaz y sostenible, a un año y medio de su implementación.

1.3 Planteamiento del problema.

Por lo anteriormente expuesto, se plantea la siguiente pregunta general de estudio:

¿En qué medida, la implementación de una estrategia de intervención con el objetivo de reducir la mortalidad perinatal, a partir de abril del 2002, ha resultado eficaz y sostenible, en el hospital Mauricio Abdalah de Chinandega?.

De esta interrogante se derivan las siguientes preguntas específicas:

1. ¿Cuál era la situación previa a la implementación de la estrategia?
2. ¿Cuáles han sido los principales componentes de la estrategia?
3. ¿Cuál es el grado de eficacia obtenido en la reducción de la mortalidad perinatal?
4. ¿Cuál ha sido el grado de sostenibilidad de la estrategia de intervención?

1.4 OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar la eficacia y sostenibilidad de la estrategia para reducir la mortalidad perinatal en el hospital Mauricio Abdah, Chinandega, Nicaragua, 2002-2003.

Objetivos Especificos

1. Caracterizar la situación previa a la implementación de la estrategia.
2. Describir los principales componentes de la estrategia.
3. Evaluar la eficacia de la intervención en la reducción de la mortalidad perinatal.
- 4.- Analizar el grado de sostenibilidad de la estrategia de intervención.

II. MARCO DE REFERENCIA

2.1. Marco jurídico

La Ley General de Salud (25) en su artículo número cinco, numeral nueve expresa... “Sostenibilidad: Se garantiza la viabilidad del sector, a través de la continuidad de las acciones y procesos dirigidos a preservar la salud, de manera que no decaiga o se extinga por factores políticos, culturales, sociales, financieros, organizacionales o de otra naturaleza, considerando las limitaciones propias en materia de recursos disponibles”. En su artículo ocho, numeral nueve...” El paciente tiene derecho a que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial.

El artículo noventa y siete expresa que los hospitales tienen entre sus funciones... “Apoyar y participar activamente en el proceso de normalización técnica y administrativa de la atención hospitalaria y evaluar sistemática y periódicamente su gestión y aplicar las medidas correctivas necesaria para asegurar la eficacia de los mismos”.

El Código de la Niñez y Adolescencia (26), en sus artículos 33,34,35,36,37,38,39,40 y 41, establece que... “Todos los niños y adolescentes tienen derecho de disfrutar del más alto nivel de salud física y mental, educación, tiempo libre, medio ambiente sano, vivienda, cultura, recreación, seguridad social, y los servicios para el tratamiento de las enfermedades y rehabilitación de la salud”.

La Constitución Política de Nicaragua (33) establece en su artículo 59... “Los nicaraguenses tienen derecho por igual a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación”.

La Política Nacional de Salud (28), 1997-2002, en su Primera Política: Modernización del Sector Salud para el año 2002, determina que... “El Sistema de Nacional de Salud

debe atender a la población según sus necesidades y recursos con calidad, eficacia y tecnología adecuada”. En su Cuarta Política “Nuevas Estrategias de Salud Pública” determina que... “Se debe continuar manteniendo la prioridad a la mujer y la niñez”.

2.2. Modelo organizacional hospitalario

El hospital se considera como el resultado de conjugar personas, bienes y actividades para implementar un sistema de producción y obtener un resultado denominado producto sanitario. Como una estructura integrada en una de orden superior, o como una organización autónoma, se pueden reconocer cuatro configuraciones estructurales: divisional, burocracia profesional, funcional y matricial (20,11,17).

La estructura divisional se origina al estar el hospital inmerso en un sistema mayor, el Sistema Nacional de Salud. La estructura funcional se establece al estructurarse el hospital según las categorías de funciones que incorpora: asistenciales, docentes y de investigación, desarrolladas principalmente por el personal médico y de enfermería; además de una función auxiliar, básicamente desarrollada por el personal administrativo y de apoyo (laboratorio, imagenología, etc).

La función asistencial es dirigida por dos líneas jerárquicas en paralelo. Este diseño crea tensiones en el núcleo técnico y en la base operativa, demandando una mayor coordinación entre los miembros del ápice estratégico y la línea de mando. Desde una perspectiva organizativa es difícil comprender la utilidad de esta configuración, la que parece obedecer más a argumentos políticos que a criterios de organización estructural (8).

El mecanismo de coordinación más apropiado para alcanzar un mayor grado de eficacia es la supervisión funcional del médico sobre la mayor parte de las actividades de enfermería. Así parecen indicarlo las tres hipótesis de Mintzberg (de la congruencia, de la configuración y de la configuración extendida). Sin embargo, los médicos y las

enfermeras se han acostumbrado a trabajar en un estructura matricial en donde existe un doble flujo de autoridad, la cual, por carecer de una de sus principales características, la temporalidad, es una solución muy limitada, no a un problema organizacional en sí, sino a un problema de poder (18).

El Hospital, como Burocracia Profesional, es una estructura sumamente descentralizada, tanto en la dimensión vertical como en la horizontal. En ella, los profesionales no solo controlan su propio trabajo, sino que ansían el control de la línea media, para incidir en aquellas decisiones administrativas que los afectan (13). El laborar de esta manera implica trabajar con relativa independencia y en estrecho contacto con la clientela, lo que permite afectar favorable o desfavorablemente los resultados organizacionales.

Por ello la burocracia profesional debe ser coordinada mediante la normalización de sus habilidades, sus parámetros de diseño y el adoctrinamiento (1). No obstante, por más normalizados que estén los conocimientos y las habilidades, su complejidad garantiza que el profesional siga teniendo una considerable libertad de acción y que existen dificultades metodológicas acerca de cómo medir los “outputs”. Para salvar esta brecha, la burocracia recurre entonces a la autoridad de naturaleza profesional, al poder del experto, se crean entonces los Comités.

El hospital dispone de una estructura organizacional que son las vías por donde fluyen la autoridad, las decisiones y los procesos. Su propósito es ayudar a crear un ambiente propicio para la actividad humana (10). La estructura desempeña tres funciones básicas: producir resultados y alcanzar objetivos organizacionales; minimizar o al menos regular, la influencia de las diferencias individuales sobre la organización y ejercer el poder (14). Cualquier estructura organizacional debe encontrarse expresada en el organigrama institucional, su representación gráfica y esquemática en un momento dado.

Otros instrumentos que reflejan la estructura organizacional lo constituyen los manuales y las guías diagnósticas, terapéuticas y procedimentales (30). Los manuales de organización señalan actividades, dependencia y subordinados de una posición

jerárquica; describe responsabilidades, autoridad y actividades que debe realizar una persona en un puesto dado; informa sobre la estructura administrativa de los recursos humanos del sistema. Los manuales de procedimientos registran en forma ordenada y sistemática información, instrucciones o ambas cosas, sobre etapas y actividades que se consideran necesarias para la mejor ejecución del trabajo en los aspectos administrativos y técnicos (29).

La Misión es la función básica de la organización en términos de los bienes y servicios que ofrece a los usuarios o clientes. Es lo que le da sentido a una organización y la legitima socialmente. La Visión expresa los objetivos de mediano plazo, lo que la organización “pretende ser”, el norte hacia donde sus esfuerzos estarán dirigidos, su imagen objetivo (21).

En el campo de la administración, una estrategia es el patrón o plan que integra las principales metas y políticas de una organización, a la vez que establece la secuencia coherente de las acciones a realizar. La estrategia ayuda a poner orden y a asignar, con base en sus fortalezas y en sus deficiencias, los recursos de una organización, con el fin de lograr una situación viable y original, anticipando los cambios en el medio externo y las acciones imprevistas de sus oponentes inteligentes (3).

Si bien la estructura de una organización es un medio que ayuda a la administración a alcanzar sus objetivos, ésta debe ceñirse a la estrategia. Alfred Chandler, en su investigación clásica, sostiene que si la organización decide un cambio importante en la estrategia, habrá que modificar la estructura para adaptarse y sustentar el cambio.

2.3. Cultura organizacional.

El hospital también dispone de un conjunto de valores con los que se identifica y promueve. A este tejido de significados compartidos se le denomina cultura organizacional y constituye una variable independiente, que afecta las actitudes y

conductas de los empleados y al igual que las personas, puede ser amable o desagradable, rígida o flexible, innovadora o conservadora y en términos generales está constituida por diez características básicas: la identidad de los miembros, el énfasis en el grupo, el enfoque hacia las personas, la integración en unidades, el control, la tolerancia al riesgo, los criterios para recompensar, la tolerancia al conflicto, el perfil hacia los fines o los medios y el enfoque hacia un sistema abierto (5).

La cultura organizacional define las reglas del juego y la evidencia sugiere que el cambio hacia una cultura que facilite el alcance de los objetivos organizacionales se presenta si existen condiciones como: una crisis dramática, un cambio de liderazgo, una organización joven y pequeña o una cultura débil. Podemos reconocer entonces que somos nosotros mismos quienes creamos restricciones, barreras y situaciones problemáticas, pero también, quiénes tenemos las respuestas adecuadas.

Ahora reconocemos que los factores catalizadores del cambio son: altos mandos que sean modelos positivos de roles, la creación de nuevos símbolos, estimular a los empleados que adopten estos nuevos emblemas, cambiar el sistema de recompensas, escribir todo aquello que sea declarativo, dispersar las sub-culturas existentes, rotando al personal seleccionado, y trabajar para conseguir el consenso (2).

2.4. Clima organizacional

Importante también, en el hospital las personas establecen relaciones que conforman el denominado clima organizacional. Dado que cada una de las categorías enunciadas previamente tienen vida propia y se encuentran inter-relacionadas de tal manera que cualquier modificación en una de ellas repercute en las otras, ante un problema organizacional es necesario establecer cómo éstas dimensiones se conjugan para modificarlo positiva o negativamente.

El hecho de prestar atención a las personas, (“efecto hawthorne”), parte del reconocimiento de que el mejoramiento de la productividad se debe a factores como la moral, las relaciones satisfactorias entre los miembros de un grupo, su sentido de pertenencia y una administración eficaz, o sea, una clase de administración que comprendiendo la conducta humana, la mejora mediante la motivación, la asesoría, la dirección y la comunicación.

Por todo ello, el proceso gerencial, cuya racionalidad se expresa en la toma de decisiones coherentes, es uno de los componentes que más influyen en los resultados organizacionales. El analizar cómo la institución planea, conduce y evalúa es de primordial importancia a la hora de establecer las causas de los problemas y formular estrategias eficientes, eficaces y autosostenibles.

2.5. Gestión hospitalaria

El liderazgo, entendido como un sistema de influencia sobre las actividades de individuos o grupos para lograr metas comunes en situaciones determinadas, es un determinante de la buena marcha o no, de una organización (12). Como ciertos estudios recientes sobre administración parecen indicar, no existe un único enfoque institucional óptimo, por ello, la meta principal de cualquier gerente es encontrar soluciones para los problemas institucionales que sean de calidad y gocen de aceptación.

Por eso, cabe preguntarse, ¿de quién son los objetivos, las metas?. Los directivos, el personal, los usuarios y la sociedad, todos, pueden tener objetivos y metas para la organización. Estas pueden ser similares o distintas. El acuerdo sobre las metas de una organización se denomina congruencia de metas. Comprender este fenómeno equivale a entender el contexto político interno y externo de la organización de salud. El grado de congruencia de metas permite dar paso a la descentralización, con la seguridad de que cada individuo trabajará para la consecución de las mismas (6).

Ello significa estar dispuesto a tomar en cuenta las metas, motivaciones y necesidades que las demás personas aportan a la situación conflictiva e implica el deseo de determinar la forma en que cada parte percibe el problema y porqué lo ve desde esa perspectiva.. Como consecuencia de lo anterior, el elaborar un listado o menú de posibles alternativas de solución buscando la viabilidad, factibilidad y sostenibilidad de las intervenciones que cuenten con consenso, otorgará estabilidad y fortaleza a lo implementado (34).

La monitoría, la vigilancia continua y periódica de los objetivos, procesos y actividades pre-establecidas, permite detectar oportunamente los factores facilitadores y obstaculizadores, facilitando la toma de decisiones inmediatas.

La supervisión, el proceso de ayuda y capacitación, realizada por el personal, asegura el cumplimiento adecuado de las normas para la atención. La evaluación, la cual mide y comparara la estructura, procesos y resultados obtenidos, con respecto a objetivos, metas, criterios e indicadores pre-establecidos, para un período de tiempo determinado nos permite emitir juicios de valor.

Estos elementos conforman el “control de gestión en salud”, definido como el proceso gerencial que, empleando un conjunto de técnicas, procedimientos y metodologías, identifica los factores, normas y procedimientos en la prestación de los servicios de salud, que sugieren alternativas para organizar, dirigir y controlar los recursos con la finalidad de garantizar una adecuada calidad de atención (43).

2.6. Organización de los servicios.

Los servicios de salud se crean para alcanzar determinados objetivos. La OPS ha recomendado este tipo de organización, como uno de los medios para alcanzar coordinación de los recursos, por ello, se ha definido como el “conjunto de mecanismos a través de los cuales los recursos humanos y la capacidad instalada se organizan mediante

un proceso administrativo y de una tecnología médica, para ofrecer prestaciones de salud integrales, en cantidad suficiente y de calidad adecuada, para cubrir la demanda de servicios de la comunidad, a un costo compatible con los fondos disponibles.

Uno de los determinantes de la morbi-mortalidad perinatal es la organización de los servicios de salud. En nuestros países donde las demandas crecen más aprisa que nuestros recursos para satisfacerlas, la adopción del enfoque de riesgo es una forma efectiva de abordar los problemas de salud. Este enfoque se fundamenta en el hecho de que no todos los individuos tienen la misma probabilidad o riesgo de padecer un daño determinado, sino que para algunos, dicha probabilidad es mayor que para otros. Por lo tanto, la atención del embarazo y su estratificación para detectar precoz y oportunamente el alto riesgo obstétrico, al igual que la estratificación del riesgo perinatal, permiten a la organización, dirigir más y mejor atención a estos grupos en particular (41).

Los estudios han encontrado que reducir la distancia entre las mujeres y los servicios de salud requieren dos estrategias complementarias: llevar la atención más cerca de las mujeres y llevar a las mujeres más cerca de la atención (42). Una estrategia que ha dado buenos resultados en Nicaragua, es la llamada Casa Materna, donde las mujeres con embarazo de alto riesgo y problemas de accesibilidad (sobre todo geográfica) llegan una semana antes de su fecha probable de parto a este ambiente, facilitando su atención oportuna (15).

2.7 Eficacia de las intervenciones.

Se han formulado diferentes teorías para explicar qué es lo que hace una organización para ser eficaz, entre ellas se destacan la teoría de la congruencia y de la configuración (22). La primera sostiene que las organizaciones eficaces seleccionan los parámetros de diseño adecuados a sus condiciones actuales, es decir, que amoldan los atributos internos a los factores de situación: sistema técnico, descentralización. La segunda postula que las organizaciones efectivas alcanzan una consistencia interna mediante el acoplamiento

racional de sus parámetros de diseño, o dicho de otra manera, son coherentes con lo que hacen.

La estrategia corporativa, inseparable en muchos sentidos de la estructura, el comportamiento y la cultura de la organización en que tiene lugar, es un proceso organizacional que tiene dos aspectos importantes e inter-relacionados: la formulación y la implantación. Para que una estrategia de intervención sea eficaz, debe descansar en una estructura organizacional apropiada y que los procesos de medición del desempeño, motivación, compensación, desarrollo administrativo y control, han de ser direccionados hacia la clase de comportamiento requerido, por el propósito y los objetivos establecidos (22).

2.8. Sostenibilidad de las intervenciones.

El consenso político a nivel internacional sobre la necesidad urgente de la sostenibilidad se debe principalmente al trabajo de la Comisión Mundial sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo de la Naciones Unidas en 1987. La necesidad de la sostenibilidad surgió del reconocimiento de que los patrones actuales del desarrollo cuando se proyectan en un futuro no muy distante conducen a imposibilidades. Durante los últimos años gobiernos e instituciones han tenido que enfrentar el mismo problema ¿qué es la sostenibilidad?, y ¿qué significa para cada sector en particular?. La sostenibilidad puede dividirse en tres componentes: económica, social y ambiental.

La sostenibilidad económica enfoca aquella parte de la base que provee los insumos físicos para el proceso de producción de bienes o servicios. La definición ampliamente aceptada de la sostenibilidad económica como el “mantenimiento del capital”, puede adaptarse a la definición de ingresos de Hicks “la cantidad que uno puede consumir durante un período de tiempo y todavía estar en en la misma condición económica al final del período”.

La sostenibilidad social lograda solamente mediante la participación sistemática de comunidades cohesionadas, con identidad cultural, compañerismo, tolerancia, estándares comúnmente aceptados, disciplina, normas, etc., constituyen la parte menos sujeta a la medición rigurosa pero es fundamental para la sostenibilidad del desarrollo social e institucional.

La sostenibilidad ambiental agrega una consideración de los sistemas que sustentan la vida sin los cuales ni la producción ni la humanidad podría existir. Estos sistemas incluyen la atmósfera, el agua y el suelo, todos estos necesitan estar sanos. Su continuo daño o agotamiento por actividades humanas sería incompatibles con la sostenibilidad (7).

2.9 Mortalidad perinatal

La mortalidad perinatal es la expresión de un conjunto de factores que actúan sobre el producto de la concepción tanto en el período gestacional como en el neonatal. Sabemos que, como producto de los grandes logros alcanzados en los programas de inmunización y control de las enfermedades infantiles, las muertes postnatales han disminuido, mientras que las neonatales se han incrementado, como una proporción total de las muertes infantiles, y la mayoría de éstas ocurren en los primeros siete días de vida (44).

El período perinatal comienza a las 22 semanas de gestación (154 días) y termina 7 días completos después del nacimiento. La muerte fetal es la muerte in utero de un producto de la concepción en el período de tiempo que va de la semana 22 de gestación a antes de la semana 28 de edad gestacional y sus causas son diversas; entre ellas podemos mencionar: estado nutricional materno, cuidado pre-natal, infecciones génito-urinarias, defectos genéticos y cromosómicos. La muerte neonatal es la muerte de un nacido vivo ocurrida durante los primeros 28 días completos después del nacimiento. La muerte neonatal precoz ocurre durante los 7 primeros días y la muerte neonatal tardía sucede después del día 7 y antes del de los 28 días completos.

Esta clasificación no es arbitraria, sino que categoriza los diferentes factores obstétricos o neonatales que inciden favorable o desfavorablemente en la supervivencia y calidad de vida del recién nacido. En términos generales podemos expresar que los factores obstétricos se expresan con mayor intensidad en el período neonatal precoz y los factores neonatales en el período neonatal tardío (9).

La OMS estima que el 85 por ciento de las muertes de recién nacidos se deben a las infecciones, la asfixia al nacer y las lesiones del parto (35). Más de dos tercios de las muertes de recién nacidos son entre niños completamente desarrollados en el tiempo previsto y aparentemente bien equipados para la vida. Estos niños serían saludables si se les brindara atención adecuada. Ayudar a estos niños no requiere de tecnología costosa sino que requiere el establecimiento de medidas preventivas y de atención oportuna del recién nacido (36, 37, 38, 39, 31).

Uno de los factores de mayor contribución a la mortalidad perinatal y neonatal es el bajo peso al nacer (BPN), o sea aquellos niños que al nacer pesan menos de 2500 gramos (4). Estos se agrupan en dos categorías: aquellos que son prematuros (nacen antes de la semana treintisiete) o aquellos con retardo de su crecimiento intrauterino (bebés que nacen en el tiempo adecuado pero son pequeños para su edad gestacional). La mayoría de bebés con BPN en países sub-desarrollados se deben a retardo en su crecimiento intrauterino (32). Los estudios han mostrado que los niños normales en los países desarrollados tienen una tasa de mortalidad de 2 por mil vivos registrados, mientras que los bebés con BPN tienen una tasa de mortalidad de 86 por mil nacidos vivos registrados (40).

La edad gestacional es otro de los factores que están íntimamente relacionados con el desenlace adverso o favorable en el recién nacido. Los estudios demuestran que a menor edad gestacional o al nacer mayor, se incrementa el riesgo de morir o sufrir daño (19).

El síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR) es una de las principales causas de muerte o incapacidad y que afecta principalmente a los neonatos que nacen antes de la semana 34 de gestación, sin embargo, el desarrollo de intervenciones eficaces y de bajo costo, como la inducción de maduración pulmonar antenatal, la han modificado favorablemente.

La atención del parto es otro factor clave en los resultados perinatales. El recién nacido está en riesgo de que se presenten complicaciones si servicios de calidad no están disponibles oportunamente. La asfixia perinatal, un evento fácilmente detectable pero nunca totalmente previsible, puede ser enfrentado con éxito si la atención del parto es adecuada. Para ello se recomienda que en cada nacimiento debe estar presente una persona capacitada para iniciar el proceso de reanimación neonatal y si éste conlleva características de alto riesgo, al menos dos (24). En embarazos múltiples, este equipo debe ser individual para cada producto (16).

El control de la fertilidad permite a la población escoger con libertad el momento en que desean tener hijos, facilita el obtener un intervalo intergenésico óptimo y productos con mayores oportunidades de tener una edad gestacional y un peso al nacimiento adecuados .

El hospital Mauricio Abdalah, ha venido implementando una estrategia de intervención que busca mejorar la calidad de la atención peri y neonatal mediante el fortalecimiento de los procesos gerenciales y asistenciales en la institución. Para ello realizó primero una fase diagnóstica, donde se establecieron las áreas problemáticas, luego, en una segunda fase, se seleccionaron los componentes de la estrategia y los indicadores de monitoreo y evaluación, para finalmente, en una tercera fase, ejecutar el plan previsto, el que se ha venido realizando desde abril del 2002. Hoy, corresponde evaluar si la intervención ha sido eficaz y sostenible.

III. DISEÑO METODOLÓGICO

El tipo de estudio es una investigación cualitativa, *expost*, de la eficacia y sostenibilidad de la estrategia de intervención para reducir la mortalidad perinatal en el Hospital Mauricio Abdalah, Chinandega, Nicaragua, 2.002-2003.

Esta investigación se realizó en los servicios de: emergencia, labor y parto, quirófano, ambiente conjunto, alto riesgo obstétrico, unidad de cuidados intensivos neonatales, servicio de cuidados intermedios neonatales y consulta externa de obstetricia del primer y segundo nivel de atención.

En los aspectos cualitativos la unidad de análisis fueron las personas, categorizadas por su función, médica y de enfermería. En los aspectos cuantitativos la unidad de análisis la constituyeron los servicios que conforman la “ruta crítica”.

El objeto de estudio está representado por la implementación de los componentes de la intervención, en los servicios que conforman la “ruta crítica”: alto riesgo obstétrico, sala de labor y parto, unidad de cuidados intensivos neonatales, servicio de cuidados intermedios neonatales, alojamiento conjunto y emergencia.

Los sujetos de estudio lo constituyen el personal médico y de enfermería que labora, en la atención directa al feto y recién nacido, en estos servicios, y los médicos y enfermeras que desempeñan funciones gerenciales como miembros de la línea de mando, tecnoestructura y ápice estratégico.

Los criterios de selección fueron los siguientes:

- ❑ Estar directamente involucrados en la atención del feto o del recién nacido en los servicios que conforman la “ruta crítica” o que desempeñar funciones gerenciales en la línea de mando, tecnoestructura o ápice estratégico.
- ❑ Tener un mínimo de 2 años de laborar en estos servicios o desempeñar éstas funciones.

Para dar salida a los objetivos específicos se definen los siguientes descriptores:

1. Caracterizar la situación previa a la implementación de la estrategia de intervención.
 - ❑ Indicadores de estructura.
 - ❑ Indicadores de procesos (asistencia y gerencia).
 - ❑ Indicadores de resultado.
 - ❑ Indicadores del clima organizacional.
2. Describir los principales componentes de la estrategia de intervención.
 - ❑ Detallar los componentes de la estrategia de intervención.
3. Evaluar la eficacia de la intervención en la reducción de la mortalidad perinatal.
 - ❑ Tasa de mortalidad perinatal.
 - ❑ Tasa de mortalidad neonatal precoz.
 - ❑ Tasa de mortalidad neonatal tardía.
 - ❑ Tasa de mortalidad fetal.
 - ❑ Índice de asfixia.
 - ❑ Índice de cesárea.

- ❑ Índice de cobertura del programa de control de la fertilidad.

4.- Analizar el grado de sostenibilidad de la estrategia de intervención.

- ❑ Sostenibilidad técnica: incremento de las capacidades locales para adecuar la estrategia ante situaciones emergentes; desarrollo del componente de autogestión; continuidad de las acciones (logros específicos de cada componente de la estrategia de intervención).
- ❑ Sostenibilidad social: apoyo del personal a la estrategia de intervención.
- ❑ Sostenibilidad económica: percepción del personal del grado de autosostenibilidad de la estrategia de intervención con los recursos disponibles.

3.1 Procedimientos para la elaboración del diagnóstico de situación previo a la intervención.

Se confeccionó un cuestionario que contenía preguntas abiertas y cerradas en relación a 7 áreas organizacionales de interés: objetivos organizacionales, estructura organizacional, relaciones interpersonales, estilo de liderazgo, mecanismos de ayuda, actitud hacia el cambio y necesidades de información, capacitación y equipamiento.

Se entrevistó al 100 % del personal que desarrolla funciones gerenciales, se encuestó al 100 % del personal médico y al 40% del personal de enfermería que desarrollan funciones asistenciales, este último seleccionado aleatoriamente.

Se elaboraron instrumentos de observación para evaluar el grado de calidad de los procesos asistenciales en los servicios de: emergencia, alto riesgo obstétrico, labor y parto, quirófano, cuidados intensivos neonatales, cuidados intermedios neonatales, alojamiento conjunto y consulta externa del primer y segundo nivel de atención.

Se definió un listado de indicadores de estructura, proceso y resultados necesarios para establecer una “línea de base”, utilizando los datos documentales disponibles en la organización y los aportados por los resultados de las entrevistas al personal y de la observación de los procesos de atención.

3.2 Procedimientos para la selección de los principales componentes de la intervención.

Del análisis de la línea de base se definieron tres áreas problemáticas: estructura organizacional, cultura organizacional y proceso de gerencia; además, se establecieron dos prioridades: la primera a corto plazo, dirigida a mejorar la calidad de la atención del parto vaginal y la segunda, a mediano y largo plazo, a reducir la tasa de fecundidad de la mujer en edad fértil.

En conjunto con los miembros de los diferentes servicios involucrados en la problemática perinatal, la gerencia hospitalaria, la dirección del SILAIS y de la Dirección de la Mujer, Niñez y Adolescencia del Nivel Central del MINSA, se decidió intervenir al mismo tiempo en las tres áreas problemáticas.

Se seleccionaron entre un menú de opciones, aquellos problemas que conforme su magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y costo pudieran ser abordados. Se escogieron los componentes de intervención que fueran viables, factibles y sostenibles por la organización para disminuir la tasa de mortalidad perinatal. Se establecieron objetivos a corto, mediano y largo plazo. La meta que se estableció consistió en disminuir la mortalidad perinatal en un 30 %, para diciembre del 2002.

La intervención se desarrolló dentro de un marco sistémico, con la lógica de fortalecer las capacidades locales, por ello, su énfasis descansa alrededor del acompañamiento técnico, evitando suplantar a los verdaderos protagonistas o imponer criterios exógenos a la organización.

3.3 Procedimientos para la evaluación del grado de eficacia de la intervención

Por medio de revisión documental se evaluó el grado de alcance de la meta propuesta en relación a la disminución de la mortalidad perinatal. Se utilizaron indicadores de resultados para evaluar la calidad de la atención peri y neonatal, tales como: mortalidad fetal, índice de cesárea, índice de asfixia, mortalidad neonatal precoz, mortalidad neonatal tardía, mortalidad neonatal estratificada por peso al nacimiento y cobertura del programa de control de la fertilidad.

Mediante encuesta al personal que desarrolla funciones asistenciales en la “ruta crítica”, se conoció la percepción que éste tiene en relación a los cambios establecidos en la organización de los servicios, la calidad de la atención peri y neonatal y la efectividad del programa de control de la fertilidad .

Mediante la técnica de grupo focal, se conoció la percepción del personal que desarrolla funciones gerenciales acerca de la eficacia de la intervención para disminuir la mortalidad perinatal.

3.4 Procedimientos para evaluar el grado de sostenibilidad de la intervención

Por medio de revisión documental se evaluó la continuidad de las acciones contempladas en el plan de intervención, mediante los logros específicos de cada componente

Utilizando la técnica de encuesta se conoció el grado de apoyo que el personal brindaba a la intervención.

Mediante la técnica de grupo focal, se conoció la percepción del personal que desarrolla funciones gerenciales acerca de la sostenibilidad de la intervención por medio de la emisión de criterios en relación a: la continuidad de las acciones con los recursos institucionales disponibles actualmente, el grado de apoyo que el personal brinda a la

estrategia de intervención, la capacidad de la organización para adecuar la estrategia a situaciones emergentes y el nivel de gestión de recursos extrapresupuestarios.

El número de personas involucrado en la encuesta fué de treintidós médicos y veintiocho enfermeras, que desarrollan funciones asistenciales. El número de personas involucradas en el grupo focal fue de siete recursos, que desarrollan funciones gerenciales.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Caracterización de la situación previa a la implementación de la estrategia.

En el área estructural, los resultados obtenidos al realizar el diagnóstico mostraron que el organigrama, no reflejaba la estructura con que debía funcionar el hospital ya que establecía de manera inadecuada, los tramos y líneas jerárquicas. Si el propósito de la estructura es ayudar a crear un ambiente propicio para la actividad humana desempeñando tres funciones básicas: producir resultados y alcanzar objetivos organizacionales; minimizar o regular la influencia de las diferencias individuales sobre la organización y ejercer el poder, cualquier estructura organizacional debe mostrar correspondencia con su organigrama, que es la representación gráfica y esquemática de la estructura jerárquica en un momento dado.

Esta limitante ocasionaba incoherencia en la estructura ya que los sub-directores de atención médica y docencia, superiores jerárquicos del jefe de pediatría, se supeditaban a éste a nivel operativo. La jefatura de enfermería aunque actuaba en la práctica como sub-dirección no estaba ubicada al mismo nivel que las otras sub-direcciones. Se excluían cargos estratégicos como el gestor de cambio y finalmente, se asignaban inadecuadamente las responsabilidades del sub-director docente, atribuyéndole sólo la responsabilidad del internado.

No se disponía de un manual de cargos y funciones. Los manuales de organización señalan las actividades, dependencia y subordinados de una posición jerárquica, al tiempo que, describen responsabilidades, autoridad y actividades que realiza una persona en un puesto dado e informa sobre la estructura administrativa de los recursos humanos del sistema.

Los manuales de procedimientos registran en forma ordenada y sistemática información, instrucciones, o ambas cosas, sobre etapas y actividades que se consideran necesarias

para la mejor ejecución del trabajo en los aspectos administrativos y técnicos. Esta limitante, impedía a la organización definir con claridad las responsabilidades, ámbitos de competencia y autoridad, de los diferentes tramos administrativos y cargos específicos.

Como resultado de ello, se limitaban los procesos (gerenciales, asistenciales, descentralización, etc.), al no poder otorgarse una cuota de autoridad acorde al nivel de responsabilidad; se reducía la capacidad de la organización para alcanzar sus objetivos, ya que cualquier programa o componente de una estrategia de intervención se conducía sin definir y estratificar las responsabilidades de cada nivel administrativo y de cada individuo en particular; se debilitaba la cultura del trabajo en equipo (no se necesita un equipo para hacer todos lo mismo) y las funciones administrativas eran desatendidas, pues los miembros del ápice estratégico y línea de mando, se encontraban saturados de actividades asistenciales, las que deberían haber sido desarrolladas por la base operativa.

Las guías diagnósticas, terapéuticas y procedimentales estaban desactualizadas o eran inexistentes. Como consecuencia se limitaba la eficiencia, pues los recursos eran utilizados sin criterio costo-beneficio; se reducía la efectividad, pues el contar con múltiples opciones de dudoso beneficio en vez de un menú de intervenciones de comprobada eficacia, impedía utilizar lo óptimo para cada situación específica. Se dificultaba realizar evaluaciones, pues al no disponer de modelos contra los cuales contrastar la práctica, ésta se efectuaba contra la opinión de expertos. Se complicaba realizar la programación, pues la organización demandaba sin criterios definidos, incrementándose artificialmente, el riesgo de desabastecimiento.

4.1.2. Organización de los Servicios.

La organización de los servicios reflejaba la coexistencia de dos modelos. El primero, con la lógica del enfoque de riesgo, abarcaba los servicios de neonatología y alto riesgo

obstétrico. El segundo, con la lógica del perfil epidemiológico, incorporaba al resto de los servicios.

Uno de los determinantes de la morbi-mortalidad perinatal es la organización de los servicios de salud. En nuestros países donde las demandas crecen más aprisa que nuestros recursos para satisfacerlas, la adopción del enfoque de riesgo es una forma lógica y efectiva de abordar los problemas de salud perinatal ya que conocemos el hecho de que no todos los individuos tienen la misma probabilidad o riesgo de padecer un daño determinado, sino que para algunos, dicha probabilidad es mayor que para otros. Por lo tanto, la atención del embarazo y su estratificación para detectar precoz y oportunamente el alto riesgo obstétrico, al igual que la estratificación del riesgo perinatal, permiten a la organización sanitaria, dirigir más y mejor atención a estos grupos en particular, incidiendo favorablemente en sus resultados.

La organización de la atención se efectuaba mediante dos líneas jerárquicas en paralelo, médicos y enfermeras, con poca coordinación entre ambas. Es importante hacer notar que este diseño creaba tensiones tanto en el núcleo técnico como en la base operativa y exige una mayor coordinación entre los miembros del ápice estratégico y la línea de mando. Al organizar sus actividades, el hospital concentraba sus labores y sus mejores recursos por la mañana. Esta situación organizacional debilitaba la calidad en servicios priorizados (ruta crítica) a causa de que en estos ambientes, por la naturaleza del servicio que prestan, necesitan mantener inalterable la calidad de su oferta.

La competencia entre los dos modelos organizacionales (enfoque de riesgo y perfil epidemiológico) provocaban en la institución, serias contradicciones a la hora de distribuir el recurso humano, pues el enfoque de riesgo lo concentraba y el perfil epidemiológico lo diseminaba, como resultado se obtenía una distribución poco eficiente y equitativa.

Por otro lado, el mantener la estructura parricial entre médicos y enfermeras y no contar con un eje armonizador entre ambas categorías de personal, ocasionaba que ambas

enfrentaran los mismos problemas desde ópticas disímiles, a veces contradictorias, generando tensiones innecesarias.

4.1.3. Cultura Organizacional

Toda institución dispone de un conjunto de valores con los que se identifica y promueve. A este tejido de significados compartidos se le denomina cultura organizacional y constituye una variable independiente, que afecta las actitudes y conductas de los empleados. En el hospital, el personal médico, independientemente del nivel que ocuparan en la jerarquía, otorgaba mayor valor al desempeño de las actividades asistenciales. Contrario a éste fenómeno, el personal de enfermería, fuése cual fuése su posición jerárquica, concedía primacía al desarrollo de funciones gerenciales.

Por ello, no es de extrañarse que los miembros del ápice estratégico y de la línea de mando, no renunciaran a desarrollar actividades asistenciales, generando conflictos de intereses en los cuales las actividades gerenciales siempre ocupaban el margen de las prioridades y las enfermeras con mayor calificación asistencial, desempeñaran casi exclusivamente, labores gerenciales.

Esta cultura organizacional explica, también en parte, el porqué el hospital desvirtuaba la función capacitante de enfermería, asignándole a la supervisora de enfermería roles que deberían ser responsabilidad de otras sub-direcciones, específicamente de la sub-dirección administrativa. Como resultado el hospital utilizaba de manera poco eficiente sus recursos, ya de por sí precarios.

Otro aspecto cultural interesante es la copia fiel del modelo de los Hospitales Escuela. El ser considerado “médico docente” o bien “hospital escuela” otorga una categoría superior dentro de la burocracia profesional del sistema sanitario. Por ello, el médico especialista o general, independientemente de su carga asistencial, solicita un aprendiz. Esta

particular manera de organizar el recurso humano, no es eficiente en hospitales cuya principal función es asistencial y determina abuso del médico en formación.

4.1.4. Gerencia

El analizar cómo se dirige una institución es vital a la hora de establecer las causas de sus problemas y la eficiencia, eficacia y sostenibilidad sus estrategias, de la misma manera que reconocer en el estilo de liderazgo del gerente, un determinante de la buena marcha o no, de una institución. Estudios recientes sobre administración parecen indicar que no existe un único enfoque institucional óptimo, por ello, la meta principal de cualquier gerente es encontrar soluciones para los problemas institucionales que sean de calidad y gocen de aceptación.

Ello significa estar dispuesto a tomar en cuenta lo que las demás personas aportan a la situación conflictiva e implica el deseo de determinar la forma en que cada parte percibe el problema y porqué lo ve desde esa perspectiva.. Como consecuencia de lo anterior, el elaborar un listado o menú de posibles alternativas de solución buscando la viabilidad, factibilidad y sostenibilidad de las intervenciones que cuenten con consenso, otorgará estabilidad y fortaleza a lo implementado.

El hospital se encontraba organizado con la lógica de ofertar lo que se tenía y no lo que se debía. No disponía de un plan de empresa para ir cerrando poco a poco la brecha entre la oferta y la demanda, ni tampoco de un plan de desarrollo del recurso humano para sustentar tal aspiración.

El hospital, como resultado, incorporaba recursos sin tomar en cuenta sus necesidades estratégicas. El estilo de dirección era centralizado, la mayoría quedaba al margen de las decisiones estratégicas. El personal respondía trabajando por inercia y manteniéndose fuera de cualquier problemática y sus posibles soluciones. Si se atrevían a proponer alternativas, éstas, raras veces eran escuchadas por la gerencia. Por ello, las

intervenciones gozaban de muy poco consenso y no eran apoyadas entusiástamente. Los esfuerzos para fortalecer la calidad se convertían en ciclos desgastantes de activismo, perfiriendo el personal esperar a que la “nueva moda” se agotara.

La monitoría permite detectar precozmente factores facilitadores y obstaculizadores, permitiendo realizar ajustes oportunamente. La supervisión facilita el cumplimiento adecuado de las normas. La evaluación nos permite emitir juicios de valor. Juntos estos elementos conforman el control de gestión en salud, proceso gerencial que identifica los factores, normas y procedimientos, en la prestación de los servicios de salud, que sugieren alternativas para organizar, dirigir y controlar los recursos con la finalidad de garantizar una adecuada calidad de atención .

En el hospital, el acompañamiento técnico de los procesos dirigidos a alcanzar los objetivos planteados en los planes de intervención era pobre e incipiente. El no disponer de indicadores de procesos limitaba enormemente la capacidad de la gerencia de realizar el monitoreo y evaluación de las actividades diarias y de las estrategias definidas para alcanzar objetivos específicos. La evaluación que desarrollaba constituía más un análisis forense que una función que facilitara corregir oportuna y adecuadamente las distorsiones. La inercia (lo hago de ésta manera pues así se ha procedido siempre) sustituía la cultura de la calidad (lo hago de esta manera pues es la mejor manera de realizarlo).

El control de la fertilidad permite a la población escoger con libertad el momento en que desean tener hijos, facilita el obtener un intervalo intergenésico óptimo y productos con mayores oportunidades de tener una edad gestacional y un peso al nacimiento adecuados. En el hospital, la estrategia del control de la fertilidad estaba centralizada en un solo recurso y estructurado verticalmente, de manera que dependía jerárquicamente del nivel central. El personal médico y de enfermería, en general, no asumían la responsabilidad de contribuir a alcanzar los objetivos de éste programa en particular, pues su diseño era excluyente.

4.1.5. Observación de procesos

La OMS estima que la mayoría de las muertes de recién nacidos se deben a infecciones, asfixia al nacer y lesiones del parto. Estos niños serían saludables si se les brindara atención adecuada y ayudarlos no requiere de tecnología costosa, sino que requiere el establecimiento de medidas preventivas y de atención oportuna. Por lo tanto, la atención del embarazo y su estratificación para detectar oportunamente el alto riesgo obstétrico, al igual que la estratificación del riesgo perinatal, es clave en los resultados, pues permiten a la organización equidad en la atención a estos grupos en particular.

La asfixia perinatal puede ser enfrentada con éxito si la atención del parto es adecuada, para ello, se recomienda que en cada nacimiento debe estar presente una persona capacitada para iniciar el proceso de reanimación neonatal y si éste conlleva características de alto riesgo, al menos dos. En embarazos múltiples, este equipo debe ser individual para cada producto.

En el servicio de labor y parto, la atención del parto y del recién nacido no se habían estratificado por niveles de riesgo. El parto vaginal de alto riesgo y el neonato eran atendidos por el personal con menores competencias, por lo que se incrementaba el riesgo de morir o resultar dañado. Ello determinaba que la calidad en la prestación de éste servicio no fuera la que el hospital estaba en capacidad de ofertar con los recursos disponibles y se tornara precaria en la noche. En quirófano, la atención del parto vía abdominal, tampoco estaba estratificada por nivel de riesgo. Tanto el parto abdominal como la atención neonatal en quirófano eran efectuadas por el personal con más calificación las 24 horas del día, independiente del nivel de riesgo a atender. Ello causaba ineficiencia e inequidad.

Sabemos que por ley expresa el paciente tiene derecho a que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, y será su interlocutor principal con el equipo asistencial. Conocemos también que el síndrome de dificultad respiratoria (SDR), una de las principales causas de muerte o incapacidad que afecta principalmente a los neonatos que

nacen antes de la semana 34 de gestación, es eficiente y eficazmente enfrentadas con intervenciones, como la maduración antenatal con esteroides, con un extraordinario rango costo-beneficio y resultados muy favorables.

En el servicio de alto riesgo obstétrico no había asignación de responsabilidades puntuales. El personal médico no se responsabilizaba de pacientes específicos, todos eran responsables de todos, lo que se traducía en un “nadie es responsable de nadie”. La atención perinatal tampoco estaba estratificada, lo que se reflejaba en una falta de definición de los criterios de ingreso, admitiéndose a este ambiente mujeres con embarazo de alto, mediano y bajo riesgo obstétrico y perinatal. No se mantenía un nivel estandarizado en la calidad de la atención puesto que el personal con menores competencias se hacía cargo de la atención de estas pacientes en el turno vespertino. No se había definido un paquete básico de servicios a ofertar en éste ambiente, por lo que, inductores de la maduración pulmonar fetal, por ejemplo, eran incumplidos a pesar de disponer la institución de los mismos.

No se disponía en éste ambiente de un equipo mínimo para atender un parto pretérmino, a pesar de saber que la inadecuada atención del mismo incrementaba sustancialmente los riesgos de daño y muerte neonatal. El enfoque de riesgo perinatal, abordado multidisciplinariamente, no era la práctica común, a pesar de contar la institución con personal calificado. La coordinación entre los departamentos de pediatría y gineco-obstetricia, era predominantemente para informar, el primero al segundo, sobre la necesidad de la atención de un parto vía abdominal. Tampoco se contaba con un servicio de mediano riesgo obstétrico, lo que determinaba que las pacientes ingresadas al servicio de alto riesgo obstétrico tuvieran que permanecer en éste hasta estar en condiciones de alta.

Los estudios han encontrado que reducir la distancia entre las mujeres y los servicios de salud requieren dos estrategias complementarias: llevar la atención más cerca de las mujeres y llevar a las mujeres más cerca de la atención. Una estrategia que ha dado buenos resultados en Nicaragua, es la llamada Casa Materna, donde las mujeres con

embarazo de alto riesgo y problemas de accesibilidad (sobre todo geográfica) llegan una semana antes de su fecha probable de parto a este ambiente, facilitando su atención oportuna. En el hospital, el riesgo “potencial”, aquellas pacientes con factores de riesgo (cesárea anterior, por ejemplo), trasladadas precozmente por razones de accesibilidad geográfica, eran ingresadas al servicio de alto riesgo obstétrico, sin existir suficientes criterios para ello.

Esta situación originaba hacinamiento, ineficiencia en el uso de los recursos, incremento del promedio de estancia, decremento de la calidad y la calidez en la atención y aumento del riesgo de morir o resultar con daño, puesto que usuarios de bajo riesgo y “riesgo potencial” competían por la atención y los recursos asignados específicamente a pacientes de alto riesgo.

En la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), no se disponía de criterios para derivar niños al servicio de cuidados intermedios neonatales (SECIN), por lo que en la práctica también manejaba niños de mediano y bajo riesgo, lo que ocasionaba hacinamiento, ineficiencia, y que niños de bajo y mediano riesgo compitieran con los de alto riesgo, por la atención y los recursos. No contaba esta unidad con personal (neonatólogo) ni con tecnología adecuada (ventiladores, etc.) para acreditarse como tal.

Se observó abuso en el uso de antibióticos (más del 30%) y de la vía IV (100%), lo que incrementaba el riesgo de complicaciones (infecciones nosocomiales, etc.). El servicio de cuidados intermedios neonatales tampoco disponía de criterios definidos para derivar neonatos al servicio de alojamiento conjunto (UMI), por lo que manejaba niños de mediano y bajo riesgo. También presentaba una sobre-utilización de antibióticos y de la vía IV.

El servicio de alojamiento conjunto (UMI) manejaba criterios indefinidos. No estaba definido un paquete básico de servicios a ofertar (apego precoz, métodos de control de fertilidad, etc.).

En el servicio de urgencia, no estaba estratificado el riesgo obstétrico ni perinatal. El personal con menos competencias es el que atendía al usuario con mayores riesgos. La coordinación entre los departamentos de Pediatría y Gineco-Obstetricia era precaria en éste ambiente.

En el servicio de consulta externa del segundo nivel las mujeres eran atendidas por personal calificado (gineco-obstetra). No estaba definido un paquete básico de servicios a ofertar. A ninguna usuaria se le brindaba información sobre amamantamiento o métodos de control de su fertilidad. La prioridad era la detección de la toxemia gravídica. En el servicio de consulta externa del primer nivel, el alto riesgo obstétrico era atendido por varias categorías de personal. No existía un instrumento para acreditar el riesgo. El sistema de derivación era inefectivo.

4.1.6. Percepción del personal

La literatura refiere que los directivos, el personal, los usuarios y la sociedad, todos, pueden tener objetivos y metas para la organización y que éstas pueden ser similares o distintas. Comprender este fenómeno equivale a entender el contexto político interno y externo de la organización de salud. El grado de congruencia de metas permite dar paso a la descentralización, con la seguridad de que cada individuo trabajará para la consecución de las mismas. El liderazgo, entendido como un sistema de influencia sobre las actividades de individuos o grupos para lograr metas comunes en situaciones determinadas, es un determinante de la buena marcha o no de una organización (16).

La meta principal de cualquier gerente es encontrar soluciones para los problemas institucionales, que sean de calidad y gocen de aceptación. Ello significa estar dispuesto a tomar en cuenta las metas, motivaciones y necesidades, que las demás personas aportan a la situación conflictiva e implica el deseo de determinar la forma en que cada parte percibe el problema y porqué lo ve, desde esa perspectiva.

El hecho prestar atención a las personas, parte del reconocimiento de que el mejoramiento de la productividad se debe a factores como la moral, las relaciones satisfactorias entre los miembros de un grupo, su sentido de pertenencia y una administración eficaz, o sea, una clase de administración que comprendiendo la conducta humana, la mejora mediante la motivación, la asesoría, la dirección y la comunicación.

En la encuesta, el personal médico y de enfermería declaró desconocer los aspectos más relevantes de la situación perinatal y quién establecía las metas en su departamento. Consideró que la organización del trabajo no contribuía al alcance de los objetivos institucionales y que la mejor manera de organizar los servicios era bajo un enfoque de riesgo. Expresó que si tuvieran un problema en su trabajo podrían obtener ayuda. Percibió el clima laboral como armonioso. Desconoció si existía una política de beneficios que estimulara su rendimiento.

Reconoció que la persona que más influía en su trabajo individual y de equipo era el jefe de departamento. Estimó que no eran escuchadas sus sugerencias por la gerencia. Que para mejorar su rendimiento necesitaban conocer sus indicadores personales. Se declaró anuente al cambio. Sugirió que para mejorar era necesario normalizar los procesos y que una estrategia de intervención para ser eficaz debería incluir capacitación, reorganización de los servicios con enfoque de riesgo, mejorar la coordinación entre los distintos departamentos y servicios hospitalarios y fortalecer el monitoreo y la evaluación institucional.

Toda la situación anteriormente descrita se conjugaba para ofertar un nivel de calidad y calidez de la atención perinatal y neonatal por debajo de la capacidad real de la organización y una limitada efectividad del programa de control de la fertilidad.

Esta situación se expresaba en una tasa de mortalidad perinatal de 35 por mil nacidos vivos registrados, una tasa de mortalidad fetal de 10 por mil nacidos vivos registrados, una tasa de mortalidad neonatal precoz de 26 por 1000 nacidos vivos registrados y una

tasa de mortalidad neonatal tardía de 2 por mil nacidos vivos registrados, que no podían ser explicadas por razones de bajo peso al nacer o prematurez.

Se reflejaba también un índice de cesárea del 28.06 por ciento (el 70% por cesárea anterior) y una cobertura en el programa de control de la fertilidad, del 4 por ciento. Estos dos indicadores mostraban una limitada efectividad del programa de control de la fertilidad, cuya explicación no podía ser atribuida a causas como desabastecimiento de métodos, etc., sino a debilidades en la implementación del programa en sí.

4.2 Descripción de los principales componentes de la estrategia de intervención.

- ❑ Redefinir la misión y visión institucional.
- ❑ Adecuar y fortalecer el organigrama estructural de la organización hospitalaria.
- ❑ Elaborar el manual de cargos y funciones.
- ❑ Actualizar las guías diagnósticas, terapéuticas y procedimentales.
- ❑ Elaborar instrumentos de gestión, monitoreo y evaluación del plan de intervención.
- ❑ Organizar los servicios de obstetricia y neonatología con enfoque de riesgo.
- ❑ Capacitar a médicos y enfermeras, directamente involucrados en la atención del parto y recién nacido, en aspectos básicos de atención al recién nacido y reanimación neonatal.
- ❑ Incrementar la efectividad del programa de control de la fertilidad en el hospital.

4.3 Evaluación del Grado de Eficacia de la Intervención.

Tabla 1. Tasas de mortalidad por mil nacidos vivos registrados. Hospital Mauricio Abdalah, Chinandega, Nicaragua, 1999-2003.

Tasas	1999	2000	2001	2002	2003*
Perinatal	29	25	35	30	14
Neonatal Precoz	19	16	26	17	4
Neonatal Tardía	2	2	3	2	1
Fetal	18	12	10	13	10

Fuente: Departamento de Estadísticas del hospital Mauricio Abdalah. * Nonestre.

La Tabla 1 muestra una reducción en la tasa de mortalidad perinatal, de 35 por mil nacidos vivos registrados en el año 2001, a 14 por mil nacidos vivos registrados en el nonestre del año 2003. Evidencia una disminución en la tasa de mortalidad neonatal precoz de 26 por mil nacidos vivos registrados en el 2001, a 4 por mil nacidos vivos registrados en el nonestre del 2003. Registra un descenso en la tasa de mortalidad neonatal tardía de 3 por mil nacidos vivos registrados en el 2001, a 1 por mil nacidos vivos registrados en nonestre del 2003, e indica, que la tasa de mortalidad fetal se mantuvo en 10 por mil nacidos vivos registrados, para ambos periodos.

En vista de que la mortalidad perinatal expresa un conjunto de factores que actúan sobre el producto de la concepción tanto en el período gestacional como en el neonatal, y que, los factores obstétricos se expresan con mayor intensidad en el período neonatal precoz y los factores neonatales en el período neonatal tardío, los datos anteriormente descritos evidencian una mejoría en la calidad de atención del binomio madre-niño, durante la gestación, en el momento del parto y en el período neonatal.

Tabla 2. Tasas de mortalidad neonatal por peso al nacimiento. Hospital Mauricio Abdalah, Chinandega, Nicaragua, 1999-2003.

Gramos	1999	2000	2001	2002	2003
1000-2499	76	67	105	73	15
2500-2999	16	15	25	14	2
3000-3999	11	6	28	17	4
4000 y más	0	2	4	2	0
Total	103	90	162	106	21

Fuente: Departamento de Estadísticas del hospital Mauricio Abdalah. * Nonestre.

La Tabla 2 indica que la mortalidad neonatal en el 2001, se incrementó más de 4 veces en el grupo de 3000-3099 gramos. En el año 2003 disminuye siete veces en éste grupo y se observa que la mortalidad se desplaza hacia el grupo de menos de 2500 gramos. Uno de los factores de mayor contribución a la mortalidad perinatal y neonatal es el bajo peso al nacer (BPN), o sea aquellos niños que al nacer pesan menos de 2500 gramos. Los estudios han mostrado que los niños normales en los países desarrollados tienen una tasa de mortalidad de 2 por mil vivos registrados, mientras que los bebés con BPN tienen una tasa de mortalidad de 86 por mil nacidos vivos registrados. Lo anteriormente expresado nos refleja una mejoría sustancial en la calidad de la atención peri y neonatal, pues la mortalidad es mayor en aquellos grupos con mayor riesgo biológico de morir.

Tabla 3. Mortalidad neonatal y Apgar. Hospital Mauricio abdalah. Chinandega, Nicaragua, 2001 –2003.

Escore de Apgar**	2001	2002	2003
0 – 3	6	3	1
4 – 6	19	9	3
> 7	121	88	16
Sin datos	16	6	1
Total	162	106	21
Nacidos vivos	5705	5593	4141
% de asfixia	0.4	0.2	0.0

Fuente: Departamento de Estadísticas del hospital Mauricio Abdalah. Nonestre*. Minuto cinco *

La Tabla 3 muestra una reducción de 0.4 en el año 2001, a 0.0 en el nonestre del 2003, en la asfixia, como componente de la mortalidad perinatal. La asfixia perinatal, un evento fácilmente detectable pero nunca totalmente previsible, puede ser enfrentado con éxito si la atención del parto es adecuada. Para ello se recomienda que en cada nacimiento debe estar presente una persona capacitada para iniciar el proceso de reanimación neonatal y si éste conlleva características de alto riesgo, al menos dos. En embarazos múltiples, este equipo debe ser individual para cada producto.

Los datos evidencian mejor calidad en la atención del parto y del recién nacido, y mayor efectividad en las maniobras de reanimación en aquellos niños asfícticos o deprimidos al nacimiento.

Tabla 4. Vía de Nacimiento. Hospital Mauricio Abdalah, Chinandega, Nicaragua, 2001-2003.

Periodo	Vaginal	Abdominal	% de Cesárea
1999	4061	1307	24.3
2000	4246	1515	26.3
2001	4148	1618	28.06
2002	4260	1420	25
2003*	4335	1151	20

Fuente: Departamento de Estadísticas del hospital Mauricio Abdalah. Nonestre*

Tabla 5. Prestación de Servicios de Anticoncepción Post-evento Obstétrico. Hospital Mauricio Abdalah. Chinandega, 2001-2003.

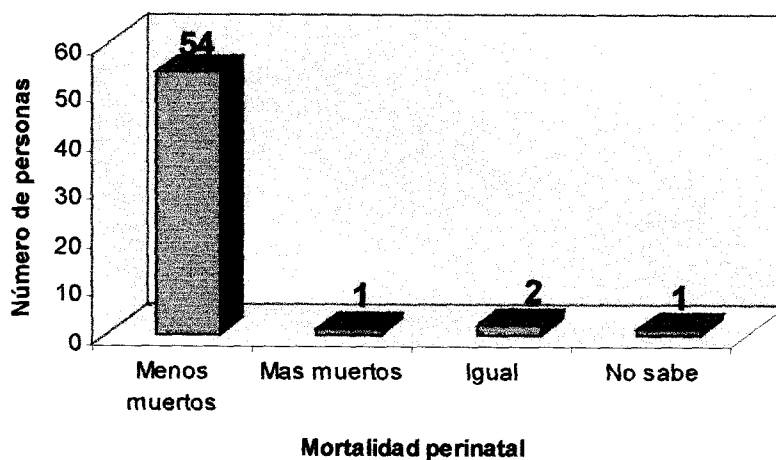
Año	Porcentaje
2001	4%
2003	48.7%

Fuente: Departamento de Estadísticas del hospital Mauricio Abdalah. Nonestre*

La Tabla 4 registra una disminución del parto vía abdominal de 28.06 por ciento, en el 2001, a 20 por ciento en el nonestre del 2003. La Tabla 5 evidencia un incremento de la cobertura del programa de control de la fertilidad, de 4 por ciento en al año 2001, a 37.8 por ciento, en el nonestre del 2003.

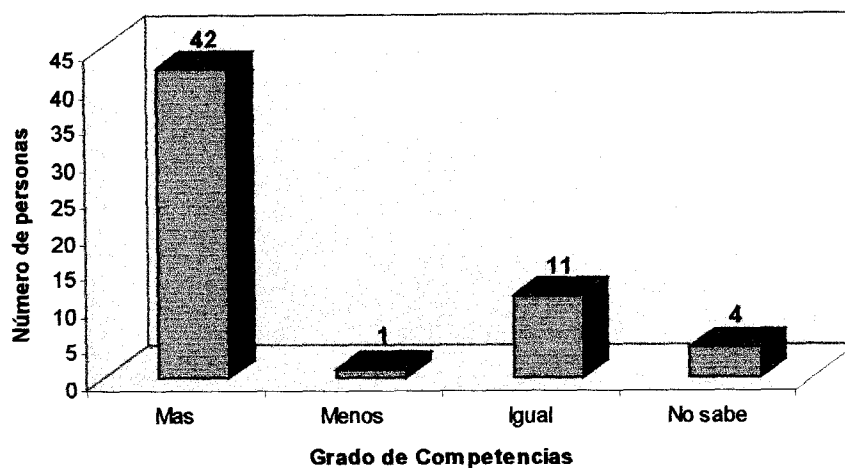
Sabemos que el control de la fertilidad permite a la población escoger con libertad el momento en que desean tener hijos, facilita el obtener un intervalo intergenésico óptimo y productos con mayores oportunidades de tener una edad gestacional y un peso al nacimiento adecuados. Los datos descritos evidencian una mayor calidad en la atención obstétrica y una mayor efectividad del programa de control de la fertilidad, ya que el mayor componente del parto abdominal en el hospital, es la cesárea anterior.

La Gráfica 1 muestra que, en relación a la mortalidad perinatal del hospital, el 93% de los encuestados consideran que se mueren menos niños, el 2%, que se mueren más recién nacidos, el 4% que no ha cambiado en nada ésta situación y y el 2% que no sabe.



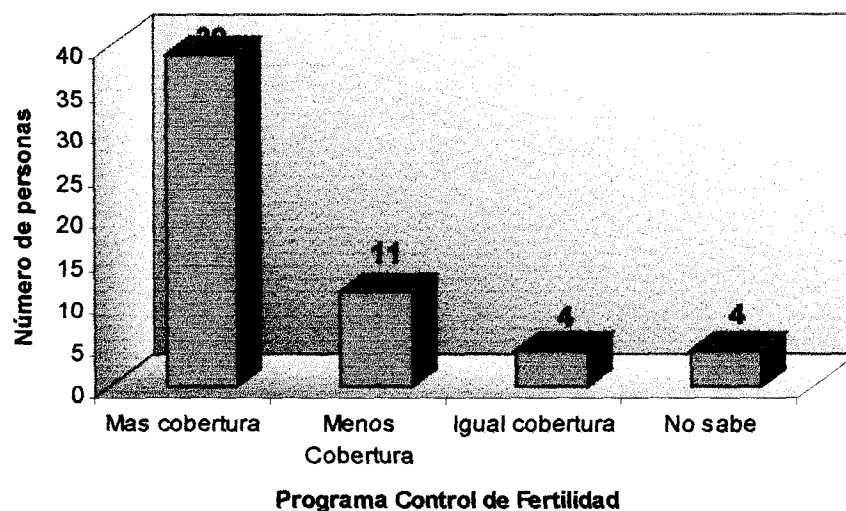
Gráfica 1. Percepción del personal del Hospital de Chinandega acerca del comportamiento actual de la mortalidad perinatal. 2002-2003.

La Gráfica 2 evidencia que, respecto a sus competencias (grado de información y nivel de destreza) para atender un parto o un recién nacido en sala de partos, el 72% de los encuestados se sienten con mayores competencias, el 2% con menores competencias, el 19% con iguales competencias y el 7% no sabe.



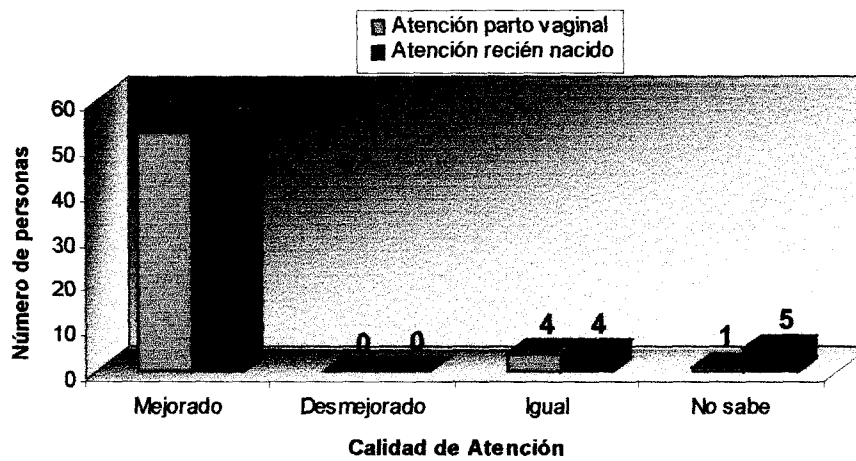
Gráfica 2. Percepción del personal del Hospital de Chinandega acerca del grado de competencia de médicos y enfermeras, para atender un parto o un recién nacido en la sala de Labor y Parto. Chinandega, 2002-2003.

La gráfica 3 refleja que, en relación a las mujeres que egresan del hospital después de sufrir un aborto o un parto, el 67% de los encuestados considera que un número mayor egresa con algún método de control de la fertilidad, el 19%, considera que un número menor egresa con algún método de control de su fertilidad, el 7% considera que no ha variado en nada esta situación y el 7% no sabe.



Gráfica 3. Percepción del personal en relación a la cobertura del programa de control de la fertilidad en el Hospital de Chinandega, 2002-2003.

La Gráfica 4 demuestra que, respecto a la calidad de la atención del parto vaginal, el 91% de los encuestados considera que ésta ha mejorado, el cero % que ha desmejorado, el 7% que permanece igual y el 2% no sabe. En relación a la calidad de la atención del recién nacido en los servicios de neonatología (UCIN,SECIN,UMI), el 84% de los encuestados piensa que ha mejorado, el cero% que ha desmejorado, el 7 % que permanece igual y el 9% no sabe.



Gráfica 4. Percepción del personal acerca de la calidad de la atención del parto vaginal y de recién nacido en el Hospital de Chinandega. 2002-2003.

El Cuadro 1, muestra los resultados compartidos por los miembros del ápice estratégico, tecno- estructura y línea de mando, que conformaron el grupo focal. Ellos identificaron como elementos para sustentar su percepción acerca de la eficacia de la intervención, los siguientes: mejoría de los estándares de calidad, mayor uso de anticonceptivos por las usuarias al egreso hospitalario, menor número de recién nacidos muertos y el incremento de las competencias del personal, logrado por medio de actividades de capacitación.

Cuadro 1. Percepción del personal en relación a la eficacia de la intervención para reducir la mortalidad perinatal. Hospital Mauricio Abdahlah Chinandega, 2002 –2003.

Componente	Descriptor	Categoría
Eficacia	Mejoría de los estándares de calidad. Más uso de anticonceptivos. Menos niños muertos. La tecnología es importante pero más importante es la persistencia del personal. La educación ha sido importante. Capacitación.	Calidad Cobertura Impacto Competencias Competencias Competencias

Fuente: Bitácora grupo focal, 2003.

4.4 Evaluación del Grado de Sostenibilidad de la Intervención.

La misión es la función básica de la organización en términos de los bienes y servicios que ofrece a los usuarios o clientes. Es lo que le da sentido a una organización y la legitima socialmente. La Misión del hospital se encuentra re-elaborada (anexo 1) y expresa de mejor manera sus funciones principales en relación a los servicios que oferta a su población de influencia. En ella encontramos se encuentra ahora incorporada su función docente y de investigación que había sido dejada por fuera en la declaración anterior.

La visión expresa los objetivos de mediano plazo, lo que la organización “pretende ser”, el norte hacia donde sus esfuerzos estarán dirigidos, su imagen objetivo. La visión del hospital, está definida con mayor precisión (anexo 1) y refleja con mayor claridad lo que el hospital pretende llegar a ser. En ella encontramos la necesidad de continuar el fortalecimiento gerencial, de incrementar la calidad de la atención ofertada y de disminuir la brecha entre la oferta actual y la demanda real.

Adecuar y fortalecer el organigrama estructural de la organización hospitalaria.

El organigrama estructural se encuentra readecuado (anexo 3) y expresa más adecuadamente la configuración actual de la organización y los tramos y niveles por donde fluyen las decisiones. Ello le permite constituir una herramienta gerencial que ayuda al alcance de los objetivos organizacionales. Está mejor definido el nivel jerárquico de la jefatura de enfermería y el departamento de abastecimiento técnico-material, los que, en base a justificaciones técnicas se encuentran categorizados como sub-direcciones. El gestor de cambio se encuentra incorporado y ubicado en el área de la tecno-estructura.

Elaborar el Manual de Cargos y Funciones.

Los manuales de organización señalan actividades, dependencia y subordinados de una posición jerárquica; describe responsabilidades, autoridad y actividades que debe realizar una persona en un puesto dado; informa sobre la estructura administrativa de los recursos humanos del sistema. Los manuales de procedimientos registran en forma ordenada y sistemática información, instrucciones o ambas cosas, sobre etapas y actividades que se consideran necesarias para la mejor ejecución del trabajo en los aspectos administrativos y técnicos. El hospital dispone de un manual de cargos y funciones. En él se encuentran debidamente establecidas las funciones de los miembros del ápice estratégico, línea de base y tecno-estructura.

Actualizar las Guías diagnósticas, terapéuticas y procedimentales.

El hospital es una burocracia profesional y por lo tanto una estructura sumamente descentralizada. El laborar de esta manera implica trabajar con relativa independencia y en estrecho contacto con la clientela, lo que permite afectar favorable o desfavorablemente los resultados organizacionales. Por ello, los profesionales deben

coordinarse normalizando su desempeño. Las guías diagnósticas, terapéuticas y procedimentales de las principales patologías del período perinatal se encuentran actualizadas y disponibles en los servicios de obstetricia y neonatología .

Elaborar instrumentos de gestión, monitoreo y evaluación del plan de intervención.

La monitoría, permite detectar oportunamente los factores facilitadores y obstaculizadores, facilitando la toma de decisiones inmediatas. La supervisión, el proceso de ayuda y capacitación, realizada por el personal, asegura el cumplimiento adecuado de las normas para la atención. La evaluación, la cual mide y comparara la estructura, procesos y resultados obtenidos, con respecto a objetivos, metas, criterios e indicadores preestablecidos, para un período de tiempo determinado nos permite emitir juicios de valor.

El hospital cuenta con un manual básico de gerencia perinatal, el cual contiene los pasos esenciales para la planeación estratégica y un cuerpo de indicadores de estructura, procesos y resultados útiles para la monitoría y evaluación del plan.

Organizar los servicios de obstetricia y neonatología con enfoque de riesgo.

Los servicios de salud se crean para alcanzar determinados objetivos y es uno de los medios para alcanzar coordinación de los recursos. Por ello, se ha definido como el “conjunto de mecanismos a través de los cuales los recursos humanos y la capacidad instalada se organizan mediante un proceso administrativo y de una tecnología médica, para ofrecer prestaciones de salud integrales, en cantidad suficiente y de calidad adecuada, para cubrir la demanda de servicios de la comunidad, a un costo compatible con los fondos disponibles.

Los estudios han encontrado que reducir la distancia entre las mujeres y los servicios de salud es una estrategia eficiente y eficaz para mejorar los resultados perinatales. La casa materna, un espacio donde las mujeres con embarazo de alto riesgo y problemas de accesibilidad (sobre todo geográfica) llegan una semana antes de su fecha probable de parto a este ambiente, facilitando su atención oportuna, ha dado buenos resultados en Nicaragua.

En el hospital, los servicios de obstetricia y los de neonatología se encuentran organizados con enfoque de riesgo y definidos los criterios para acreditar a un paciente determinado como de bajo, mediano y alto riesgo. Se creó “funcionalmente” el servicio de mediano riesgo obstétrico y el servicio de “riesgo obstétrico potencial” o casa materna.

Capacitar a médicos y enfermeras, directamente involucrados en la atención del parto y recién nacido, en aspectos básicos de atención al recién nacido y reanimación neonatal.

La asfixia perinatal, un evento fácilmente detectable pero nunca totalmente previsible, puede ser enfrentado con éxito si la atención del parto es adecuada. Para ello se recomienda que en cada nacimiento debe estar presente una persona capacitada para iniciar el proceso de reanimación neonatal y si éste conlleva características de alto riesgo, al menos dos. En embarazos múltiples, este equipo debe ser individual para cada producto.

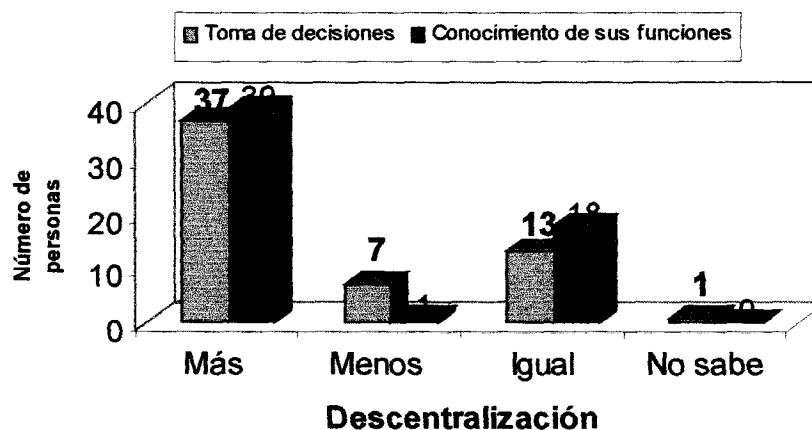
En el hospital, los médicos y enfermeras, que desempeñan funciones asistenciales, en los servicios de obstetricia y neonatología, han recibido capacitación sobre aspectos básicos de atención al recién nacido y reanimación neonatal. Se cuenta con un plan escrito de capacitación diseñado por la sub-dirección docente y la sub-jefatura docente de enfermería.

Incrementar la efectividad del programa de control de la fertilidad en el hospital.

El control de la fertilidad permite a la población escoger con libertad el momento en que desean tener hijos, facilita el obtener un intervalo intergenésico óptimo y productos con mayores oportunidades de tener una edad gestacional y un peso al nacimiento adecuados. En el hospital, el programa de control de la fertilidad funciona, actualmente, con otra lógica y diseño organizacional.

Descentralización

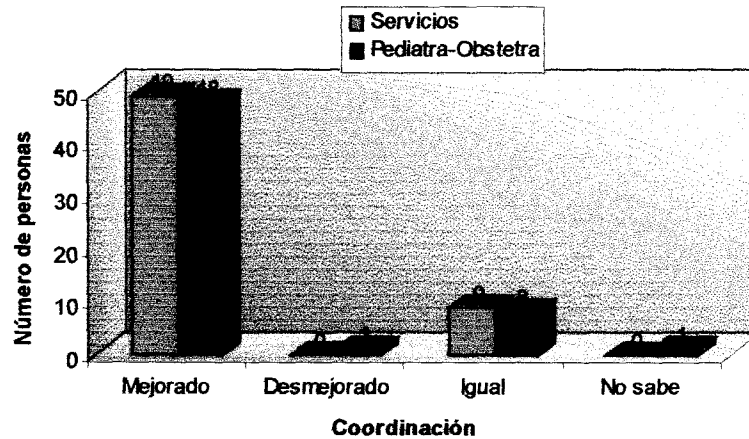
La Gráfica 5 muestra que, el 64% del personal encuestado opina que sus opiniones son tomadas más en cuenta, el 12% menos, el 22% igual que antes y el 2% no sabe. En relación al conocimiento de sus funciones, ámbitos de competencia y autoridad, el 67% de los encuestados considera que conoce más cuáles son sus responsabilidades y nivel de autoridad en el hospital, el 2% las conoce menos, el 31% mantiene el mismo nivel de conocimiento y el cero%, no sabe.



Gráfica 5. Percepción del personal acerca de la democratización en la toma de decisiones y el conocimiento de sus funciones, ámbito de competencia y de autoridad del personal en el Hospital de Chinandega. 2002-2003.

La Gráfica 6, evidencia que, en cuanto a la coordinación entre médicos y enfermeras a nivel de los servicios de neonatología y obstetricia, el 84% de los encuestados piensa que ha mejorado, el cero% que ha desmejorado, el 16% que no ha cambiado y el cero% no

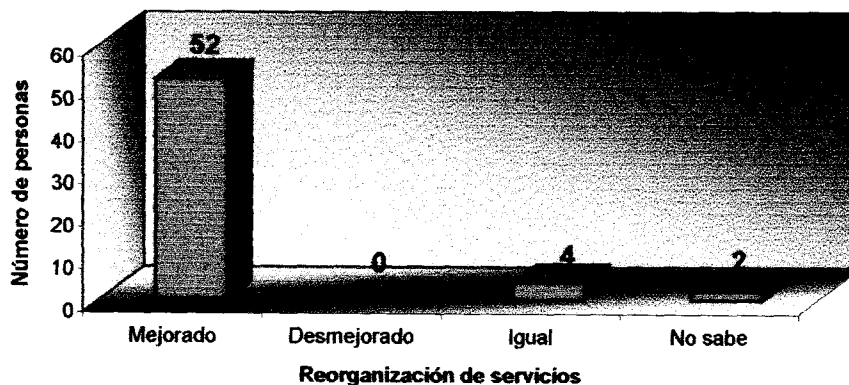
sabe. En cuanto a la coordinación entre el pediatra y el obstetra a la hora de atender un parto, el 83% de los encuestados piensa que ha mejorado, el 2% piensa que ha desmejorado, el 14% piensa que permanece igual y el 1%, no sabe.



Gráfica 6. Percepción del personal sobre la coordinación entre Pediatra y Obstetra y servicios de Obstetricia y Neonatología en el Hospital Mauricio Abdalah. Chinandega, 2002-2003.

Organización de los servicios

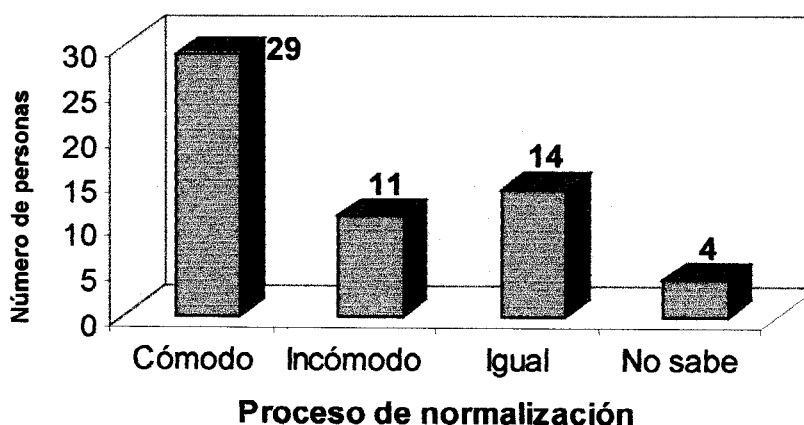
La Gráfica 7 evidencia que, en relación a la reorganización de los servicios de obstetricia y neonatología, el 90% de los encuestados opina que han mejorado la forma de hacer las cosas, el cero % que han desmejorado la manera de hacer las cosas, el 7% que no han modificado en nada la manera de hacer las cosas y el 3%, no sabe.



Gráfica 7. Percepción del personal acerca de la reorganización de los servicios de Obstetricia y Neonatología en el Hospital Mauricio Abdalah, Chinandega, 2002-2003.

Normalización

La Gráfica 8 refleja que, en cuanto al proceso de normalización de los servicios, el 50% de los encuestados considera que la mayoría se siente cómoda con el impulso a la estandarización de los procesos diagnósticos, terapéuticos y procedimentales, el 19% considera que la mayoría se siente incómoda, el 24% considera que la mitad se siente cómoda y la otra mitad incómoda y el 7% no sabe.



Gráfica 8. Percepción del personal de aceptación de la implementación de guías diagnósticas, terapéuticas y procedimentales en el Hospital Mauricio Abalah. Chinadega, 2002-2003.

Sostenibilidad técnica

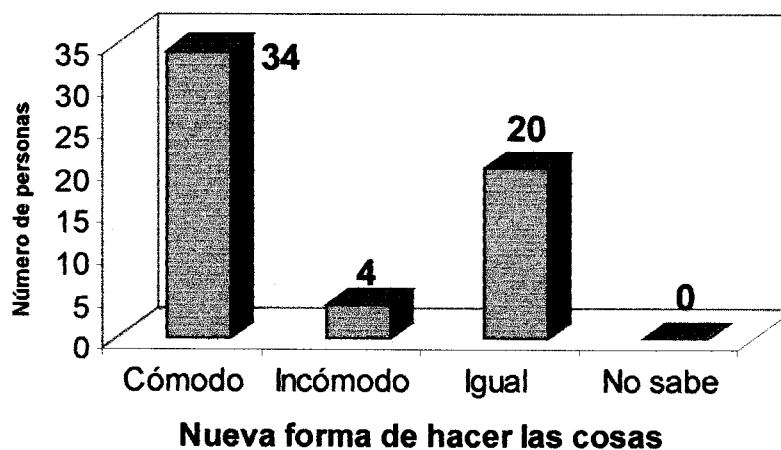
La Gráfica 9, refleja que, en relación a la justificación del porqué las actividades se realizan de una determinada manera en el hospital, el 17% de los encuestados considera que se hacen así porque siempre se han realizado de esa manera, el 38% porque están convencidos de que es la mejor manera de hacerlas, el 36% atribuye igual peso a las dos justificaciones anteriores y el 9%, no sabe.



Gráfica 9. Percepción del personal acerca de la justificación técnica de los procesos asistenciales en el Hospital Mauricio Abdaláh. Chinandega, 2002-2003.

Sostenibilidad Social

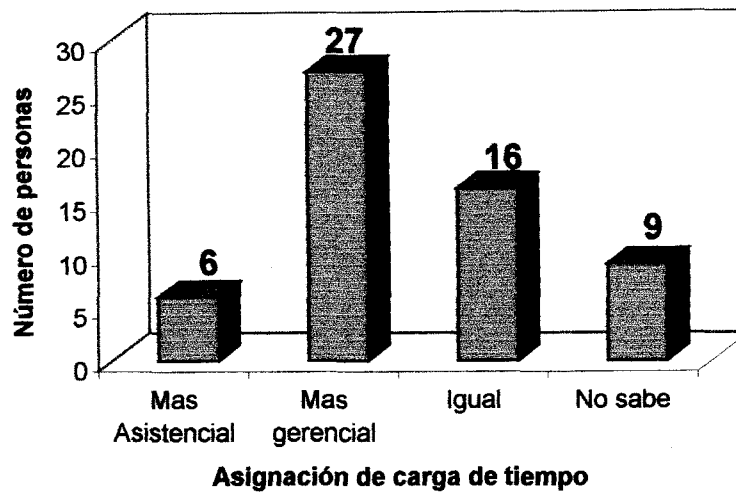
La gráfica 10 demuestra que, en relación a los cambios que ha venido desarrollando el hospital en algunas actividades asistenciales y gerenciales, el 59% de los encuestados se siente a gusto con las cosas que han cambiado, el 7% se siente incómodo, el 34% se siente igual y el cero% no sabe.



Gráfica 10. Percepción del personal en relación al grado de aceptación de los cambios organizacionales en el Hospital Mauricio Abdaláh. Chinandega, 2002-2003.

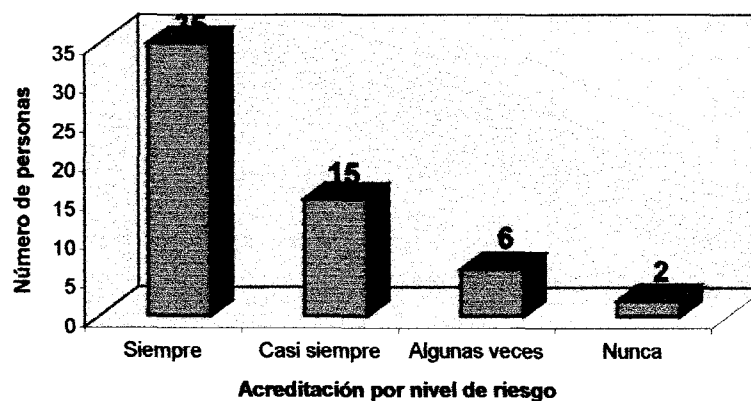
Eficiencia

La Gráfica 11 muestra que, en relación a los médicos con funciones administrativas, el 10% de los encuestados considera que éstos dedican una carga de tiempo mayor a sus actividades asistenciales, el 47% una carga mayor a sus actividades gerenciales, el 28% una carga similar a ambas actividades y el 15% no sabe.



Gráfica 11. Percepción del personal en relación al desempeño gerencial de los médicos con funciones administrativas en el Hospital Mauricio Abalah. Chinandega, 2002-2003.

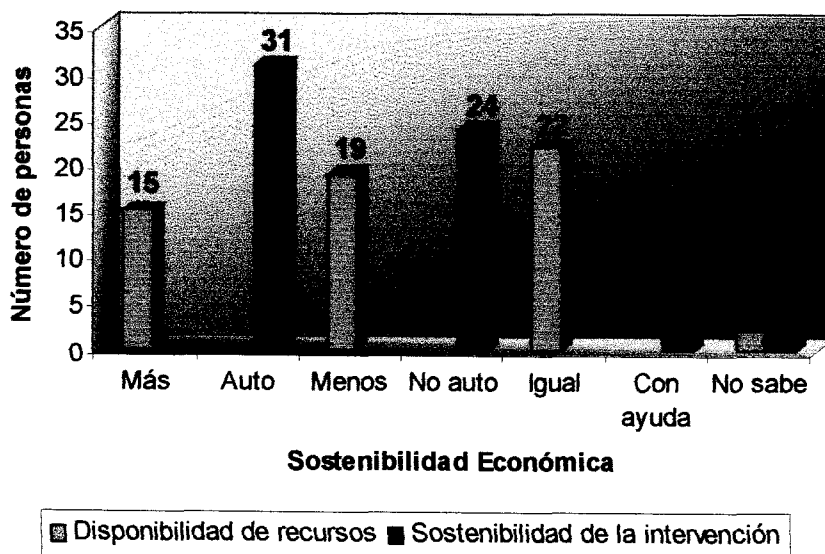
La Gráfica 12 muestra que, en relación a la acreditación de riesgo, el 60% de los encuestados consideran que siempre se acredita, el 26% que casi siempre se acredita, el 10% que algunas veces se acredita y el 4%, que nunca se hace.



Gráfica 12. percepción del personal acerca de la acreditación del nivel de riesgo perinatal en el Hospital Mauricio Abalah. Chinandega, 2002-2003.

Sostenibilidad económica

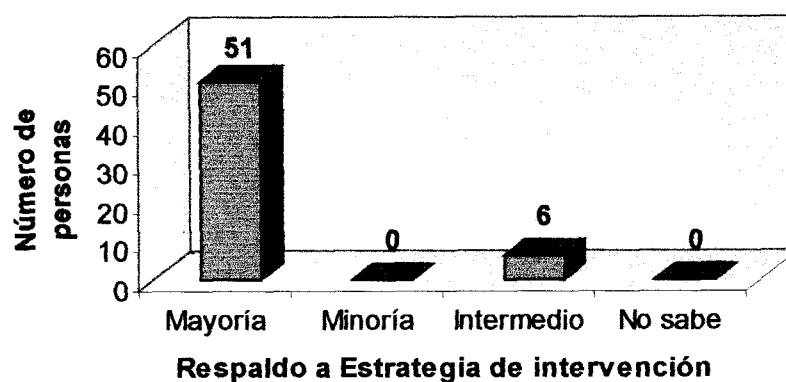
La Gráfica 13 evidencia que, en relación a los recursos humanos, económicos, tecnológicos, etc., el 26% de los encuestados considera que el hospital actualmente dispone de más recursos, el 33% de menos recursos, el 38% de igual disponibilidad y el 3% no sabe. En relación a si la estrategia para reducir la mortalidad perinatal puede seguir impulsándose en el hospital, el 53% de los encuestados considera que se puede continuar impulsando con los recursos con que se cuenta actualmente, el 41% considera que no puede continuar impulsándose con los recursos disponibles en este momento, el 3% considera que con o sin recursos externos la estrategia es insostenible y el 3% no sabe.



Gráfica 13. Percepción del personal acerca de la disponibilidad de recursos y el grado de sostenibilidad de la intervención. Hospital Mauricio Abdalah. Chinandega, 2002-2003

Sostenibilidad Social

La Gráfica 14 muestra que, en cuanto a la estrategia de intervención para disminuir la mortalidad perinatal, el 88% de los encuestados consideran que goza del respaldo de la mayoría del personal, el cero% que goza del respaldo de la minoría, el 10% considera que la mitad del personal la apoya y la otra mitad no y el 2% no sabe.



Gráfica 14. Percepción del personal acerca del grado de respaldo del que goza la estrategia de intervención en el Hospital Muricio Abdalah. Chinandega, 2002-2003.

Cuadro 2. Percepción del grupo focal en relación a la sostenibilidad de la intervención para reducir la mortalidad perinatal en el Hospital Mauricio Abdalah Chinandega, 2002 –2003.

Componente	Descriptor	Categoría
Sostenibilidad	Cambio de actitud del personal.	Cultura
	Motivación	Cultura
	Ha mejorado el espíritu de pertenencia.	Cultura
	Más equidad.	Cultura
	Los feudos pasaron de moda. Hay ahora un espíritu de equipo.	Cultura
	Hemos mejorado nuestras relaciones interpersonales.	Cultura
	El personal ha asumido sus responsabilidades.	Cultura
	Enfatizar el rol individual pero también el de equipo.	Cultura
	Abordaje fraterno y humano cuando se detectan problemas.	Cultura
	No sentimos apoyo del SILAIS. Solo dejan una lista de quejas, no crean estrategias.	Cultura
	Cambios simples, que no cuestan más dinero (lavado de manos).	Eficiencia
	No disponemos de más recursos. Todo esto lo hemos hecho solos.	Eficiencia
	Buscar lo mejor con lo que se tiene.	Eficiencia.
	Mayor comunicación.	Gerencia
	Reconocimiento.	Gerencia
	Análisis conjunto y oportuno.	Gerencia
Más apoyo entre los departamentos.	Gerencia	
Mejor planificación.	Gerencia	
Poner todo por escrito.	Gerencia	
Descentralizar para concentrarse en lo importante.	Gerencia	
Todos conocen sus indicadores personales y cómo va la institución	Gerencia	

Fuente: Bitácora grupo focal, 2003.

La literatura refiere que la cultura organizacional define las reglas del juego y la evidencia sugiere que el cambio hacia una cultura que facilite el alcance de los objetivos organizacionales se presenta si existen condiciones como una crisis dramática, un cambio de liderazgo, una organización joven y pequeña o una cultura débil.

Los factores catalizadores del cambio son: altos mandos que sean modelos positivos de roles, la creación de nuevos símbolos, estimular a los empleados que adopten estos nuevos emblemas, cambiar el sistema de recompensas, escribir todo aquello que sea declarativo, dispersar las sub-culturas existentes rotando al personal seleccionado y trabajar para conseguir el consenso.

El hecho prestar atención a las personas, parte del reconocimiento de que para mejorar la productividad debemos fortalecer factores como la moral, las relaciones satisfactorias entre los miembros de un grupo, su sentido de pertenencia y realizar una administración que comprendiendo la conducta humana, la mejora mediante la motivación, la asesoría, la dirección y la comunicación.

El grupo focal identificó los siguientes componentes que a su juicio explican la sostenibilidad de la intervención, entre ellos mencionan: cambio de actitud y más responsabilidad del personal (sobre todo del especialista), mayor motivación del recurso humano, fortalecimiento del espíritu de pertenencia, mayor equidad en las acciones, espíritu de equipo, mejoría en las relaciones interpersonales, reconocimiento de la contribución personal y del grupo, abordaje propositivo de los problemas por parte de la gerencia, estrategias con mayor grado costo-beneficio (lavado de manos), políticas de promoción y estímulo, análisis conjunto y oportuno de los problemas, más apoyo inter-departamental, mejor planificación, escribir todo lo declarativo, descentralización, mayor conocimiento de sus indicadores personales y de la problemática hospitalaria por parte del personal.

V. CONCLUSIONES

El hospital estaba débil estructuralmente, con objetivos organizacionales poco claros, con un estilo de dirección centralizado, un personal al margen de los problemas y las soluciones, con un importante deterioro en el área perinatal y una calidad de atención por debajo de su capacidad institucional.

Los componentes de la estrategia de intervención fueron dirigidos a darle coherencia y fortaleza a la estructura organizacional, establecer las prioridades institucionales, incrementar la capacidad gerencial, democratizar la toma de decisiones, impulsar en el recurso humano su sentido de pertenencia, incrementar las competencias profesionales y la calidad de atención, principalmente la del parto vaginal y del recién nacido.

Los datos indican que la intervención ha sido eficaz. Los principales indicadores de mortalidad peri y neonatal han mejorado y se ha alcanzado una disminución para el 2003 (nonestre), del 60% en la tasa de mortalidad perinatal, meta principal de la intervención. La mejoría del índice de asfixia, como resultado de la mejor coordinación entre el personal que atiende el parto y el recién nacido; el fortalecimiento de las competencias del recurso humano mediante su capacitación; el descenso del índice de cesárea, como producto de la estratificación del riesgo perinatal y una vigilancia más adecuada del trabajo de parto; el incremento en la cobertura de métodos de control de la fertilidad, como consecuencia de una reorientación del programa, evidencian una mejoría en la calidad de los servicios y la utilización más eficiente y eficaz de la capacidad instalada.

El cambio de actitud del personal, la mayor motivación del recurso humano, el fortalecimiento del espíritu de equipo, el abordaje propositivo de los problemas, la implementación de estrategias más eficientes, la implementación de políticas de promoción y estímulo, mejor planificación, mayor descentralización y el apoyo mayoritario a la estrategia de intervención, nos indican que ésta ha sido, hasta éste momento, sostenible. El hospital ha sido capaz de darle continuidad a las acciones y de adecuar la estrategia ante la emergencia de nuevos retos.

VI. RECOMENDACIONES

El Ministerio de Salud de Nicaragua, MINSA, ha estado enfrentando la problemática perinatal en el segundo nivel de atención, sin embargo, los enfoques, métodos y instrumentos han sido disímiles, al igual que los resultados.

Aunque es un período muy corto de tiempo para medir impacto, consideramos que en el hospital se ha avanzado mucho. Es necesario darle seguimiento a éste esfuerzo, sistematizarlo, y de esa manera, ir conformando un abordaje institucional, que respetando la particularidad de cada unidad hospitalaria, integre componentes que han demostrado ser eficientes, eficaces y sostenibles.

A partir de ésta experiencia, consideramos útiles como componentes de un futuro modelo institucional de intervención para disminuir la mortalidad perinatal en el segundo nivel de atención: el abordaje sistémico del hospital como un todo; el acompañamiento técnico, durante todo el proceso de implementación, con la finalidad de fortalecer las capacidades locales y facilitar la eficiencia, eficacia y sostenibilidad de las acciones; la valoración de la estructura, de los procesos y los resultados; un énfasis especial en el proceso gerencial; y el diagnóstico del clima y la cultura organizacional, pues las personas son, quienes determinan, el éxito o el fracaso de las intervenciones.

La coordinación del hospital Mauricio Abadalah con Organismos No-gubernamentales, como Save the Children, con Agencias Internacionales de Cooperación, como UNICEF, OPS y otras Instituciones, que sabemos están colaborando en ésta área, ayudaría a incrementar la eficiencia, la eficacia y la sostenibilidad de ésta intervención.

VII. BIBLIOGRAFIA

1. Bidwell, La Burocracia Profesional, 1965, pp. 975-976, Mintzberg H. Mintzberg on Management. Inside our stange world of Organizations. New York: The Free Press. 1989.
2. Burke, R. J., "Methods of Resolving Interpersonal Conflict", Personal Administrator 32:48, 1960.
3. Brian James. "Strategies for Change: Logical Incrementalism. Richard D. Irwin, Inc. 1980.
4. Baker, J. Et al. (1996). The Time to Act: Women' s Nutrition and Its Consequences for Child Survival and Reproductive Health in Africa. (Washington, DC: Academy for Educational Development).
5. Cultura Organizacional. Cap. 17. Robbins. Op cit., pp: 617-649.
6. Chandler, A.D.: Strategy and Structura, History of the American Industrial Enterprise, The M.I.T. Press, Cambridge, Massachussts, 1962.
7. Goodland, R. Banco Mundial, 1995. The concept of environmental sustainability. Annual Review Ecology Systematics 26:1-24.
8. Harvey L. Smith, "Two Lines of Authority Are One Too Many". Modern Hospital LXXXIV, March, 1955, pp., 59-64.
9. International Statistical Classification of Diseases and Related Healht Problems, 10th Revision, Ginebra, OMS, 1992, POS, 1995.
10. James L. Gibson, John M. Ivancevich, James H. Donnely, Jr. (editores). Close up- A book of Readings. 6^a. Edición (Plano, tex.: Business Publications, 1988).
11. Koontz H, O' Donnell C. Administración. Madrid: McGraw-Hill, 1985.
12. Kertész, Roberto; Indumo, Guillermo, Análisis Transaccional en el Desarrollo de Organizaciones, Edit. CONANTAL., Buenos Aires, Argentina, 1977.
13. La Naturaleza y Bases de la Estructura Organizacional. Cap. 3. Hall, Richard, op cit., pp: 52-74.
14. La Burocracia Profesional. Cap. 19, pp: 393-425. En: Mintzberg, Henry. La Estructuración de las Organizaciones. España. Ariel. 1990.

15. Levitt, M. (1996). When the Training of TBAs is Cost Effective: Trained TBAs and Neonatal Essential Care in South Asia. (Katmandu, Nepal: Red Barna/HMG.)
16. Ministerio de Salud, MINSA, Nicaragua. "Sistema Nacional de Monitoría, Supervisión y Evaluación. 1996, pp. 9-10.
17. Menguzzato M, Renau JJ. La Dirección Estratégica de la Empresa. Un enfoque innovador del manejo. Barcelona:Ariel, 1991.
18. Mintzberg H. The structuring of Organizations. (A synthesis of the research). Englewood Clifs, NJ: Prentice Hall, 1979.
19. Ministerio de Salud, MINSA, Nicaragua. "Normas para la Atención Prenatal, Parto de Bajo Riesgo y Puerperio". 1997, pp. 5.
20. Mintzberg H. Mintzberg on Management. Inside our strange world of Organizations. New York: The Free Press, 1989.
21. Mintzberg H. Power in and around of organizations. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1983.
22. Mintzberg H., Brian J. The strategy process concepts, contexts, cases. Prentice-Hall, Inc. 1991, pp. 54.
23. Mintzberg H. The structuring of organizations. (A synthesis of the research). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1979.
24. Neirmayer S., Kattwinkel J., Van Reempts P., et al. International Guidelines for Neonatal Resuscitation: An Excerpt From the Guidelines 2000 for Cardio pulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care: International Consensus on Science. Pediatrics Vol. 106, No. 3, sep., 2000. (medline).
25. Nicaragua. Ministerio de Salud, MINSA. Ley General de Salud. Ley No 243 y su Reglamento, enero, 2003.
26. Nicaragua. Comisión Nacional de Promoción y Defensa de los Derechos del Niño y la Niña. Código de la Niñez y Adolescencia, 1a, Ed., Editorial Somarriba, Managua, 1998.
27. Nicaragua. Ministerio de Salud, MINSA . Plan Maestro. 1991-1996.
28. Nicaragua. Ministerio de Salud, MINSA. Plan Maestro. 1997-2002.
29. Owen, J. Thomas C., M y Geoffrey, T.: Modern Concepts of hospital administration. Trstees. Hospital Law, W.B. Saunders Company, 1962. pp., 637-638.

30. PROAHS, Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios. San Pablo, 1985
31. Shapiro, S., "New reductions in infant mortality: the challenge of low birthweight", Am. J. Publ. Hlth., 1981, 71:365-366.
32. Stolls, B. (1995). "The Global Impact of Neonatal Infection." Clinics in Perinatology, Volumen 24, No 1.
33. Wallace, M., Colección Leyes de la República No 2: Leyes de la Familia, Impresiones y Traqueles, Managua, 1993.
34. Wayne Pace y Robert Boven, The Human Transaction, Glenview, IL, Scott, Foreman and Co., 1973.
35. World Health Organization. (1994). "Mother –Baby Package: An Approach to Implementing Safe Motherhood" (Geneva:WHO).
36. World Health Organization (1998). Safe Motherhood Day Press Release. (Geneva:WHO).
37. World Health Organization. (June 1995). Essential Newborn Care: A report of a Technical Working Group. (Geneva:WHO).
38. World Health Organization. (1995). Management of the Sick Newborn: A Report of a Technical Working Group. (Geneva:WHO).
39. World Health Organization. (1991). Global Maternal Mortalidad Factbook. (Geneva:WHO).
40. Wigglesworth, J.S., "Monitoring perinatal mortality. A pathophysiological approach", Lancet, 1980, 2: 684/86.
41. Wedderburn, M. And Moore, M. (1990). Qualitative Assessment of Attitudes Affecting Chilbirth Choices of Jamaican Women. (Arlington, Virginia: Mother Care.)
42. WHO. (1996). Maternity Waiting Homes: A review of experiences. (Geneva:WHO). WHO/RHT/MSM/96.21.
43. Whitehead, A. d., Science and the Modern World, Lowell Lectures, 1995, New York. The Mac Millan Company.
44. World Health Organization, (1998). Safe Motherhood Day Press Release (Geneva:WHO).

VIII. ANEXOS

Anexo 1

Misión

El Hospital Mauricio Abdalah de Chinandega es una institución pública sin fines de lucro, categoría “B” que brinda asistencia gineco-obstétrica y pediátrica con acciones integrales, integradas e interdisciplinarias, mediante un paquete básico servicios de atención, promoción, prevención y rehabilitación, en régimen de hospitalización y atención ambulatoria, desarrollando planes y programas con con el fin de velar y mejorar el estado de salud de la población, garantizando calidad y equidad en sus servicios. En conjunto con la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN-León, forma recursos médicos y de enfermería a nivel de pre-grado, y desarrolla actividades de investigación en el campo de la salud.

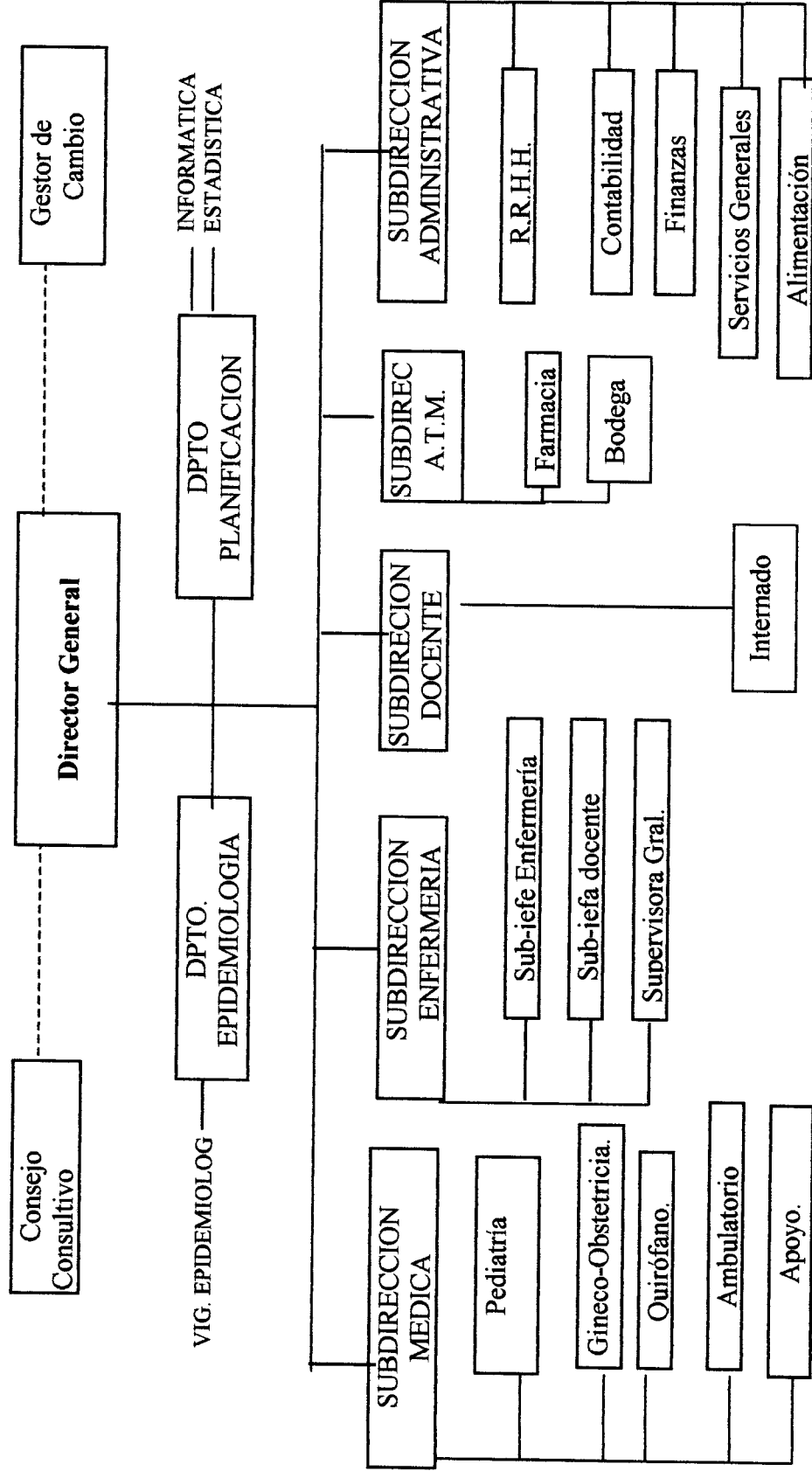
Anexo 2

Visión

El Hospital Materno Infantil de Chinandega, pretende en los próximos diez años, ofrecer servicios accesibles de atención Materno Infantil al departamento de Chinandega con eficiencia, eficacia, calidad y calidez, mediante recursos humanos calificados y una gerencia de calidad, contando para ello con tecnología adecuada e insumos médicos y no médicos, pertinentes al perfil epidemiológico de su población blanco.

Anexo 3

**ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL
HOSPITAL MATERNO INFANTIL
CHINANDEGA**



VIG. EPIDEMIOLOG

Anexo 4

ENCUESTA ORGANIZACIONAL HOSPITAL MAURICIO ABDALAH. CHINANDEGA, 2003

El Hospital ha implementado a partir del mes de abril del 2002 una estrategia para reducir la tasa de mortalidad perinatal. Las siguientes preguntas pretenden conocer cuál es su punto de vista acerca del grado de eficacia y de sostenibilidad de la estrategia. Esta información es totalmente anónima y con un propósito estrictamente académico. Antes de contestar las preguntas siguientes, le pedimos que lea cuidadosamente cada una de ellas y luego seleccione, entre todas las opciones, solamente una.

1. Cuando se toman decisiones en el hospital, en su departamento o servicio, decisiones que la afectan a usted o a su grupo, siente que sus opiniones son tomadas en cuenta:
 - Más que antes.
 - Menos que antes.
 - Na ha cambiado para nada esta situación.
 - No sabe

2. En relación al conocimiento de sus funciones, ámbitos de competencia y de autoridad, considera usted que actualmente:
 - Conoce más cuáles son sus responsabilidades y su nivel de autoridad en el hospital.
 - Conoce menos cuáles son sus responsabilidades y su nivel de autoridad en el hospital.
 - Mantiene el mismo nivel de conocimiento acerca de ello.
 - No sabe

3. En cuanto al proceso de normalización de los servicios. Considera usted que:
 - La mayoría se siente cómoda con el impulso a la estandarización de los procesos diagnósticos, terapéuticos y procedimentales.
 - La mayoría se siente incómoda con el impulso a la estandarización de los procesos diagnósticos, terapéuticos y procedimentales.
 - La mitad se siente cómoda y la otra mitad incómoda.
 - No sabe.

4. En relación a los recursos humanos, económicos, o de cualquier tipo. Considera usted que el hospital dispone actualmente:
 - De más recursos.

- De menos recursos.
 - De igual disponibilidad de recursos.
 - No sabe.
5. Considera usted que la estrategia de intervención para reducir la mortalidad perinatal en el hospital:
- Goza del respaldo de la mayoría del personal.
 - Goza del respaldo de la minoría del personal.
 - La mitad del personal la apoya y la otra mitad no la apoya.
 - No sabe.
6. Considera usted que en el hospital hay actualmente:
- Más disciplina
 - Menos disciplina
 - Igual grado de disciplina
 - No sabe.
7. El Hospital ha venido cambiando la manera en que se desarrollan algunas actividades asistenciales y gerenciales. Cómo se siente usted con esta nueva manera de hacer las cosas.
- A gusto con las cosas que han cambiado.
 - Incómodo con la reorganización.
 - Se siente igual que antes.
 - No sabe.
8. Para que la estrategia de intervención para reducir la mortalidad infantil pueda continuar implementándose en el hospital. Usted considera que:
- Puede continuarse impulsando la estrategia con los recursos con que se dispone actualmente.
 - No puede continuarse impulsando la estrategia con los recursos con que se dispone actualmente.
 - Con o sin recursos extrapresupuestarios la estrategia sería insostenible.
 - No sabe
9. En el hospital las actividades se realizan de una manera determinada. A su juicio:
- Las actividades se hacen así porque siempre se han realizado de esa manera.
 - Las actividades se hacen así porque estamos convencidos que es la mejor manera de hacerlas.
 - Ambos criterios tienen igual peso a la hora en que decidimos la manera en que vamos a hacer las cosas.

- No sabe.

10. Respecto a la mortalidad perinatal del hospital. Qué considera usted que sucede actualmente:

- Se mueren menos recién nacidos.
- Se mueren más recién nacidos.
- No ha cambiado en nada esta situación.
- No sabe.

11. En relación a sus competencias (grado de información y nivel de destreza) para atender un parto o un recién nacido en Sala de Labor y Parto. Cómo se siente usted:

- Con mayores competencias.
- Con menores competencias.
- Con iguales competencias.
- No sabe.

12. En relación a la mujeres que egresan del hospital después de sufrir un aborto o un parto. Considera usted qué:

- Un número mayor de estas mujeres egresa con algún método de control de fertilidad.
- Un número menor de estas mujeres egresa con algún método de control de fertilidad.
- No ha cambiado para nada ésta situación.
- No sabe.

13. Respecto a la calidad de la atención del parto vaginal. Considera usted que ésta:

- Ha mejorado.
- Ha desmejorado.
- Permanece igual.
- No sabe.

14. A la hora de atender un parto en en el servicio de Labor y Parto. Piensa usted que la coordinación entre el pediatra y el obstetra:

- Ha mejorado.
- Ha desmejorado.
- Permanece igual.
- No sabe.

15. En relación a la calidad de atención del recién nacido en los servicios de neonatología (UCIN,SECIN,UMI.), piensa usted que ésta:

- Ha mejorado.
- Ha desmejorado.
- Permanece igual.
- No sabe.

16. A su juicio los médicos que ocupan cargos de dirección, actualmente dedican:

- Una carga de tiempo mayor a sus actividades asistenciales.
- Una carga de tiempo mayor a sus actividades gerenciales.
- Una carga de tiempo igual para ambas actividades.
- No sabe.

17. El hospital ha reorganizado los servicios de obstetricia y neonatología. Usted que opina de esos cambios:

- Han mejorado la manera de hacer las cosas.
- Han desmejorado la manera de hacer las cosas.
- No han modificado en nada la manera de hacer las cosas.
- No sabe.

18. A su juicio, la coordinación entre médicos y enfermeras, a nivel de los servicios de neonatología y obstetricia:

- Ha mejorado.
- Ha desmejorado.
- No ha cambiado.
- No sabe.

MUCHAS GRACIAS

Anexo 5

HOSPITAL MAURICIO ABDALAH
GRUPO FOCAL BITACORA
CHINANDEGA, OCTUBRE, 2003

I. Introducción

La estrategia de intervención para reducir la mortalidad perinatal en el hospital Muricio Abdalah, de Chinandega, está siendo evaluada. Reunidos en la oficina de la Dirección, el director general, el sub-director de atención médica, la sub-directora de docencia, la sub-directora de enfermería, la coordinadora de pediatría, la coordinadora de neonatología, los jefes médicos de pediatría y gineco-obstetricia, se estableció un grupo focal con la intención de conocer su percepción acerca de la eficacia y sostenibilidad de la intervención.

- II. Se utilizó una guía de discusión conteniendo las áreas a ser analizadas: la eficacia de la intervención y la sostenibilidad de la misma.
- III. Las preguntas eran sencillas, abiertas y fueron contestadas por el grupo tratando de mantener un orden que le diera coherencia y procurando la participación equitativa de todos sus miembros.

Cuando se les preguntó cual era su apreciación respecto a que si la intervención para reducir la mortalidad perinatal había sido o no, eficaz y sostenible y cuáles eran a su juicio las causas, estas fueron sus apreciaciones:

1. Existe una mayor conciencia en los recursos humanos, principalmente en los especialistas, yo percibo un cambio de actitud, no todos claro, ni en todo, pero hay un cambio positivo. También, pienso, hemos logrado mejorar los estándares de calidad y hay más oferta de anticonceptivos, pero, ojo, lo más importante es el cambio de actitud del personal. Ahora se mueren menos niños.
2. Pienso que la normalización nos ha ayudado mucho. Ya no discutimos sobre premisas en el aire, ahora, todo o casi todo está escrito y ha sido discutido antes y hemos establecido consenso. Como el compañero que me precedió, pienso que el cambio de actitud en nosotros ha sido muy importante. Creo que hemos mejorado la atención y por eso se mueren menos recién nacidos que antes.
3. Considero que se cumplieron las metas por un cambio de actitud en la gente. Ahora “apuntamos hacia donde nos duele” y han sido cambios

simples. Creo que ahora el lavado de manos se cumple en un 90 a 95% y el cumplimiento de esta práctica no significa más dinero. Lo más importante, considero, ha sido la educación. Las agencias ahora no “ven con mejores ojos”, nos han ayudado sí, pero ha sido muy poco y de un tiempo reciente para acá. No nos han dado más recursos, más bien, estamos endeudados y nos desmotivamos cuando nos incumplen. Por ejemplo, se nos prometió un nuevo hospital e hicimos las gestiones para conseguir un terreno, lo conseguimos y nada. Igual pasó con la promesa de construir una sala de prelabor y una unidad de cuidados intensivos, sin embargo, está listo el proyecto de la sala de post-parto inmediato. Hemos mejorado en otros aspectos, como mejorar el suministro de ropa a sala de parto y neonatología con una mejor distribución y control de la misma.

4. Yo también pienso que la gente está bien motivada. La gente se está empoderando, está vigilante. Cuando hay una asfixia, se revisa en conjunto, inmediatamente, médicos y enfermeras, pediatría y gineco-obstetricia. No queremos retroceder. Se mueren menos niños ahora que antes
5. Ahora damos a conocer la información. La gente conoce cómo vamos. También les damos a conocer los éxitos, para que se motive de esa manera. Le mandamos una carta de reconocimiento si se han destacado o su servicio va cumpliendo bien. Hoy se les va a hacer un reconocimiento por ser día del médico a algunos de ellos que se han destacado.
6. Ha cambiado la actitud de enfermería. Estamos preocupadas por mantener el nivel de calidad de la atención. Hay dificultades por déficit de personal y a veces no podemos mantenerlo. Es una debilidad, “gracias a Dios, ya a los prematuros los sacamos vivos”, aunque no sepamos su futuro, que ojalá sea bueno.
7. Nos sentimos felices, “gallinonas”, cuando cuando reconocen las autoridades el esfuerzo de nuestro trabajo. Cuando realizamos análisis vemos nuestros logros y limitaciones, hay que hacer un balance. A nivel nacional vemos el nivel crítico de los recursos humanos. En otros hospitales la situación es peor. Creo que la actitud es fundamental. A veces falta material, pero “en el camino se arreglan las cargas”. Los subsidios siguen, el personal que se va no se repone, pero el panorama del hospital ha mejorado. Nos molestó que en un estudio que se presentó en el hotel “Las Mercedes”, sobre la calidad, no salió el hospital. Protestamos y se corrigió el error.
8. Por la planta física algunas mamás abandonan. No están acostumbradas a ver los niños en las cunitas de dos en dos. Gineco-obstetricia nos apoya. Ellos ahorita no están operando tanto para facilitarnos un espacio y poder meter a las criaturas allí.

9. Todo esto nos ha hecho ver muchas cosas. Creo que como planificábamos anteriormente no era lo mejor. Ahora sentimos que identificamos mejor los problemas. Esta experiencia nos permite estar constantemente haciendo cambios. Por ejemplo, estamos pensando que no es necesario que en todas las cesáreas entre el médico de base como norma, pensamos estratificar el riesgo del parto abdominal y en algunas entrará y en otras no. Esto nos permitirá atender niños en labor y parto que necesitan más los cuidados del especialista, o sea, seremos más equitativos.
10. Los estándares necesitan renovarse constantemente, creo que las normas se deben revisar cada dos años, pues mejoramos en unas cosas y caemos en otras, estamos pues buscando lo mejor con lo que tenemos. Tenemos que poner todo por escrito sino es como que no se ha dicho nada. Viene entonces uno de afuera y dice tal cosa y algunos se sorprenden pero ya nosotros habíamos detectado la falla o hecho la sugerencia para superarla.
11. Creo que todo esto lo hemos hecho solos. No piensen en otro lado que es por ayuda externa, es por el trabajo en equipo, hasta ahora nos están ayudando. La tecnología es importante, pero más importante es la persistencia del personal. Yo les digo a los de neonato... "no es necesario estar hincando todo el tiempo, hay hijos que gatean y otros que ya caminan", a los primeros hay que dedicarles más tiempo. Hay que tener confianza en la gente y descentralizar, solo así nos podemos concentrar en lo importante, no es que ya no les dé uno seguimiento, sino, se les dá más cuerda.
12. Yo me siento satisfecho con el trabajo de todos, "no es necesario usar el látigo", el personal ha asumido sus responsabilidades. Creo que le vamos a dar sostenibilidad a las acciones. Ahora "vamos a entrarle" a los óbitos. Vamos con gineco-obstetricia a ver cómo mejoramos eso. Ese es el "talón de aquiles" ahora.
13. No sentimos apoyo del SILAIS. Parecemos dos entidades muy aparte y el problema es de todos. Es la fecha y no nos hemos podido reunir con el nuevo director. Vienen a supervisar pero no apoyan, no crean estrategias, solo dejan un "listado de quejas". No nosotros "sentimos que mejoramos pero ellos nunca ven lo bueno que hacemos, solo se fijan en lo malo". No sentimos que seamos "una sola familia".
14. Aunque Sor se pase día y noche "empujando el carro", siempre estamos mal. Es necesario más relación Hospital-SILAIS. Usted oyó que en la radio dicen que trasladamos a los niños en taxi, pero es porque no tenemos ambulancia, la camioneta no sirve, "se le mete plata y es "como agua que se escurre". El taxista se ha puesto a la orden, solo se le reconoce el combustible y así resolvemos. No tenemos banco de sangre, ahora todo va

para “el España”. Eso cuesta tiempo y es un peligro para la vida del ser humano. Tal vez como “somos un hospital viejito, pero a punta de lucha estamos mejor que otros”.

15. Creo que para motivar al personal hemos hecho varias cosas. Al hacer los análisis se les da un estímulo verbal, se les da un día libre. Miren muchachos, hemos hecho esto y esto y estos son los resultados. Enfatizamos el rol individual pero también del equipo, se toma en cuenta a todos. Ahorita se están preparando dos recursos de enfermería, están sacando su licenciatura, tenemos “desayunos científicos”, nos apoyan las casa comerciales y la industria farmacéutica.
16. Lo más importante es hacerles ver que la satisfacción que sienten la madre y el padre cuando se les entrega un niño que vino mal y se va bien, es el producto de su esfuerzo.
17. A mí me ha dado resultado “herirles el amor propio”... ”jodido hombré, la estás encabando, eso sí, a título personal, o bien... “me dicen así y así, hombre yo no creo, vos sos un hombre capaz”. Se les hace ver sus aciertos y errores, no mando cartas al expediente, sino hago un abordaje fraterno, humano.
18. Cuatro médicos están haciendo pasantías en neonatología en el Bertha Calderón y dos ultrasonido. Todo eso lo hemos conseguido nosotros. “Es un árbol que se va tejiendo poco a poco”. A enfermería en su día, se le dió una fiesta de reconocimiento.
19. Hay una actitud de apropiarse de su servicio, de conocer sus estadísticas, sus indicadores personales. Presentamos a todos cómo van. La información es importantísima y no solo con los médicos, es también fundamental presentársela a enfermería, que “la información fluya hasta cada trabajador”.
20. El abordaje propositivo de los problemas permite que se apoderen de su servicio, que tomen sus propias decisiones y luego valorar si sirve o no a la institución. Buscar cómo hacer equipo con las enfermeras. Cada equipo resuelve. No todo lo resuelve el jefe. Ellos, entonces, aprenden a dialogar y a debatir y así sacan mejores decisiones. Los resultados son producto del esfuerzo de todos, camilleros, afanadoras, etc.
21. Por ejemplo, no llenábamos la historia perinatal y esperábamos hasta el fin del mes. Ahora la revisamos diariamente, porque sino, se olvidan muchas cosas.
22. Los pediatras salimos a pasear, eso nos ayuda a limar asperezas. Damos una cuota de C\$30 al mes y decidimos dónde queremos ir y vamos. Solo

dos nunca han querido asistir, pero son solo dos personas. Aquí nos peleamos, nos decimos, pero nos estimamos. Ese calor humano se convierte en aglutinador. No “solo garrote”. Hay que felicitar a fulano, su servicio está excelente o la “cagamos en ésta ocasión, seguimos patinando en los mismo”, que pasó.

23. El hombre puede ser muy bueno pero solo hace menos. Aquí eso de que “este es mi servicio y nadie se tiene que meter pasó de moda”, tenemos un “espíritu de equipo”. Hacer las cosas diariamente nos ha dado mejores resultados, de todos modos, no nos vemos diario pues.
24. Se está siempre pendiente del cumpleaños de la sutanita o del fulanito. Ya me estan diciendo las muchachas, “ya viene diciembre, qué vamos a hacer”. Eso me gusta pues ellas llevan la parte más pesada de la asistencia y es justo reconocérselo. Cuando regresan de una charla les pregunto si aprendieron algo nuevo, que cómo estuvo. Se han disminuido los gritos y si gritamos pedimos disculpas, pues a veces el trabajo nos tensiona y somos humanos.
25. Si bien, este año nos dieron un poquito más de presupuesto, con el deslizamiento el presupuesto real es menor. Por otro lado, hay más demanda de pacientes, o sea, tengo menos plata por paciente que antes.