



**Sistematización de barreras y facilitadores para la  
implementación de la normativa ESAMyN, a partir de los foros del  
Curso Virtual ESAMyN: Evidencia Científica y Certificación**

Antropóloga Paula Hermida Bermeo

FIGESS

Quito  
Noviembre, 2022

## Contenido

1.	Introducción .....	5
2.	Objetivos de la sistematización .....	5
3.	Metodología .....	6
4.	Análisis de foros para identificar barreras y facilitadores del proceso ESAMyN .....	6
4.1	Módulo 2. Normativa Técnica ESAMyN: aspectos generales y específicos. ....	8
4.1.1	Barreras para la implementación de la normativa ESAMyN .....	8
4.1.1.1	Falta de infraestructura adecuada para la atención obstétrica .....	8
4.1.1.2	Rotación del talento humano y problemas para su capacitación .....	9
4.1.1.3	Resistencia y falta de motivación del personal de salud .....	10
4.1.1.4	Falta de insumos .....	11
4.1.1.5	Desarticulación entre niveles de atención de salud.....	12
4.1.1.6	Problemas para implementar componentes específicos de la normativa .....	13
4.1.1.7	Problemas ligados al proceso de evaluación ESAMyN .....	13
4.1.2	Elementos facilitadores para superar nudos críticos de la ESAMyN.....	14
4.2	Módulo 3. Evidencia científica que respalda las directrices ESAMyN en la atención prenatal. ....	19
4.2.1	Directrices más difíciles de cumplir en la atención prenatal .....	19
4.2.1.1	Dificultades para cumplir la cobertura y concentración de los controles prenatales .....	19
4.2.1.2	Dificultad para planificar y ejecutar sesiones de educación prenatal .....	20
4.2.1.3	Dificultades en la oferta de educación prenatal por falta de infraestructura y equipamiento .....	21
4.2.1.4	Dificultades en la oferta de educación prenatal por falta de personal capacitado.....	21
4.2.1.5	Dificultades para cumplir la atención prenatal por falta de insumos y exámenes .....	22
4.2.1.6	Otros problemas relativos a la atención prenatal .....	22
4.3	Módulo 4. Evidencia científica que respalda la normativa ESAMyN en la atención del parto y posparto .....	25
4.3.1	Directrices más difíciles de cumplir sobre atención del parto y posparto .....	25
4.3.1.1	Dificultades para implementar el acompañamiento.....	25
4.3.1.2	Dificultades para implementar el parto en libre posición.....	26
4.3.1.3	Dificultades para implementar la asesoría y entrega de métodos anticonceptivos .....	27
4.3.1.4	Dificultades para implementar directrices sobre procedimientos innecesarios .....	28
4.3.1.5	Dificultades para implementar el uso de vestimenta propia .....	28
4.3.1.6	Dificultades para implementar otras directrices de la normativa ESAMyN .....	29
4.4	Módulo 5. Evidencia científica que respalda no realizar procedimientos innecesarios durante la labor y el parto	
	31	
4.4.1	Procedimientos innecesarios que es más difícil se dejen de implementar.....	31
4.4.1.1	Tactos vaginales .....	31
4.4.1.2	Episiotomía .....	32
4.4.1.3	Canalización de vía periférica.....	33

4.4.1.4	Pujos Dirigidos .....	33
4.4.1.5	Monitoreo fetal continuo .....	34
4.4.1.6	Uso de oxitocina .....	34
4.4.1.7	Otros procedimientos innecesarios .....	35
4.5	Módulo 6. Evidencia científica que respalda las directrices ESAMyN sobre lactancia materna .....	37
4.5.1	Obstáculos para la lactancia materna exclusiva provocados por la pandemia de COVID-19. ....	37
4.5.1.1	Falta de información y evidencia científica sobre transmisibilidad del virus a través de lactancia materna 37	
4.5.1.2	Medidas diversas de aislamiento madre-hijo que impidieron la lactancia materna .....	38
4.5.1.3	Suspensión de controles prenatales, controles postnatales y grupos de apoyo a la lactancia materna ....	39
4.5.1.4	Mayor uso de sucedáneos y cese del funcionamiento de bancos leche .....	40
4.5.1.5	Falta de personal de salud y de acompañantes (familiares) para apoyar a las madres .....	40
4.5.1.6	Disminución general de partos institucionales .....	40
4.5.2	Elementos facilitadores de la lactancia materna ante la pandemia por COVID-19 .....	41
4.6	Módulo 8. Formularios para la evaluación interna y externa ESAMyN (01, 02, 03) .....	43
4.6.1	Principales dificultades en la aplicación de los formularios.....	43
4.6.1.1	Dificultades con preguntas sobre infraestructura o espacios para cumplir normativa .....	43
4.6.1.2	Dificultades generales por falta de interés y compromiso del personal con la normativa .....	44
4.6.1.3	Dificultades con preguntas sobre educación prenatal.....	44
4.6.1.4	Dificultades con preguntas sobre tamizaje y pruebas (VIH, sífilis, hepatitis B, Chagas) .....	45
4.6.1.5	Dificultades con preguntas sobre material educomunicacional .....	45
4.6.1.6	Dificultades para encuestar a embarazadas .....	46
4.6.1.7	Otras dificultades detectadas .....	46
4.6.2	Sugerencias para superar dificultades en aplicación de formularios.....	46
4.7	Módulo 9: Formularios para la evaluación interna y externa ESAMyN (04, 05A, 05B, 06).....	49
4.7.1	Dificultades encontradas en los formularios .....	49
4.7.1.1	Dificultades en preguntas sobre acompañamiento .....	49
4.7.1.2	Dificultades en preguntas sobre objetivos de la normativa ESAMyN .....	50
4.7.1.3	Dificultades en preguntas sobre asesoría de anticoncepción .....	51
4.7.1.4	Dificultades en preguntas sobre tamizaje de VIH, sífilis, hepatitis B, Chagas .....	51
4.7.1.5	Dificultades en preguntas sobre apego precoz .....	51
4.7.1.6	Dificultades en preguntas sobre parto en libre posición .....	52
4.7.1.7	Dificultades en preguntas sobre lactancia materna.....	52
4.7.1.8	Otras preguntas difíciles de contestar .....	53
4.8	Módulo 10: Técnicas para realizar encuestas a profesionales y pacientes, y aspectos éticos en la evaluación... ..	55
4.8.1	Dificultades en la aplicación de la técnica de encuestas.....	55
4.8.1.1	Dificultades debido a la falta de lenguaje sencillo en los formularios .....	55
4.8.1.2	Dificultades por falta de empoderamiento y sensibilización respecto a la normativa ESAMyN.....	56
4.8.1.3	Dificultades para obtener respuestas textuales de los encuestados .....	56

4.8.1.4	Dificultades por nerviosismo y falta de retención entre los encuestados .....	57
4.8.1.5	Dificultades por sesgo al contestar las encuestas .....	57

## Sistematización de barreras y facilitadores para la implementación de la normativa ESAMyN, a partir de los foros del Curso Virtual ESAMyN: Evidencia Científica y Certificación

### **1. Introducción**

Entre mayo y junio del 2022, la Fundación para la Investigación y Gestión de Servicios de Salud (FIGESS), con el auspicio de UNICEF, llevó a cabo un Curso Virtual denominado “ESAMyN: evidencia científica y certificación”, en el que participaron 156 profesionales del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP).

Cada uno de los diez módulos de este curso contó con una sección llamada “Foro de Discusión”, en la que se pidió a los participantes que comentaran, de acuerdo con sus propias experiencias en sus unidades de trabajo (hospitales y centros de salud), acerca de las principales barreras y elementos facilitadores para la implementación de cada una de las prácticas recomendadas en la Normativa ESAMyN. La discusión en estos foros aportó una gran riqueza de información, la misma que podrá ser de extraordinaria utilidad para el apoyo a los hospitales en la identificación y superación de las barreras más comunes a la implementación de la ESAMyN.

Con este antecedente, UNICEF y FIGESS han resuelto trabajar en la sistematización de los contenidos de los foros del curso, produciendo un documento que sirva de orientación tanto a los equipos ESAMyN de los establecimientos de salud, como a las autoridades y técnicos del MSP y del propio UNICEF y FIGESS, en sus actividades de apoyo a este programa nacional.

### **2. Objetivos de la sistematización**

El objetivo general del documento de sistematización es generar información y hallazgos sobre los principales obstáculos y elementos facilitadores para la implementación de diversos aspectos de la normativa ESAMyN en establecimientos del país, a partir del análisis de contenidos de foros del curso “ESAMyN: evidencia científica y certificación”.

Los objetivos específicos fueron:

1. Analizar los contenidos de los ocho foros correspondientes a cada uno de los módulos seleccionados del curso (2, 3, 4, 5, 6, 8, 9 y 10).
2. Para cada foro, identificar ejes temáticos en los contenidos, los cuales estarán relacionados con las principales barreras y elementos facilitadores para la implementación de las prácticas ESAMyN que cada módulo aborda.
3. Codificar los contenidos de acuerdo con estos ejes temáticos o categorías analíticas.

4. Producir un reporte narrativo que sistematice los hallazgos sobre los contenidos de los ocho foros priorizados.

### **3. Metodología**

Cada módulo del curso tuvo cuatro espacios de foro o discusión, cada uno moderado por un tutor específico y con aproximadamente 40 participantes. Para fines del análisis realizado, se tomó como muestra un solo espacio de foro asociado a cada módulo, el cual fue seleccionado con base al criterio de ser moderado por tutoras expertas en la temática y con mayor capacidad de generar reflexión entre los participantes.

En el foro de cada módulo se plantearon preguntas que guiaron las participaciones. Aunque estas preguntas responden a la temática específica del módulo, tienen en común el hecho de que indagan sobre aspectos que pueden considerarse barreras o problemas en la implementación de la normativa ESAMyN y en su proceso de evaluación; en ocasiones también indagan sobre elementos facilitadores para la implementación de la norma.

Para analizar el contenido de los foros, se utilizó una metodología de corte cualitativo, centrada en el análisis de contenidos, es decir, los textos de los foros se trataron como si fuesen datos primarios similares a aquellos provenientes de entrevistas o grupos focales. Se partió de trasladar los textos de los foros a archivos de Excel; luego se procedió a clasificar la data en función de códigos preestablecidos correspondientes a ejes temáticos. Con la data ya codificada se identificaron patrones predominantes en el corpus de datos. Finalmente, se seleccionaron citas textuales o *verbatim*s que ilustran los hallazgos de cada foro con mayor claridad.

Al trasladar los textos de cada foro, no se incluyeron datos de identidad personal de los participantes para salvaguardar su anonimato y confidencialidad, así como el de los establecimientos de salud en los que laboran.

### **4. Análisis de foros para identificar barreras y facilitadores del proceso ESAMyN**

A continuación, se presentan los hallazgos que surgieron del análisis de los contenidos de cada foro-módulo. Los resultados del foro del primer módulo son más extensos que los demás, debido a que ofrecen una mirada general al conjunto de problemas o barreras que enfrentan los profesionales y establecimientos de salud para implementar la normativa ESAMyN en la actualidad, mientras que el resto de foros se enfocan en dificultades más específicas de implementación de la normativa como, por ejemplo, la atención prenatal, atención del parto y postparto, la lactancia materna, entre otras.

## **MÓDULO 2**

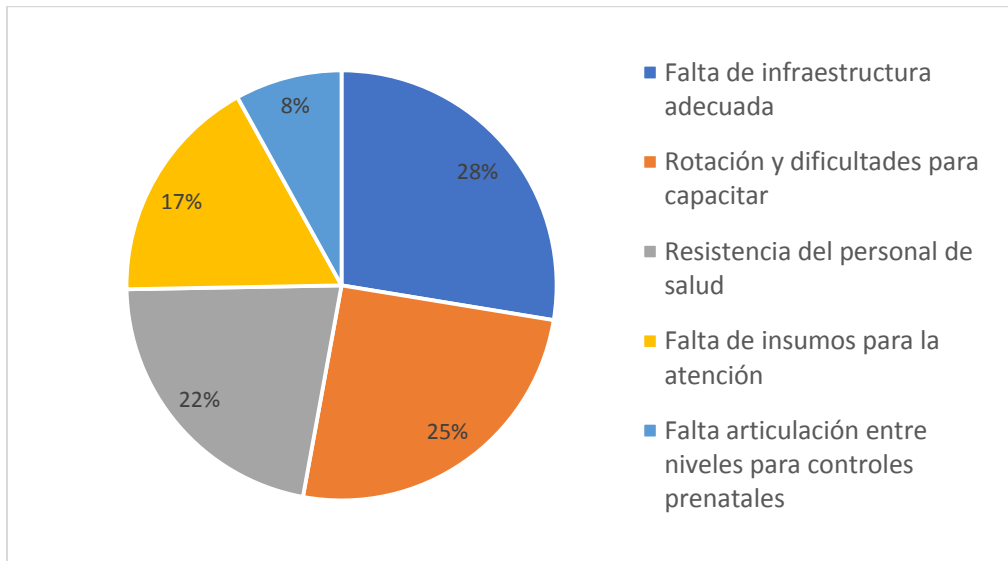
### **Normativa Técnica ESAMYN: aspectos generales y específicos de sus componentes**

## 4.1 Módulo 2. Normativa Técnica ESAMyN: aspectos generales y específicos.

### 4.1.1 Barreras para la implementación de la normativa ESAMyN

En el foro del módulo 2 se planteó como pregunta cuáles son los aspectos del proceso de evaluación interna de la estrategia ESAMyN considerados como los más difíciles de cumplir según los participantes. Al abordar este tema, los profesionales no se enfocaron propiamente en los problemas asociados al proceso de evaluación *per se*, sino que se centraron en describir las barreras o nudos críticos que impiden que la estrategia se implemente adecuadamente en sus establecimientos.

Gráfico 1. Barreras para la implementación de la normativa ESAMyN



#### 4.1.1.1 Falta de infraestructura adecuada para la atención obstétrica

La carencia de infraestructura y equipamiento que se ajuste a los requerimientos de la normativa es el principal nudo crítico reportado por los participantes del foro. En la mayoría de casos, aunque no en todos, la infraestructura deficiente en los establecimientos de salud se asocia a insuficiente presupuesto o recursos financieros para realizar las modificaciones necesarias.

Muchos participantes mencionaron que las salas de partos en sus lugares de trabajo no son físicamente adecuadas, pues los espacios son demasiado pequeños, no cuentan con aire acondicionado o ventilación y, en ocasiones, las instalaciones son antiguas y



requieren reparaciones. La falta de espacio en las salas de labor de parto y de atención del parto a menudo impiden el acompañamiento de familiares.

*[se necesita la] reubicación de la sala de partos en un lugar más cómodo donde se pueda permitir el ingreso de los familiares sin problema, puesto que al momento tenemos un área pequeña y en el día tenemos 10 partos más las cesáreas hablamos de 14 niños por día en promedio lo que ocasiona congestión, ya que en la misma área se encuentra pacientes con legrado o procedimientos ginecológicos lo que se dificulta por el espacio.*

También se reportó que en ciertos establecimientos no hay espacios adecuados para realizar las sesiones de psicoprofilaxis y apoyo a la lactancia materna, y tampoco se cuenta con salas adaptadas para el parto en libre posición.

*...uno de los mayores problemas es el tema de infraestructura que como es un hospital básico sus espacios son muy pequeños y muy reducibles al momento de habilitar áreas. Por ejemplo: nuestra sala de parto se conforma en el mismo espacio con un pequeño espacio de recuperación y espacio intercultural. Otros de los nudos críticos es que no contamos con una sala prenatal por el poco espacio que se tiene.*

Adicionalmente, algunos participantes señalaron que en sus establecimientos no solo falta espacio para la educación prenatal, sino también carecen de implementos para llevarla a cabo.

#### **4.1.1.2 Rotación del talento humano y problemas para su capacitación**

La segunda problemática mencionada por los participantes del foro es la alta rotación del personal médico, administrativo, y de servicios generales de los establecimientos de salud, lo cual influye en los procesos de capacitación sobre la normativa, en su adecuada implementación y en el grado de compromiso del personal con respecto a la ESAMyN. La rotación, principalmente de autoridades del establecimiento, se relaciona con la falta de designación de un equipo técnico permanente que llegue a conocer a profundidad la normativa y se dedique a fomentar su cumplimiento. En algunos establecimientos el reto también es la rotación constante de ciertos profesionales, como médicos rurales, internos, entre otros, quienes requieren capacitación constante.

*...nosotros tenemos una rotación alta de personal especialmente en el servicio de emergencia donde funcional la maternidad de corta estancia, en cuanto a internos rotativos, médicos residentes, enfermeras, y fuera de esta área: choferes, limpieza guardias de seguridad, personal de estadística, etc., esto hace que se tenga que estar capacitando en la normativa ESAMYN de manera periódica cada vez que rota el personal.*

Las capacitaciones continuas sobre la normativa constituyen un desafío por la imposibilidad de organizar sesiones en horarios que abarquen a la mayoría del personal, o porque es difícil tener capacitaciones en medio de las jornadas laborales donde el entrenamiento compite con las tareas rutinarias. Incluso en el caso de establecimientos que han ensayado capacitaciones virtuales o fuera del horario laboral, persisten dificultades como el ausentismo y falta de participación activa.

*La completa capacitación del personal [es difícil] ya que debido al horario no todos tienen las mismas jornadas, particularmente el personal que labora en turnos rotativos cuando está presente en la institución no puede desatender sus funciones y en lo posterior, implica venir fuera de su horario laboral.*

Otro desafío para la capacitación es el hecho de que las mallas curriculares universitarias actuales para profesionales de salud no contemplan contenidos técnicos sobre la normativa.

#### **4.1.1.3 Resistencia y falta de motivación del personal de salud**

Otro de los principales problemas identificados es la falta de compromiso, motivación y resistencia del personal de salud para poner en práctica la normativa ESAMyN. Esta falta de motivación se asocia asimismo a varios temas; por un lado, el personal no se encuentra motivado porque no considera que la temática es importante en el contexto de sus funciones normales, principalmente al tratarse de personal que no brinda atención directa a madres y recién nacidos, aunque también existiría falta de interés y compromiso entre personal de atención directa.

*...tenemos algunas dificultades, como veo otras instituciones la tienen, como son la falta de interés por los profesionales tanto de la especialidad y mucho más aún del resto que no tienen una participación directa en el tema.*

*Uno de los aspectos más difíciles de vencer es la resistencia al cambio que tiene el personal, ya que piensa que solo el comité es ESAMyN cuando en realidad involucra a todo el hospital<sup>1</sup>.*

Por otro lado, la resistencia del personal que atiende directamente a gestantes, madres y neonatos muchas veces responde a su necesidad de evitar más tareas en su rutina, a menudo sobrecargada de responsabilidades por falta de personal suficiente.

*La resistencia al cambio creo q se debe a varios factores, para mi uno de los más pesados son las múltiples actividades que, a pesar de muchas veces tratarse de cosas similares, se tratan por separado y multiplican los esfuerzos de los profesionales....*

---

<sup>1</sup> Todas las citas textuales provienen del análisis del foro de cada módulo y aparecen en letras itálicas a lo largo del documento. No se colocan datos de cada autor de la cita para resguardar su confidencialidad.

Asimismo, la resistencia a la implementación de la normativa puede relacionarse con la negativa a cambiar prácticas de atención comunes y enraizadas.

*Un nudo crítico que se presenta en la gran mayoría de los establecimientos de salud es la resistencia a cambiar o modificar prácticas que sean han normalizado en el servicio de salud durante la atención obstétrica por parte del personal de salud, a pesar de existir la suficiente evidencia científica hace más de 30 años.*

*...la atención al binomio madre - hijo se ha transformado en una práctica mecánica, cambiar esas costumbres, mitos, que no tienen en ocasiones ningún sustento científico es durísimo por la resistencia de un determinado grupo de profesionales de la salud (incluye personal médico y de enfermería).*

Al hablar de esta falta de apertura, compromiso y motivación del personal, los participantes del foro vincularon dicho tema con la falta de “empoderamiento” del personal, lo cual es un punto que será ampliado en la sección de elementos facilitadores.

*...si no existe un total empoderamiento desde las autoridades hasta el señor guardia de la institución a que se involucren en el proceso, se seguirá pensando que ESAMyN es solo para los miembros de la Comisión y eso para la Comisión también genera desgaste.*

Unos cuantos participantes pusieron de relieve otro aspecto que también concierne al talento humano y que es la cantidad insuficiente de profesionales para la atención obstétrica y del recién nacido en los establecimientos de salud ante la alta demanda de atención. La escasez de personal sería general, aunque también se habló de carencias específicas, por ejemplo, profesionales que puedan dedicarse a la educación para la lactancia materna.

#### **4.1.1.4 Falta de insumos**

Una cuarta barrera identificada es la falta de insumos requeridos para implementar la normativa. En ocasiones, los participantes asociaron esta situación con la falta de gestión adecuada por parte del personal administrativo para obtener los recursos oportunamente.

*[la falta de anticonceptivos] también es un nudo crítico existente en mi establecimiento donde, por ejemplo, las pacientes optan en su mayor parte por elegir el implante subdérmico, pero son pocos los que se entregan al establecimiento, lo que no cubre la demanda, y al indicar a las pacientes que no se cuenta con este tipo de método en el Hospital se les oferta otros métodos, pero se niegan.*

Los temas más frecuentes mencionados fueron la carencia de métodos anticonceptivos para entregar a las madres en el período posparto. En casos, ha existido imposibilidad de ofrecer esterilización quirúrgica a las pacientes que lo solicitan.

*Los anticonceptivos tener todos en stock de farmacia es muy difícil si hay anticonceptivos orales no hay los subcutáneos, si vienen los anticonceptivos de barreras no hay los orales y así nunca las puérperas pueden elegir y si se les realiza la referencia porque quieren realizarse la salpinguectomía, no hay insumos y las puérperas a los 5 meses vuelven a estar embarazadas.*

Así mismo, se indicó la carencia de reactivos para realizar pruebas de hepatitis B, sífilis y VIH.

*[es difícil] cumplir con el oportuno tamizaje de las gestantes para VIH, sífilis, Chagas y hepatitis B acorde a la norma vigente del MSP, ya que en ciertos períodos del año hay escasez de los reactivos necesarios.*

#### **4.1.1.5 Desarticulación entre niveles de atención de salud**

Un tema adicional que resulta problemático es la inadecuada articulación entre el primer y segundo nivel de atención en lo que respecta a la educación prenatal y preparación para el parto. Quienes laboran en el segundo o tercer nivel consideran que las pacientes obstétricas llegan a sus establecimientos en los últimos meses o momentos del embarazo, sin preparación para el parto y es poco lo que ellos pueden hacer en ese punto.

*El hospital donde laboraba es un centro de segundo nivel de complejidad, lo que quiere decir que las gestantes son derivadas desde el primer nivel y si en este nivel no se hace una adecuada y oportuna captación, en el segundo nivel tenemos situaciones de más complejidad que pueden llevar a inestabilizar la salud de la madre u el niño.*

Además del aparente incumplimiento de normativa en el primer nivel de atención, habría una dificultad para que los establecimientos de niveles superiores puedan cumplir con la normativa sobre educación prenatal porque captan parturientas que no han sido sus usuarias a lo largo del embarazo.

*Somos los únicos que brindamos la atención del parto y hay algunas pacientes por ejemplo del IESS que se realizan los controles prenatales en la unidad ambulatoria del IESS y solo cuando van al parto son referidas a nuestra unidad de salud, y no tienen la educación que brindamos a las pacientes embarazadas que si se realizan el control prenatal en nuestra casa de salud. Lo mismo sucede con las pacientes que se realizan los controles prenatales en las Unidades de primer nivel de atención.*

#### **4.1.1.6 Problemas para implementar componentes específicos de la normativa**

Varios participantes del foro mencionaron componentes específicos de la normativa que presentan problemas, entre ellos, el parto en libre posición, el acompañamiento y el uso de vestimenta propia. En estos casos, los problemas se asocian fuertemente a la resistencia del personal a los cambios necesarios en la práctica clínica.

La resistencia al acompañamiento durante el parto respondería a varias razones aducidas por del personal: falta de espacio, incomodidad, riesgo de contaminación en áreas obstétricas, etc.

*En la actualidad el personal médico y paramédico no está acostumbrado a la cultura del acompañamiento, alegan que interrumpen u obstruyen el trabajo de ellos.... También [hay] falta o déficit de equipo de protección personal para al familiar. Recordando que los centros obstétricos están dentro de las áreas de quirófanos.*

Para varios participantes, el acompañamiento es particularmente difícil de implementar en el caso de las cesáreas. También se reportó que debido a la pandemia el acompañamiento disminuyó notablemente.

Asimismo, la implementación del apego precoz ha sido un reto para algunos establecimientos donde el rol del pediatra, o el período de recuperación de la cesárea, interfieren con este proceso.

También existe dificultad de que los establecimientos de salud articulen su atención materno neonatal con agentes de medicina tradicional. Algunas barreras mencionadas incluyen el hecho de que no existen parteras certificadas; el temor de los médicos a que la atención de parteras no mantenga condiciones sanitarias mínimas, o la dificultad de que parturientas con factores de riesgo puedan ser atendidas desde la medicina tradicional.

*La interrelación con la medicina ancestral, al ser un Hospital de tercer nivel, de referencia nacional, en donde el gran porcentaje de madres embarazadas tiene factores de riesgo complejos, no sabría como interrelacionar con la medicina ancestral.*

#### **4.1.1.7 Problemas ligados al proceso de evaluación ESAMyN**

Una categoría adicional de barreras se conforma por problemas con el proceso de evaluación interno para la certificación ESAMyN. Algunos participantes mencionaron dificultades al realizar encuestas a las usuarias y al personal de salud: las usuarias a menudo no recuerdan los contenidos de las asesorías, experimentan nerviosismo y no contestan, o su nivel de instrucción interfiere en la capacidad de responder las preguntas

planteadas. También se señaló que hay partes confusas en los cuestionarios aplicados a las usuarias de servicios, aunque no se hizo explícitos cuáles.

*...educar a las madres en diferentes temas es difícil ya que la mayoría de las mujeres gestantes o puérperas tienden a olvidarse con facilidad la consejería que se les da lo que crea dificultad a la hora de levantar las encuestas; hay que tomar en cuenta que ciertas preguntas de la encuesta a la madre tienen contenidos similares y crea confusión por lo que se debería revisar y rectificar los mismos.*

Al realizar las encuestas al personal de salud hay reticencia de algunos a ser evaluados, y es problemático que las encuestas exijan respuestas textuales que no se puedan adoptar a la comprensión y términos del personal que no brinda atención directa (lo cual también aplica a las usuarias).

También se considera problemática la revisión de las historias clínicas en el contexto de la evaluación de la normativa, ya que el personal encargado tiene poco tiempo para ello, y a menudo se deben realizar ciclos de mejora para subsanar los errores identificados. Asimismo, se señala que sería necesario contar con una metodología clara para el proceso de auditoría de las historias clínicas que evite interpretaciones particulares.

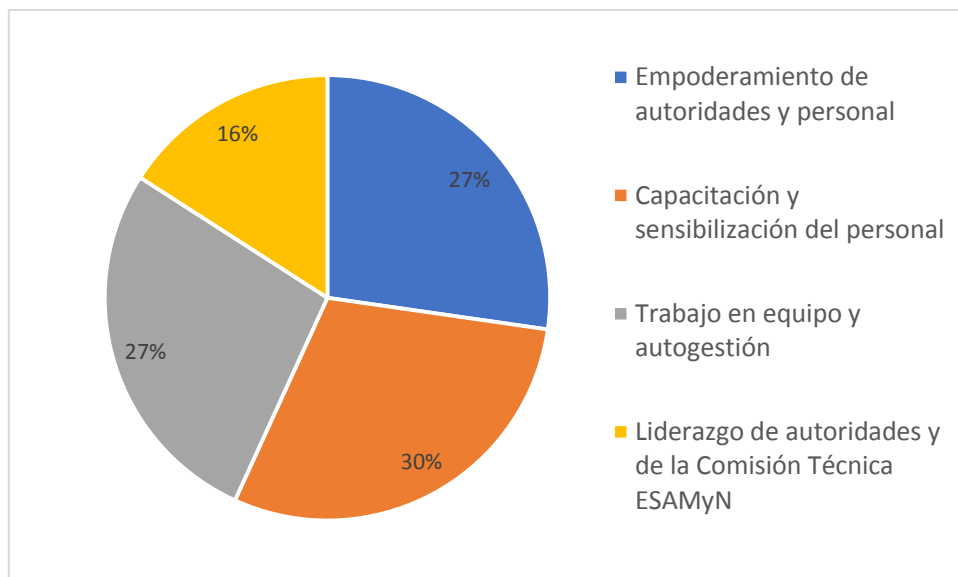
*[es difícil la] evaluación de las diferentes historias clínicas por parte del proceso de calidad y de gineco-obstetricia para verificación del cumplimiento de los diferentes estándares de calidad y de normativa Esamyn, tanto del área de consulta externa como de emergencias, ya que se debe establecer cronogramas mensuales para realizar el debido proceso de auditoría y muchas veces el personal a cargo no coincide o presentan gran cantidad de demanda de pacientes lo que dificulta el bloqueo de agendamiento de pacientes para poder a llevar a cabo dicho proceso.*

Algunos participantes mencionaron que, al momento de la evaluación, y también de manera general, la Comisión Técnica ESAMyN enfrenta dificultades, puesto que sus miembros llevan adelante varias otras tareas que les impide enfocarse más en la normativa o, en ocasiones, se delega la tarea a una sola persona.

#### **4.1.2 Elementos facilitadores para superar nudos críticos de la ESAMyN**

El foro del módulo 2 también preguntó a los participantes sobre elementos que pusieron o pondrían en práctica en sus establecimientos para superar obstáculos en la implementación de la normativa ESAMyN.

*Gráfico 2. Elementos facilitadores para superar nudos críticos de la ESAMyN*



#### 4.1.2.1 Empoderamiento del personal de salud

El empoderamiento del personal como estrategia para superar nudos críticos fue mencionado recurrentemente por los participantes del foro. De la lectura se deduce que el término “empoderamiento” implica un cambio profundo en la actitud del talento humano de los establecimientos, de modo que se genere compromiso para implementar la normativa con base en la sensibilización y capacitación, es decir, basado en la comprensión de los beneficios que acarrea la normativa ESAMyN para la salud materno-infantil.

*Por eso mantengo, para mí el nudo más crítico es que el personal se comprometa y quiera hacer un cambio. Con personal empoderado y comprometido todo es posible, pues se desarrolla habilidades y se mira el trabajo como una fortaleza y no como una carga.*

#### 4.1.2.2 Trabajo en equipo y autogestión

Otra estrategia para superar obstáculos es el trabajo en equipo entre los profesionales de un mismo establecimiento y entre los gradientes del sistema.

*...para ello fue necesario el trabajo en equipo tanto del personal del establecimiento, personal administrativo de la Dirección Distrital y la sensibilización al personal administrativo zonal para poder dar la importancia y la prioridad correspondiente.*

Para algunos, el trabajo en equipo debe buscar la colaboración específica del personal administrativo y de quienes conforman las Coordinaciones Zonales del MSP.

A menudo el trabajo en equipo se mencionó conjuntamente con la autogestión que deben realizar los equipos de los establecimientos de salud para obtener recursos económicos que permitan implementar adecuaciones, sobre todo de infraestructura, con el fin de cumplir las normas ESAMYN

#### **4.1.2.3 Capacitación y sensibilización del talento humano**

Además de señalar como estrategia la sensibilización y capacitación sobre la normativa ESAMyN, algunos participantes refirieron experiencias propias que constituyen alternativas, por ejemplo, la capacitación más personalizada para departamentos o grupos de profesionales en lugar de capacitaciones generalizadas.

*En la última capacitación en el primer ciclo se alcanzó el 55% del personal en modalidad on line y tuvimos que cambiar la estrategia a capacitaciones presenciales logrando el 70%, por lo que se coordinó con el líder de cada departamento y dentro de las jornadas se realizaron capacitaciones individualizadas alcanzando el 90% de profesionales capacitados.*

Otros participantes expusieron la necesidad de tener planes de capacitación y evaluaciones pre y post entrenamiento.

*al ser un problema la alta rotación del personal, los establecimientos de salud deberán contar con un plan de capacitación e inducción para el personal de ingreso, mediante una curricula de entrenamiento de cumplimiento en un tiempo determinado, además asegurar el impacto de las capacitaciones mediante la aplicación de evaluaciones pre y post test.*

#### **4.1.2.4 Liderazgo de autoridades y Comisión Técnica ESAMyN**

Otro elemento facilitador mencionado y que está fuertemente vinculado al anterior es el rol que juegan las autoridades de establecimientos, niveles zonales y distritales, para respaldar y motivar los procesos de implementación de la normativa ESAMyN.

*Se debe fortalecer el compromiso, conocimiento, cumplimiento de los Gerentes, Directores Médicos, Distritales, líderes de los servicios, Unidades de Salud y Comisiones de ESAMyN en cuanto a normativa y metodología de implementación; que se considere que el cumplimiento de la norma tiene el potencial de cambiar la vida de los niños, reducir enfermedades, discapacidades y la muerte del niño y las madres. Que los líderes vean que es un derecho que tenemos todas las mujeres, niños y que el Estado es garante del mismo.*

Promover el funcionamiento adecuado de la ESAMyN no solo debería recaer en los cargos directivos, sino también en la convicción de la Comisión Técnica a cargo de la normativa.



*La comisión técnica del establecimiento de salud juega un papel importante para superar este nudo crítico, son quienes deben conocer, pero sobre todo estar seguros y convencidos que los parámetros de cumplimiento se pueden alcanzar con esfuerzo, compromiso y predisposición en beneficio de las usuarias, usuarios, familias y comunidad.*

Algunos participantes mencionaron que es necesario que se desarrolle “una cultura institucional que vele por la seguridad de las pacientes maternas y de los neonatos”, impulsada por las autoridades de salud de cada establecimiento.

#### **4.1.2.5 Ciclos de mejora continua**

Finalmente, una estrategia para superar nudos críticos mencionada es la implementación de ciclos de mejora continua una vez que las evaluaciones detectan las áreas más problemáticas de aplicación de la normativa.

*¿Cómo se pudo superar [los problemas]? Me apoyo el director del hospital y otra persona muy importante fue la responsable de enfermería del hospital y me ayudaron mucho. Mi primera autoevaluación fue baja muy baja, realice ciclos rápidos de mejora en capacitar al personal en grupos pequeños diariamente en la oficina de calidad.*

### **MODULO 3**

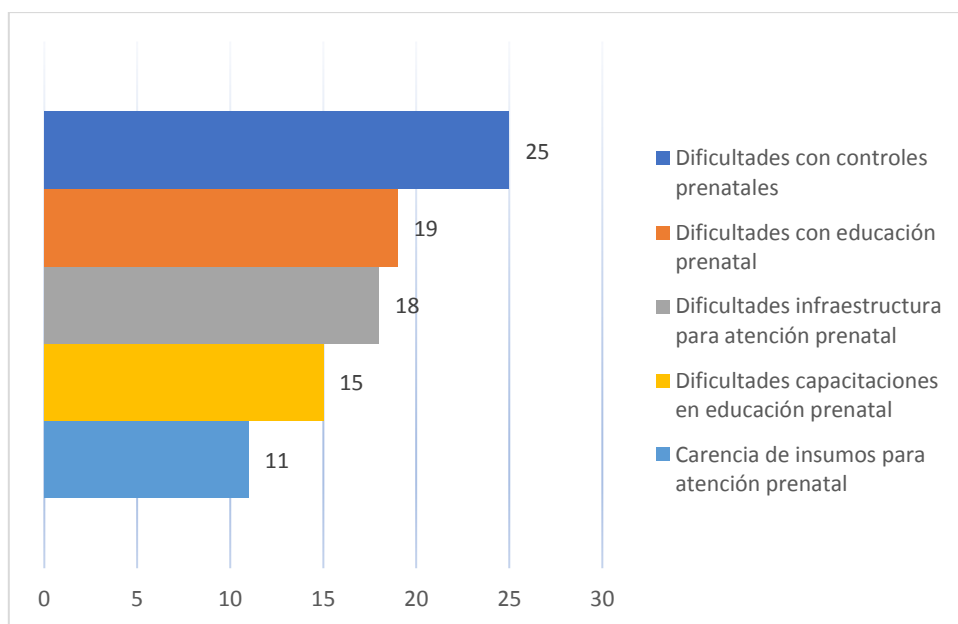
#### **Evidencia científica que respalda las directrices de la normativa ESAMyN en la atención prenatal**

## 4.2 Módulo 3. Evidencia científica que respalda las directrices ESAMyN en la atención prenatal.

### 4.2.1 Directrices más difíciles de cumplir en la atención prenatal

En el foro 2 se preguntó a los participantes del foro sobre los aspectos de la atención prenatal contemplada en la normativa ESAMyN que consideran más difíciles de implementar y cumplir dentro de sus establecimientos.

Gráfico 3. Directrices más difíciles de cumplir en la atención prenatal



#### 4.2.1.1 Dificultades para cumplir la cobertura y concentración de los controles prenatales

La mayoría de participantes identifican la falta de cobertura de controles prenatales como el principal problema relativo a la atención prenatal. Atribuyen la falta de captación temprana de usuarias a varias razones, entre ellas, el hecho de que las usuarias enfrentan barreras económicas (dinero para transportarse), geográficas (residencia rural), y falta de tiempo para acudir a sus controles desde el primer trimestre de su embarazo; muchas veces acuden solo en el último trimestre o cuando presentan complicaciones obstétricas. También identifican que los controles no tienen la consecución debida por esta misma razón. Algunos participantes añaden que, a más de estas motivaciones, hay usuarias que no acuden porque no tienen plena conciencia sobre la importancia del control prenatal y/o no tienen un nivel educativo que facilite su comprensión de los contenidos y su importancia para garantizar un embarazo y parto saludable.

*La población que acude a consulta es de nivel socio-económico bajo, lo cual en ocasiones les dificulta el transportarse a la unidad para poder llevar a cabo sus controles, así como el nivel de educación de las usuarias forma parte importante del proceso, ya que se evidencia que, por la falta de escolaridad, la gran mayoría resta importancia a sus controles mensuales y es esto un causal primordial en la morbi-mortalidad materna neonatal.*

Una dificultad relacionada es que las usuarias acuden a establecimientos del segundo y tercer nivel que no son de su área de influencia, sin que haya una coordinación con los establecimientos del primer nivel que debería proveerles los primeros controles prenatales. Por esta razón, además, no se puede llevar un control y seguimiento adecuado de los embarazos con riesgo obstétrico.

En la experiencia de algunos participantes, las usuarias no acuden de manera continua a sus controles por problemas de agendamiento o falta de turnos disponibles en sus establecimientos. A esto se sumaría la poca efectividad de los equipos de salud para captar embarazadas en territorio.

*La mayoría de las captaciones de gestantes no se realizan durante el primer trimestre ya que las usuarias no acuden a los Establecimientos de Salud por no conseguir cita a través de call center, por descuido y falta de compromiso de las mismas usuarias, y no se puede hacer visitas domiciliarias porque aún tienen ocupado al personal en tema vacunación Covid.*

#### **4.2.1.2 Dificultad para planificar y ejecutar sesiones de educación prenatal**

Otro aspecto de la atención prenatal que presenta inconvenientes es la planificación y ejecución de las sesiones de educación prenatal definidas en la normativa (seis sesiones). Al igual que sucede con los controles prenatales, los participantes del foro piensan que la no asistencia de las usuarias sucede por barreras geográficas y económicas, falta de tiempo de las usuarias, entre otras.

*Planificar y ejecutar las sesiones de educación prenatal [es difícil] debido a que su cumplimiento depende mucho del tiempo de las pacientes para asistir a la institución a las reuniones establecidas. Y si lo planteamos como dice la Norma, el ideal es cada 15 días una reunión, el ausentismo es grande; otro de los factores es que no siempre puede coincidir la cita de control prenatal con la de educación prenatal lo que ocasiona que las pacientes asistan a la cita y ya no a la sesión algunos detalles es el económico (dinero para movilizarse escaso o nulo), actividades del hogar (cuidado de sus niños entre otros).*

*Las 6 sesiones prenatales es un punto álgido por tratar ya que en mi establecimiento se ha trabajado con las autoridades de turno incluso ha sido tema de trabajo en la RPIS, pero no se logra mantener la secuencia de asistencia.*

*Hemos trabajado en el mes hasta con un total de 10 madres gestantes, pero que, por la distancia, el clima, la situación del acompañante, ya no acude.*

Asimismo, es difícil implementar estas sesiones porque en muchos establecimientos no existe personal capacitado y sensibilizado para llevarlas a cabo.

En ciertos establecimientos las sesiones se suspendieron por la pandemia reciente y no se ha reestablecido del todo su funcionamiento normal.

Otra razón importante para que no se lleven a cabo las sesiones es la falta de infraestructura o espacio disponible, como se detalla en el siguiente punto.

#### **4.2.1.3 Dificultades en la oferta de educación prenatal por falta de infraestructura y equipamiento**

Tal como se había identificado en el foro del módulo anterior, la falta de infraestructura adecuada para la educación prenatal es uno de los retos más importantes que enfrentan los establecimientos de salud al aplicar la estrategia ESAMyN. En muchos casos no solo hacen falta espacios físicos, sino que además se carece de implementos adecuados para las sesiones de psicoprofilaxis, generalmente por falta de presupuesto. El material educomunicacional es uno de los implementos menos disponibles para las sesiones.

*Lo importante es tener o adquirir los equipos para realizar las sesiones de psicoprofilaxis obstétricas y estimulación prenatal, pueden ser: pelotas, colchonetas, almohadas, cojín, parlante, etc. El MSP no cuenta con los recursos para la adquisición de estos equipos antes detallados.*

En determinados establecimientos, el espacio físico que se utiliza para las sesiones de psicoprofilaxis es un espacio improvisado o que tiene doble función, como ilustra la siguiente cita, y que por lo mismo no siempre está disponible.

*En nuestro hospital por su infraestructura insuficiente no contamos con el espacio adecuado para adecuarlo como aula para las sesiones prenatales con el equipamiento ideal para llevar a cabo unas sesiones con calidad, en un ambiente que inspire confianza que propicie la confidencialidad. No contamos con los recursos necesarios entendiéndose como colchonetas, esferas, sillas de parto medios audiovisuales para proyectar materiales didácticos, educativos. Pero, a pesar de estas insuficiencias, se trata de aprovechar por el momento el área que esta adecuada para parto intercultural (siempre y cuando exista la posibilidad de utilizarlo para las sesiones).*

#### **4.2.1.4 Dificultades en la oferta de educación prenatal por falta de personal capacitado**

Los participantes del foro consideran un reto el poder capacitar al personal en educación prenatal debido a varios factores. Hay una alta rotación de profesionales y también poca

disponibilidad de su tiempo para la capacitación en horario laboral. Asimismo, hay poco personal que pueda figurar como capacitador/a. Finalmente, existe la percepción entre los participantes del foro de que el personal no está interesado en recibir estos contenidos y/o tienen resistencia a ser capacitados por su alta carga laboral o porque consideran que conocen y manejan la materia con suficiencia.

*...es difícil cumplir con esta directriz [de capacitar sobre educación prenatal] porque cada vez que se planifica una capacitación hay un gran ausentismo de los especialistas, personalmente he escuchado que “esa charla no es para ellos sino para obstetras, médicos e internos”, sumado a que nuestro hospital tiene un horario rotativo con los profesionales de emergencia por lo que salen de guardia y salen a descansar a sus casas.*

*Actualmente, en nuestro establecimiento de salud contamos con un número considerable de profesionales con muchos años de experiencia, los cuales indican que ellos conocen todas las normativas relacionadas con la atención materna y se resisten a asistir a las capacitaciones de actualización de conocimiento.*

#### **4.2.1.5 Dificultades para cumplir la atención prenatal por falta de insumos y exámenes**

Otra dificultad, también detectada en el foro del módulo anterior, es la falta de insumos que experimentan algunos establecimientos para prestar la atención prenatal. A menudo hay carencia de reactivos para el tamizaje de embarazadas (pruebas de VIH, sífilis, hepatitis B, Chagas), de antiretrovirales, sucedáneos de la leche materna y el kit verde de emergencia para la prevención de la transmisión materno-infantil de VIH. En determinados establecimientos se carece de acceso a ecografías y urocultivos para la valoración de las pacientes.

#### **4.2.1.6 Otros problemas relativos a la atención prenatal**

Algunos participantes citaron dificultades varias que inciden en la implementación de la normativa ESAMyN sobre atención prenatal, entre ellas, el poco tiempo en la consulta para brindar educación prenatal e información sobre señales de peligro, así como la falta de talento humano y la sobrecarga de trabajo.

*...al personal médico se le realiza sobre agendamiento de pacientes y con el límite de tiempo para la atención a cada paciente, por la cantidad de documentación que se realiza en físico y digital, esto disminuye la atención de la usuaria externa y si presenta signos de alarma toma mayor tiempo en su ingreso y estabilización del Score Mamá, dependiendo el caso.*

Otros participantes debatieron la idoneidad de la herramienta Score Mamá para detectar el riesgo obstétrico dado que las mujeres embarazadas pueden tener una valoración de riesgo obstétrico alta y una valoración de Score Mamá normal.

*En lo referente a la valoración de Score Mamá, realmente representa una alerta que nos permite toma de decisiones oportunas, pero la categorización de riesgo obstétrico permite identificar aquellas pacientes que se nos puede complicar. Van de la mano y deben evaluarse en conjunto, ninguna reemplaza a la otra.*

## **MÓDULO 4**

**Evidencia científica que respalda las directrices de la normativa ESAMyN en  
la atención del parto y posparto**

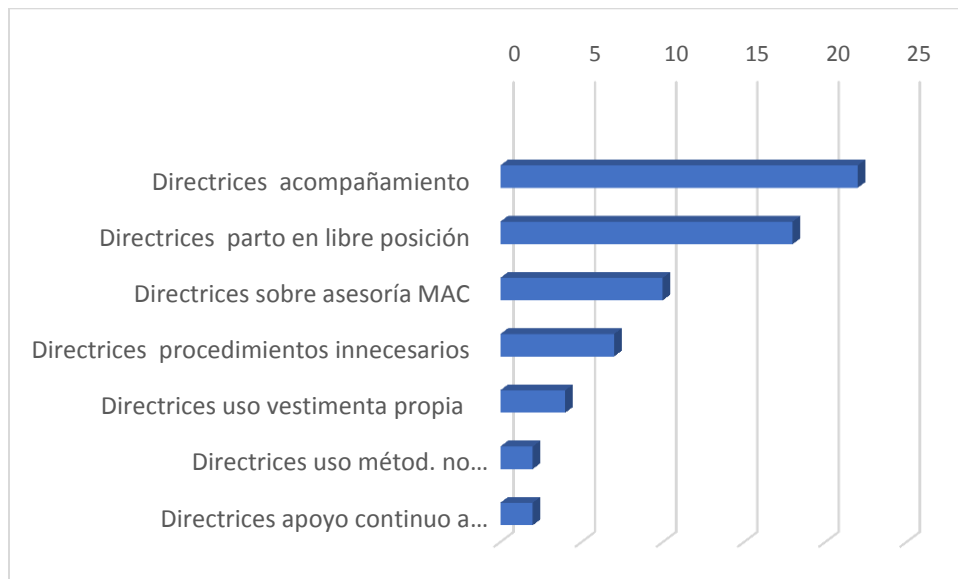


### 4.3 Módulo 4. Evidencia científica que respalda la normativa ESAMyN en la atención del parto y posparto

#### 4.3.1 Directrices más difíciles de cumplir sobre atención del parto y posparto

En el foro de este módulo se consultó a los participantes sobre las directrices para la atención del parto y posparto contempladas en la norma ESAMyN que consideran más difíciles de implementar y cumplir en sus establecimientos.

Gráfico 4. Directrices más difíciles de cumplir en la atención del parto y posparto



##### 4.3.1.1 Dificultades para implementar el acompañamiento

Los profesionales consultados refieren que es difícil implementar el acompañamiento durante el parto y el posparto en sus establecimientos debido a causas diversas. Varios mencionan que no hay suficiente espacio dentro de los espacios destinados para atención del parto.

*Una de las situaciones más difíciles de implementar en nuestra institución en la de promover el acompañamiento de la mujer durante la labor del parto, parto y posparto por una persona de su elección, debido a que tenemos una alta demanda de gestantes y áreas de parto muy pequeñas, en las que normalmente tenemos espacio para 4 gestantes sin embargo este espacio queda corto teniendo incluso más gestantes en el área con una sala de espera para el ingreso.*

Otros participantes explicaron que los partos que se atienden en el quirófano o en espacios contiguos al mismo no pueden contar con acompañamiento porque consideran que se deben mantener normas sanitarias o medidas de bioseguridad básicas en estos

espacios restringiendo el número de personas que ingresan; adicionalmente, hay establecimientos que no cuentan con equipos de protección personal para acompañantes.

*La directriz más difícil de cumplir es el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto, parto y posparto por las actitudes negativas de los médicos, que justifican que no se cuenta con la ropa para el acompañante, que después los denuncian por todas las deficiencias que tiene el establecimiento de salud, se pierde la privacidad de las otras pacientes, causas problemas porque se tiene que atender a ellos y se descuida a la paciente, no se cuenta con personal que se haga cargo de direccionar el familiar, el espacio físico de centro obstétrico se encuentra junto con el quirófano y los familiares van a contaminar, estas barreras sociales y de desconocimiento de la evidencia científica no se ha logrado romperlas.*

Otra razón que previene la práctica del acompañamiento es la falta de profesionales suficientes durante la labor, el parto y el postparto, quienes puedan orientar a las personas acompañantes dentro de los espacios y garantizar la privacidad de todas las madres gestantes que comparten las salas.

Hay establecimientos de salud donde el acompañamiento no se cumple por resistencia de los profesionales, la cual se debe a diferentes causas, incluyendo la comodidad personal de los médicos tratantes o el temor de los profesionales ante la posibilidad de que los familiares juzguen su labor o detecten violencia obstétrica.

*...tenemos compañeros profesionales de la salud que no tiene clara la cultura del acompañamiento. Creen y consideran que el acompañamiento es una traba en su trabajo, con temor de ser grabados, golpeados o que el familiar les quite tiempo.*

En otros establecimientos se dejó de practicar el acompañamiento durante la pandemia por Covid-19 y no lo han retomado, en ocasiones aduciendo que aún existe riesgo de contagio.

#### **4.3.1.2 Dificultades para implementar el parto en libre posición**

Otra de las principales directrices que los participantes de los foros consideran difíciles de implementar es la oferta del parto en libre posición. Al igual que sucede con el acompañamiento, hay quienes consideran que la dificultad radica en la falta de espacio y equipamiento adecuado para implementar este tipo de parto. A algunos profesionales les preocupa que incluso cuando se llega a tener infraestructura para atender el parto en libre posición, el espacio no estará habilitado para atender complicaciones o emergencias obstétricas.

*Nuestra unidad no cuenta con infraestructura ni equipamiento adecuado para que la paciente asuma la posición de su elección, sin embargo, tomando en cuenta los*

*derechos de la paciente se adapta una de las sillas ginecológicas eléctricas que permiten una sola posición de no litotomía que es la posición sentada, que a la actualidad es la elección del 80% versus la litotómica.*

También hay profesionales que piensan que ofrecer el parto en libre posición es difícil por la falta de capacitación que existe entre el personal sobre el tema, unido a la alta rotación que impide fomentar dicha capacitación.

Entre los participantes de foros existe la percepción de que algunos profesionales tienen resistencia a atender el parto en libre posición por temas de comodidad personal.

*Es una de las disposiciones que aún siguen poniendo resistencia algunos médicos ginecólogos que no quieren ofrecer el parto humanizado porque refieren que prolongan mucho más el tiempo del parto sin importarles lo beneficioso que es para la gestante.*

En ocasiones son las gestantes quienes demuestran resistencia al parto en libre posición, sobre todo, aquellas que han tenido experiencias previas de dar a luz en posición de litotomía; sin embargo, en general también habría poca información sobre esta opción entregada en el 1er nivel a las futuras madres, y poca tendencia a que las usuarias mestizas prefieran esta opción aun cuando se les informa sobre los beneficios.

*Es difícil de cumplir con la normativa ESAMyN con las mujeres multíparas que ya han tenido experiencias en los anteriores partos, ya que refieren que en los partos anteriores no les dieron a elegir la posición a su elección y ellas asumen que con la posición acostada (litotómica) y de piernas abiertas se sienten cómodas y que es la mejor.*

#### **4.3.1.3 Dificultades para implementar la asesoría y entrega de métodos anticonceptivos**

La implementación de la asesoría y entrega de métodos anticonceptivos (MAC) postparto se dificulta en varios establecimientos por la falta de estos insumos. Garantizar la provisión es algo que no siempre está en las manos del personal administrativo de cada establecimiento o del nivel local.

*...es difícil de cumplir por la falta de disponibilidad de anticonceptivos en los establecimientos de salud puesto que dependemos del nivel central en cuanto a implantes y gestágenos orales.*

Para algunos participantes de los foros, la dificultad radicaría en que las mujeres asesoradas sobre anticoncepción se rehúsan a tomar una decisión sobre MAC o se consideran imposibilitadas de tomar una decisión autónoma al respecto porque piensan que deben tener permiso de parte de sus parejas o familiares. Esta situación sería

particularmente palpable en el caso de las madres adolescentes que son atendidas en los servicios.

*Hay un importante número de embarazadas adolescentes con diferentes situaciones a las que se les da la consejería en planificación familiar se les oferta los diferentes métodos con los que contamos, pero aún existe el machismo y no pueden decidir por sí solas necesitan consensuar con su pareja la decisión de optar o no por el método.*

#### **4.3.1.4 Dificultades para implementar directrices sobre procedimientos innecesarios**

De acuerdo a los participantes, existen aún establecimientos donde se practican procedimientos como los tactos vaginales, la canalización de vías, episiotomías innecesarias, la amniotomía/amniorrexia artificial injustificadas, y el uso de medicamentos uterotónicos no justificado. Esta situación se debería ante todo a la resistencia que opone el personal tratante a dejar de implementar estas prácticas.

*Considero que estos [procedimientos innecesarios] son de los principales nudos críticos al momento de la atención, dada las ideas pre concebidas de los profesionales que aún no están dispuestos a ceder en su posición.*

No hay mayor información en los foros sobre por qué los profesionales se resisten a dejar atrás estos procedimientos, aunque parecería ser que la capacitación sobre la no necesidad de los mismos, o incluso su contraindicación, aún no logra convencer al personal que presta la atención.

#### **4.3.1.5 Dificultades para implementar el uso de vestimenta propia**

Otra directriz que se percibe como difícil de cumplir es el uso de vestimenta propia por parte de las gestantes usuarias de los servicios. Entre las posibles razones de esta situación están la necesidad de los profesionales de salud de contar con ambientes estériles cuando se atiende dentro del quirófano o, incluso, en otras áreas, y también el desinterés de las gestantes ante esta opción de vestuario.

*La sala de parto está ubicada dentro del centro quirúrgico, compartiendo el mismo flujo de circulación con pacientes posquirúrgico inmediato, personal de salud del centro quirúrgico, acompañantes, transporte de equipos estériles, por lo que al momento de ingresar para el parto se le viste con la bata quirúrgica, y de allí todo el tiempo la materna permanece con su propia bata.*

*Se torna un poco difícil el cumplimiento de este procedimiento ya que se plantea de manera más estéril el momento del parto eutócico, y aun no se ha encontrado ningún caso de que la madre quiera tenerlo con su propia vestimenta.*

#### **4.3.1.6 Dificultades para implementar otras directrices de la normativa ESAMyN**

Aunque significativamente en menor medida, los participantes mencionaron dos directrices adicionales que son difíciles de implementar: el uso de métodos no farmacológicos para el dolor y el apoyo continuo a gestantes durante el parto y postparto. En el primer caso, los participantes de los foros explicaron que hace falta capacitación para los profesionales sobre el uso de métodos no farmacológicos, mientras que en el segundo caso mencionaron que el apoyo continuo se dificulta por la falta de personal capacitado disponible en los establecimientos.

## **MÓDULO 5**

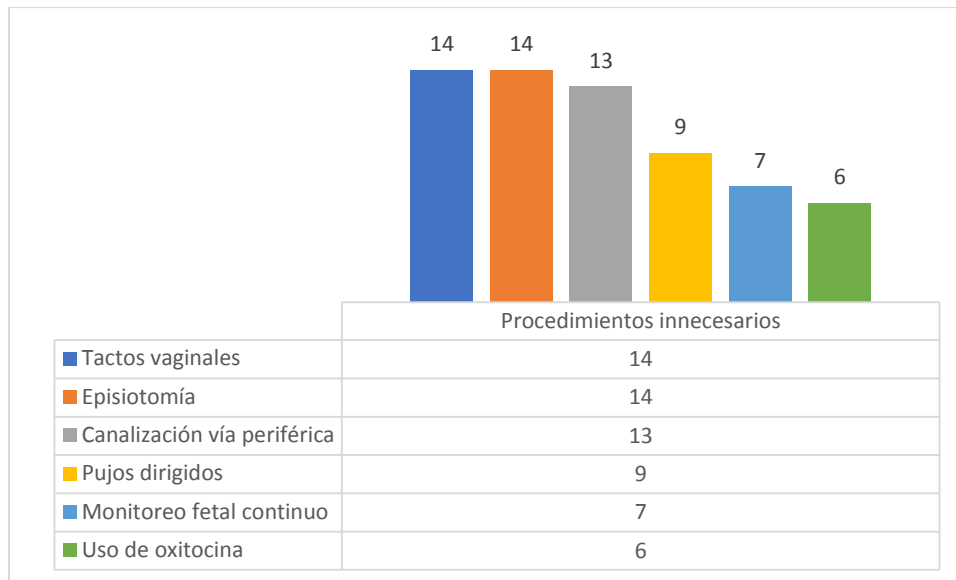
**Evidencia científica que respalda no realizar procedimientos innecesarios durante la labor y el parto, contemplados en la normativa ESAMyN**

## 4.4 Módulo 5. Evidencia científica que respalda no realizar procedimientos innecesarios durante la labor y el parto

### 4.4.1 Procedimientos innecesarios que es más difícil se dejen de implementar

En el foro correspondiente a este módulo se preguntó a los participantes cuáles consideran son los procedimientos innecesarios durante la atención de la labor de parto y el parto que aún se practican y son más difíciles de dejar de implementar en sus establecimientos.

Gráfico 5. Procedimientos innecesarios más difíciles de eliminar en establecimientos



#### 4.4.1.1 Tactos vaginales

Los tactos vaginales son un procedimiento innecesario que, según una gran proporción de participantes del foro analizado, persiste en sus establecimientos. Una de las principales explicaciones de esto es la actividad docente que se lleva a cabo en varios establecimientos de salud del segundo nivel (hospitales docentes), donde los médicos residentes e internos aprenden cómo realizar la atención del parto, incluyendo el proceso de evaluación del progreso mediante los tactos vaginales.

Este aprendizaje implica que los tactos se realicen en mayor medida de lo que se debería por la inexperiencia de los residentes, pero también porque ellos son un primer eslabón en una cadena de profesionales de salud que evalúan a las gestantes y que pueden incluir también a obstetrices y a médicos ginecobstetras.

*Hace aproximadamente un año contamos sólo con un especialista en Ginecología y Obstetricia que cubre simultáneamente las áreas de Consulta Externa,*

*Hospitalización, Emergencia, Centro Obstétrico y además hace llamados 24/7, por lo que a la llegada de la paciente al servicio de Emergencias ésta es valorada por médicos residentes que no siempre tienen la experiencia en poder definir borramiento y dilatación, siendo necesario que en lo posterior el especialista debe evaluarla nuevamente.*

Los tactos vaginales innecesarios también suceden a medida que las gestantes van siendo cambiadas de áreas de atención dentro del establecimiento, pues el profesional que las atiende en cada área las evalúa nuevamente. En otros casos sucede que los profesionales que atiende en Emergencia rotan o cambian de turno y al hacerlo se da pie a que se repita el procedimiento más veces de las necesarias.

*Es una práctica muy común en todos los establecimientos de salud, el motivo es el respectivo control y monitoreo de la paciente el número de profesionales que se encuentran en proceso es considerable tanto por el médico residente, el tratante y obstetrix de los servicios de emergencia, alto riesgo obstétrico, centro obstétrico cada uno de los profesionales quiere asegurarse de manera propia por el estado actual de la paciente.*

Varios participantes sugieren que la falta de médicos ginecobstetras asignados permanente en cada área, principalmente Emergencia, contribuye a que sean varios los profesionales (obstetricas, internos, residentes) quienes realizan tactos vaginales antes de que finalmente pueda llegar un especialista ginecobstetra a atender a la gestante.

#### **4.4.1.2 Episiotomía**

Al igual que sucede con el procedimiento anterior, los participantes del foro explican la persistencia de la episiotomía por la necesidad de que los médicos internos y residentes aprendan su ejecución en hospitales docentes. Asimismo, suele estar justificada porque los médicos tratantes consideran su implementación una medida de prevención ante la posibilidad de un desgarro vaginal u otras complicaciones.

*la episiotomía es un procedimiento que el personal médico lo aprendió en su universidad, como parte de su formación, creyendo que se le debería hacer a toda paciente nulípara para evitar desgarros perineales, justificando que es más fácil reparar un corte que un desgarro.*

Otras causas de su persistencia incluyen la formación universitaria recibida por muchos profesionales, donde la episiotomía es un procedimiento normal, y el afán de ciertos tratantes de apurar el nacimiento.

*El personal de salud que atiende el parto piensa que al hacer la episiotomía, la mujer que está dando a luz va a prevenir los desgarros naturales, y además tiene*



*un mayor ensanchamiento para la salida de la cabeza del RN y el bebé nace más rápido.*

Finalmente, hubo participantes que señalaron que la episiotomía no selectiva se continúa realizando por temor de los profesionales ante posibles repercusiones legales en caso de complicaciones.

*los profesionales la realizan por el miedo que se produce en ellos que el neonato fallezca en el canal del parto por algún tipo de dificultad en el expulsivo; esto por las investigaciones que se producen durante un caso de muerte materna o neonatal.*

#### **4.4.1.3 Canalización de vía periférica**

Según varios participantes del foro, la canalización de una vía periférica en las mujeres que están en proceso de dar a luz es una práctica bastante común en sus establecimientos. La principal razón dada para explicar su práctica es el hecho de que canalizar una vía es una medida preventiva ante la posibilidad de complicaciones futuras; hacerlo en el momento de la complicación sería más difícil y llevaría más tiempo.

*Es muy difícil lograr que este procedimiento no se realice, ya que muchos compañeros siempre alegan que algo puede suceder y después es más difícil colocar la vía periférica*

Este procedimiento sería aún más habitual o rutinario en pacientes que tienen algún nivel de riesgo obstétrico, como pueden ser las gestantes sin controles prenatales. Al igual que otros procedimientos mencionados en esta sección, su práctica también responde a la necesidad de los profesionales de protegerse ante posibles demandas legales en caso de problemas en la atención, las cuales que no serían del todo inusuales en la actualidad.

*a la mayoría de nosotros nos enseñaron a hacerlo y con el convencimiento neto de que era imprescindible para evitar que una paciente obstétrica vaya a complicarse, sobre todo aquella que viene de la comunidad sin controles prenatales, con factores de riesgo tanto modificables y no modificables, sin tamizaje para las principales patologías que pudieran complicar el embarazo; en fin el temor a que algo se complique y verse inmerso en problemas legales, a lo cual hoy en día el personal médico somos más vulnerables.*

#### **4.4.1.4 Pujos Dirigidos**

Los pujos dirigidos persisten en los establecimientos de los participantes del foro por algunas razones entre las cuales sobresale el hábito, la rutina o la costumbre de los profesionales de salud que brindan atención a las gestantes y quienes alientan sus pujos de una manera casi automática; para algunos participantes es una tendencia más pronunciada entre auxiliares de enfermería.

*Es difícil dejar esta " costumbre " diría, por parte del personal de auxiliares de enfermería que por más que se, les indique en capacitaciones, en el momento del parto, están ahí según ellas animando a la paciente, a veces creo que lo hacen de forma inconsciente, que en ciertas ocasiones las pacientes se molestan, se desesperan porque no saben a cuál escuchar, todos hablan.*

Otra causa de la persistencia de esta práctica es el interés de los proveedores de salud de apurar el proceso del parto y el nacimiento, no solo por su comodidad, sino también en ocasiones por temor de que el parto se prolongue demasiado y surjan complicaciones.

*los pujos dirigidos durante el expulsivo... creo se deben a una mala costumbre que tiene el personal que atiende partos sin una base científica, al mirar que el bebé no lograr salir del canal vaginal a la velocidad que el personal de salud desearía, problema que se da especialmente en las primíparas.*

#### **4.4.1.5 Monitoreo fetal continuo**

El monitoreo fetal electrónico frecuente o continuo es un procedimiento que persiste en buena proporción de los establecimientos de quienes participaron en el foro, situación que atribuyen, entre otras causas, al temor de los profesionales de salud de que se presenten complicaciones con el bebé por nacer: el monitoreo no solo ayuda a confirmar el bienestar fetal, sino que también constituye un respaldo para los proveedores de salud en caso de presentarse problemas.

*Este procedimiento es difícil de erradicar creo a mi opinión por motivos de carácter legal frente a varias circunstancias que se han presentado y el personal necesita dejar un documento registrado la frecuencia cardíaca fetal de tal forma da una sensación tranquilidad al personal de que tiene un documento donde verifica que el feto se encuentra vivo mientras está a su cargo.*

Algunos participantes manifestaron que hay gestantes que exigen que se realice este procedimiento, ante lo cual los profesionales acceden.

#### **4.4.1.6 Uso de oxitocina**

Este procedimiento se continúa realizando en algunos casos debido a la necesidad del personal tratante de apurar la labor y el parto por situaciones percibidas a menudo erróneamente, como el atraso del período expulsivo.

*El uso de oxitocina en el expulsivo es una rutina adaptada en los colegas ginecólogos, lamentablemente se produce por una inadecuada interpretación del trabajo de parto, falta de supervisión del Partograma y falsa sensación de retraso en el periodo expulsivo.*

La necesidad de apurar el parto también se relaciona con el hecho de que los establecimientos no cuentan con suficiente talento humano (especialista en ginecología y obstetricia) para cubrir la demanda de atención.

*también suele pasar porque existen compañeros que tienen alta demanda de pacientes y se hacen cargo de todo piso más las atenciones de emergencias, otros de los motivos de aplicación de la misma son por alta demanda de pacientes y falta de tiempo para realizar múltiples actividades en hospitalización y emergencia.*

Según otros participantes del foro, el uso de oxitocina puede responder al ambiente de estrés y tensión que se vive en las salas de partos de los establecimientos “que no permite la liberación adecuado de oxitocina endógena”.

#### **4.4.1.7 Otros procedimientos innecesarios**

Finalmente, los participantes del foro mencionaron con mucha menor frecuencia otros procedimientos que persisten en sus lugares de trabajo, entre ellos, la ruptura prematura de membranas, la maniobra de Kristeller, la implementación de cesáreas innecesarias, y el ayuno forzado.

## **MÓDULO 6**

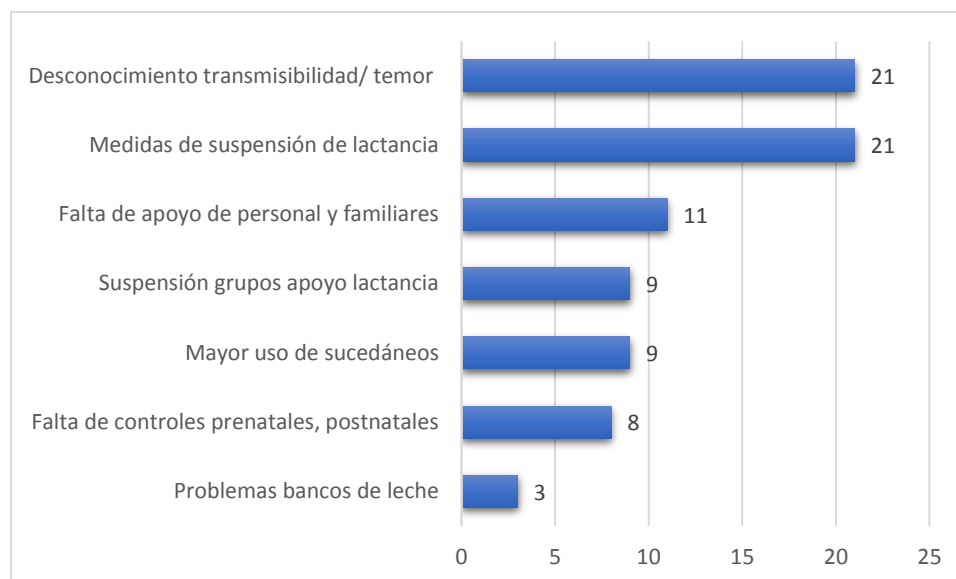
### **Evidencia científica que respalda las directrices sobre lactancia materna según la normativa ESAMyN**

## 4.5 Módulo 6. Evidencia científica que respalda las directrices ESAMyN sobre lactancia materna

### 4.5.1 Obstáculos para la lactancia materna exclusiva provocados por la pandemia de COVID-19.

En el foro correspondiente a este módulo se preguntó a los participantes cómo la pandemia introdujo obstáculos a la implementación de las recomendaciones ESAMyN relacionadas a la lactancia materna dentro de sus establecimientos.

Gráfico 6. Obstáculos para lactancia materna en pandemia



#### 4.5.1.1 Falta de información y evidencia científica sobre transmisibilidad del virus a través de lactancia materna

En las etapas iniciales de la pandemia existió falta de información basada en evidencia científica sobre los mecanismos de transmisión del virus SARS-CoV-2, lo cual determinó que el personal de salud de muchos establecimientos decidiera, como medida preventiva, no continuar o suspender varias prácticas ESAMyN, incluyendo al apego precoz, la lactancia materna exclusiva y el alojamiento conjunto. Esta falta de información o desconocimiento dio pie a un clima de temor generalizado, no solo entre el personal de salud sino también entre las madres, algunas de las cuales por voluntad propia decidieron suspender la lactancia.

*La pandemia causada por SARS-COV-2 de inicio causó una serie de incertidumbres, se actuaba con miedo ya que no existía lineamientos ni evidencia científica sobre la evaluación de la enfermedad, por tanto las prácticas clínicas, recomendaciones que han demostrado beneficios sobre la salud materno-infantil,*

*en el segundo nivel de atención como el acompañamiento durante el parto, el contacto piel con piel después de dar a luz, la lactancia materna temprana o que la madre y bebé permanezcan en la misma habitación, quedaron suspendidas.*

Eventualmente, la evidencia científica sobre la seguridad de continuar la lactancia materna incluso en casos de madres con COVID-19 llegó hasta los profesionales de salud de los establecimientos del MSP, pero fue un proceso que demoró varios meses en algunos casos.

*Los primeros meses marzo a junio, no había pronunciamientos oficiales, las cadenas de desinformación muchas veces provocadas por profesionales también puso en jaque al proceso completo de ESAMYN. Los profesionales tenían miedo de tomar decisiones y no saber las consecuencias.*

*Una consecuencia fue la falta de evidencia y el miedo de los riesgos potenciales. Las recomendaciones surgieron con el pasar del tiempo. La cual se socializó y se compartió a las unidades. Pero recordemos que en los puntos críticos de la pandemia la información no la teníamos a la mano.*

#### **4.5.1.2 Medidas diversas de aislamiento madre-hijo que impidieron la lactancia materna**

En la mayoría de establecimientos, las embarazadas por lo general eran sometidas a pruebas para detectar el contagio con el virus SARS-CoV-2 y, de ser positivas, eran aisladas y sus recién nacidos llevados a neonatología hasta el momento del alta, lo cual significaba la suspensión de la lactancia materna.

*Al inicio de la pandemia de manera conjunta entre el servicio de Ginecología y Neonatología se decidió separar al recién nacido de su madre colocándolo en un cunero, lo que sin lugar a dudas impedía el alojamiento conjunto, la lactancia materna y el fortalecimiento del vínculo materno-infantil, el protocolo estuvo vigente por varios meses.*

*Las pacientes que salían positivas con Covid eran separadas de sus bebés no se cumplía con el apego piel con piel, ni lactancia materna por miedo al contagio, y las pacientes eran ingresadas a otra área aislada e incluso por ser maternas algunas tuvieron que ingresar a UCI y ahí no se permite el ingreso del Neonato.*

En algunos casos, habrían sido las propias madres con COVID-19 quienes solicitaban ser separadas de sus recién nacidos para evitar el contagio. El aislamiento de las madres implicó también suspender cualquier tipo de acompañamiento, y tener menor apoyo de los profesionales de salud quienes establecieron con ellas solamente el contacto estrictamente necesario.

En algunos establecimientos se dio el alta precoz a los recién nacidos con el objetivo de evitar su contagio.

También hubo establecimientos que decidieron implementar el aislamiento madre-hijo solo en los casos de pacientes con síntomas respiratorios graves, así como establecimientos que no implementaron la separación madre-hijo, sino que se apoyaron en el uso de medidas de bioseguridad para mantener el alojamiento conjunto.

*la madre positiva y el bebé en nuestra unidad de salud tenían un espacio exclusivo para su atención sin estar en contacto con los otros pacientes Covid positivo, la mamá utilizaba todo el tiempo mascarilla y se promovía el lavado de manos como prevención de la transmisión del virus.*

En los establecimientos que suspendieron las prácticas ESAMyN como el apego precoz y la lactancia materna, esta medida habría tenido diferentes duraciones, desde un par de semanas hasta varios meses, según cada unidad de salud.

#### **4.5.1.3 Suspensión de controles prenatales, controles postnatales y grupos de apoyo a la lactancia materna**

En varios establecimientos, tanto de primer como de segundo nivel, se dio el cierre de consulta externa, lo cual significó la suspensión de controles prenatales, las sesiones de educación prenatal y los grupos de apoyo a la lactancia materna. Producto de ello las madres no recibieron educación ni asesoría pormenorizada antes y después del parto sobre lactancia materna.

*Se cerró en mi hospital el área de consulta externa de todos los servicios y en Ginecología se perdió ese puntal importante en la Educación y control prenatal donde también fue un obstáculo porque no se pudo cumplir con la normativa de ESAMYN.*

*La educación en el primer nivel se vio reducida, los grupos de lactancia y de psicoprofilaxis se intentaron mantener vía web o por otros medios electrónicos, pero no tuvieron los resultados esperados.*

La actividad de los grupos de apoyo en buena medida se discontinuó por la imposibilidad de mantener sesiones presenciales al inicio de la pandemia, así como por el temor de las usuarias a acudir a los establecimientos de salud y exponerse al contagio. Ese mismo temor también hizo que las usuarias dejen de asistir a sus controles prenatales, incluso en el caso de establecimientos que no cerraron sus consultas externas.

Las consecuencias de esto empezaron a evidenciarse cuando las madres llegaban a los servicios de salud con recién nacidos que presentaban diversas patologías, como desnutrición y diarrea.

En algunos casos se trató de suplir esta situación con las visitas domiciliarias para brindar asesoría a las madres, pero también se dieron obstáculos, pues algunas usuarias tenían temor ante la posibilidad de contagio por la visita.

#### **4.5.1.4 Mayor uso de sucedáneos y cese del funcionamiento de bancos leche**

La suspensión de la lactancia materna en algunos establecimientos, sobre todo en casos de madres con COVID-19, trajo como resultado un incremento en el uso de sucedáneos de la leche materna y de biberones. Así mismo, los bancos de leche existentes dejaron de funcionar regularmente, sobre todo porque las donaciones disminuyeron drásticamente.

#### **4.5.1.5 Falta de personal de salud y de acompañantes (familiares) para apoyar a las madres**

En algunos establecimientos el personal de salud que brinda atención obstétrica fue escaso por diversas razones, a veces por haber contraído COVID-19 o por estar dedicado intensivamente a la atención de pacientes con COVID-19. Esto significó que las madres recibieron menos apoyo del personal tratante después del parto y, por ende, menos asesoría sobre lactancia materna. También significó que no había personal disponible para organizar charlas y sesiones de los grupos de apoyo a la lactancia materna.

En general existió menos apoyo para las madres y menos asesoría sobre lactancia porque se tendía a mantener poco contacto entre el personal y las usuarias como medida preventiva, ya se trate de mujeres con o sin afectación por el COVID-19.

*al principio no se sabía que si se transmitía el virus por la leche materna era un caos total, con el pasar de los días se fueron mejorando esto y se daba de lactar con mascarilla la madre, pero por tener dos servicios habilitado con poco personal no se cumplían con la charla de asesoría de lactancia materna ni de las técnicas de una buena lactancia.*

La falta de personal de salud que brinde apoyo continuo a las madres, así como la falta de acompañamiento de familiares habría incidido en el bienestar emocional de las usuarias, afectando de manera directa o indirecta el proceso de la lactancia.

*La individualización de la madre y su separación del familiar fue un proceso que afectaba directamente en la psicología de la madre, el apego precoz y la lactancia materna inmediata fueron restringidas, hasta verificar que la madre estaba libre de Covid, lo que ocasionaba un nuevo trauma a la gestante desde su llegada a la institución.*

#### **4.5.1.6 Disminución general de partos institucionales**



Según los participantes, varios establecimientos habrían registrado una disminución marcada del número de partos, al menos en los primeros meses de la pandemia. Esto afectó principalmente a los establecimientos “centinelas”, es decir, aquellos dedicados primordialmente a la atención de pacientes con COVID-19. Algunos de ellos derivaron todos los partos a otras unidades de salud; otros atendieron partos en mucha menor medida porque las usuarias tenían temor de acudir a este tipo de establecimiento. En general, la falta de asistencia de las usuarias para atención del parto impactó en la posibilidad de asesorar a las madres sobre los beneficios de la lactancia materna.

#### **4.5.2 Elementos facilitadores de la lactancia materna ante la pandemia por COVID-19**

También se preguntó en el foro cómo se podría superar los obstáculos en la implementación de recomendaciones ESAMyN sobre lactancia materna en el escenario de pandemia. La mayoría de participantes manifestaron que en sus establecimientos se ha dispuesto el retomar las prácticas ESAMyN sobre lactancia, toda vez que ya se dispone de la evidencia que las respalda y se conoce sobre la necesidad de mantener la lactancia con medidas de bioseguridad pese a la pandemia. También enfatizaron la importancia de capacitar a los profesionales de salud sobre dicha evidencia y sobre la normativa en sí misma, así como de fortalecer la asesoría que se ofrece a las madres y difundir la no transmisibilidad del virus a través de la lactancia. Para ello proponen el uso de materiales didácticos y audiovisuales.

## **MÓDULO 8**

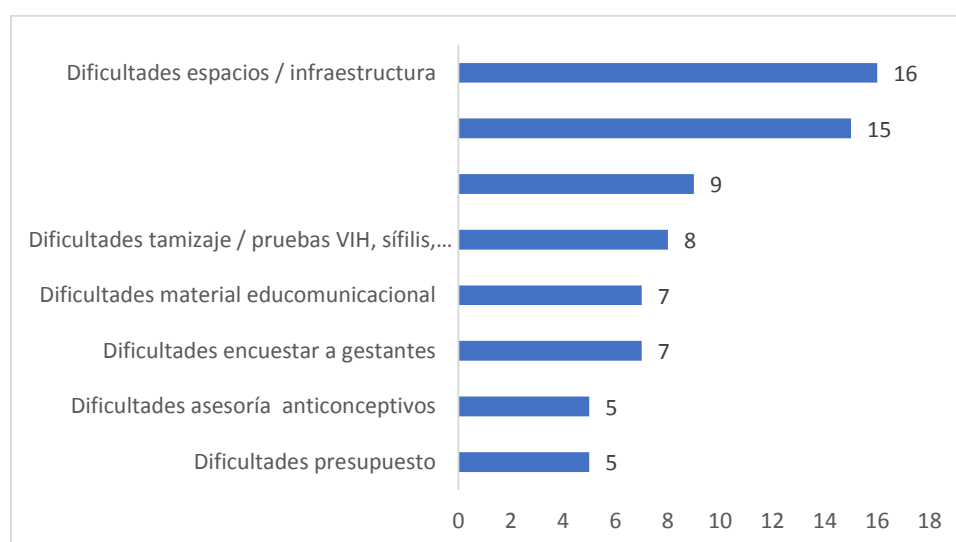
**Formularios para la evaluación interna y externa ESAMyN: Formularios 01 Información del establecimiento; 02 Observación directa; 03 Encuesta a la embarazada**

## 4.6 Módulo 8. Formularios para la evaluación interna y externa ESAMyN (01, 02, 03)

### 4.6.1 Principales dificultades en la aplicación de los formularios

En el foro se planteó como pregunta cuáles fueron las dificultades encontradas al aplicar los tres primeros formularios de evaluación de cumplimiento de la normativa ESAMyN (01,02,03). La mayoría de participantes aludió a los problemas que tienen para llenar los formularios debido a que en sus establecimientos no se cumplen ciertas directrices ESAMyN, y pocos mencionaron dificultades que surgen fruto de la estructura misma de estos instrumentos. El siguiente gráfico muestra cuáles son los principales obstáculos percibidos en relación a los tres primeros formularios.

Gráfico 7. Dificultades en la aplicación de formularios 01,02, 03



#### 4.6.1.1 Dificultades con preguntas sobre infraestructura o espacios para cumplir normativa

El principal obstáculo detectado sobre el llenado de los formularios concierne las preguntas que tienen que ver con la falta de espacios, infraestructura y equipamiento adecuados en los establecimientos para implementar aspectos de la normativa, especialmente en lo que respecta a la educación prenatal y la atención del parto en libre posición (Formularios 01 y 02)

*En cuanto a la observación directa, el establecimiento de salud no cuenta con un espacio físico adecuado que puede ser permanente o un espacio adaptado para cada sesión, y equipamiento mínimo, para realizar las sesiones de educación*

*prenatal, ya que por falta de espacios en la unidad se utiliza para la consulta externa.*

Algunos participantes mencionaron, además, que muchos de los establecimientos son antiguos y no se cuenta con presupuesto para hacer las adecuaciones necesarias.

#### **4.6.1.2 Dificultades generales por falta de interés y compromiso del personal con la normativa**

Otro problema identificado, casi en la misma medida que el anterior, es la falta de interés y compromiso del personal de salud que afecta la implementación de la normativa ESAMyN en general. Esto afectaría tanto a personal que atiende partos (p. ej. profesionales que realizan guardias, personal que rota), como aquellos funcionarios que no están en contacto directo con las madres. El desinterés y falta de motivación conlleva a que se participe poco en capacitaciones, y, por ende, al desconocimiento de múltiples aspectos de la normativa que son evaluados en los formularios.

*El principal inconveniente o nudo crítico es la falta de compromiso del personal de salud para acudir a las capacitaciones sobre ESAMYN en las cuales se realizan agendas, cronogramas, talleres, pero como muchas veces es personal que hace guardias ya no se los ve hasta luego de tres días y esto es un problema recurrente en la mayoría de establecimientos que realizan guardias.*

El personal que no atiende madres directamente suele aducir que, en su caso, no es necesario tener conocimiento de la normativa ESAMyN.

También se destacó que, en algunos casos, hay poca colaboración de profesionales administrativos y a cargo de la información estadística al momento de aplicar los formularios.

*Al realizar la encuesta del formulario 1 hubo poca colaboración con la información ya que el personal a cargo de la información no sabía con exactitud lo que se le estaba preguntando con relación a la dotación de camas, personal, etc., hubo falta de colaboración del personal administrativo, y causa descontento y decepción.*

#### **4.6.1.3 Dificultades con preguntas sobre educación prenatal**

Un tercer problema detectado, relacionado a la aplicación de los formularios 01y 02, se relaciona a las preguntas que evalúan la educación prenatal de las gestantes y su preparación para el parto. Estas preguntas serían difíciles de contestar porque desde el primer nivel de atención del sistema de salud no se oferta esta educación y preparación. Quienes hablaron sobre ello dijeron que sus establecimientos de segundo nivel reciben a las gestantes con alguna complicación, o en los últimos meses de embarazo, sin que tengan los conocimientos necesarios que deberían recibir en el primer nivel, lo cual lógicamente afecta el puntaje que reciben en su evaluación.

*Otra dificultad sería la falta de interés del primer nivel de atención en temas referentes a educación prenatal; llegan pacientes a un segundo nivel de atención sin conocimiento en temas de lactancia materna, métodos anticonceptivos, signos de peligros, plan de transporte, ITS. El cumplimiento de la normativa es algo de sistema de salud en general. No tienen que verse como instituciones independientes, somos un mismo sistema de salud, que lucha por el bienestar de los pacientes.*

De forma relacionada, el hecho de que los establecimientos de segundo nivel reciban a gestantes que vienen desde otros niveles o instituciones en diferentes momentos del embarazo también afecta el que puedan cumplir con el requisito de llevar a cabo 4 controles prenatales.

*Considero también que en el primer nivel se habla muy poco o nada sobre lo que es Esamyn y por lo tanto las pacientes que acuden a tener sus partos en estos establecimientos llegan con nulo conocimiento a veces ni siquiera son del MSP, sino de otras entidades por ejemplo SEGURO CAMPESINO donde no se maneja ninguna estrategia parecida a la nuestra.*

#### **4.6.1.4 Dificultades con preguntas sobre tamizaje y pruebas (VIH, sífilis, hepatitis B, Chagas)**

El cuarto obstáculo detectado, relacionado al formulario 01, es la falta de pruebas o reactivos para realizar el tamizaje de VIH, sífilis, hepatitis B y Chagas en los establecimientos del MSP, lo cual no permite cumplir con parámetros de la evaluación; a menudo, la dotación de estos insumos es fluctuante según diferentes épocas del año.

Al igual que otras dificultades, este problema estaría asociado a la falta de presupuesto disponible dentro de cada establecimiento para la implementación de la normativa ESAMyN.

#### **4.6.1.5 Dificultades con preguntas sobre material educomunicacional**

Un problema adicional identificado es la carencia de material educomunicacional para informar a las usuarias y usuarios sobre los diferentes aspectos de la normativa ESAMyN (Formulario 01,02). La principal razón que explica esta carencia es falta de presupuesto para elaborar el material, así como la falta de logos provenientes desde el nivel central.

*En la Directriz “Difundir la Norma ESAMyN” el formulario refiere como parámetro de cumplimiento al menos tres piezas educomunicacionales sobre la norma ESAMyN disponibles y visibles en sitios de mayor afluencia, pero por falta de recursos económicos no se han podido elaborar en su totalidad, además, por los logos actuales del Ministerio todavía no aprueban los materiales a pesar que una ONG se comprometió en apoyarnos.*

#### **4.6.1.6 Dificultades para encuestar a embarazadas**

Otra dificultad que los participantes del foro mencionaron tiene que ver con el hecho de que las usuarias encuestadas no proporcionan respuestas correctas sobre los temas indagados a pesar de haber recibido la información y asesoría adecuadas de parte del personal el (formulario 03). Esto no sucedería por varias razones; en algunos casos por vergüenza o timidez de las usuarias ante la situación de la entrevista; en otros casos, porque las usuarias responden en sus propias palabras y los formularios demandan respuestas textuales.

*Hay que estar consciente de que algunas mamitas no nos responderán textualmente lo que está escrito en las opciones de las encuestas. Y eso bajaría mucho la puntuación.*

*Se capacita a las madres de los temas puntuales refiriéndose a la norma ESAMyN y al realizar las encuestas ellas responden de forma negativa a pesar de las capacitaciones recibidas.*

*Otro aspecto que afecta es el nivel educacional de los pacientes pues algunos no se aprenden bien o les da vergüenza hablar y prefieren decir no me han explicado....*

Según algunos participantes, también hay dificultades para obtener respuestas de personal de los establecimientos como guardias de seguridad, quienes tampoco pueden brindar respuestas textualmente correctas, o sienten timidez al contestar.

#### **4.6.1.7 Otras dificultades detectadas**

En menor medida, los participantes del foro mencionaron otras dificultades relativas a la aplicación de los formularios, como la falta de anticonceptivos para la asesoría postparto (formulario 02), y la falta generalizada de gestión y asignación de presupuesto para implementar diferentes aspectos de la normativa.

Pocos participantes mencionaron problemas puntuales con la forma en que están elaboradas las preguntas de los formularios, por ejemplo, la dificultad de establecer la cantidad de personal que trabaja en el área materno-neonatal (formulario 01). Esta pregunta es problemática porque dicho personal no es constante o tiene múltiples funciones. Otras dificultades propias de la aplicación de los formularios incluyen la imposibilidad de alcanzar la muestra requerida de usuarias postparto en ciertos establecimientos (formulario 03), y problemas para determinar el tamizaje de VIH por primera vez en unidades de segundo nivel (formulario 01), entre otras.

#### **4.6.2 Sugerencias para superar dificultades en aplicación de formularios**

Al consultar sobre actividades o medidas que ayudarían a superar las dificultades detectadas en la aplicación de estos formularios, los participantes del foro mencionaron varias opciones, entre las cuales destacan:

- a. *Formación, capacitación y evaluación:* capacitar de forma continua y obligatoria a todos los profesionales sobre la normativa; evaluar el conocimiento adquirido, e imponer sanciones al personal cuando no se cumpla con estos requisitos. Incluir el componente ESAMyN en la evaluación general que se hace a profesionales de establecimientos del MSP. Incluir la normativa ESAMyN en la formación universitaria.
- b. *Recursos:* garantizar y priorizar presupuesto para implementar la normativa en los establecimientos mediante la gestión interna y a diferentes niveles del sistema del MSP. Tratar de desconcentrar la asignación de recursos.
- c. *Atención primaria:* trabajar con el primer nivel de atención a fin de solventar la falta de educación y control prenatal de las gestantes: reuniones con directores distritales; mejorar captación de gestantes.
- d. *Lenguaje:* usar lenguaje sencillo al realizar las encuestas a usuarias y al personal que no atiende directamente a gestantes.
- e. *Empoderamiento:* Fomentar interés y empoderamiento del personal de salud con respecto a la normativa.

## **MÓDULO 9**

**Formularios para la evaluación interna y externa ESAMyN: 04 Encuesta a mujeres en el postparto; 05A Encuesta al personal de salud en contacto con la madre; 05B Encuesta a personal sin contacto con la madre; 06 Revisión de historias clínicas**

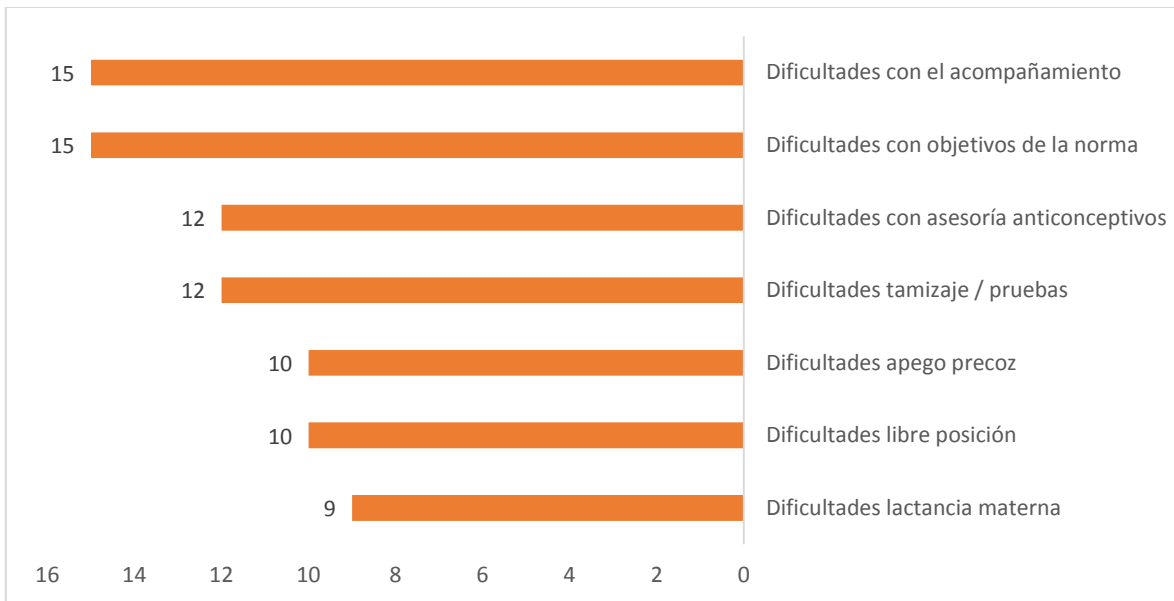


## 4.7 Módulo 9: Formularios para la evaluación interna y externa ESAMyN (04, 05A, 05B, 06)

### 4.7.1 Dificultades encontradas en los formularios

Al igual que en el foro anterior, se preguntó a los participantes sobre las dificultades para aplicar los formularios 04, 05A, 05B, 06. Nuevamente hicieron referencia a los problemas que tienen para cumplir con aspectos de la normativa evaluados a través de estos formularios, y se enfocaron menos en identificar aquellas preguntas que pueden estar mal formuladas o que resultan inaplicables.

Gráfico 8. Principales dificultades en formularios 04,05A,05B,06



#### 4.7.1.1 Dificultades en preguntas sobre acompañamiento

Las preguntas relacionadas al acompañamiento de las gestantes durante la labor de parto y postparto se consideran difíciles porque existen diferentes formas de resistencia a esta práctica por parte del personal de salud, además de circunstancias que han incidido en su disminución, concretamente la pandemia por Covid-19 que hizo que los establecimientos restrinjan en buena medida el ingreso de acompañantes. Aunque esto está cambiando a medida que la pandemia disminuye y se permite nuevamente el acompañamiento, todavía hay rezagos de la situación y establecimientos donde cuesta adoptar nuevamente la práctica.

*Debido a como se venía manejando el sistema desde la pandemia se evitaba el ingreso de familiares, ahora se sigue implementando de manera estratégica el ingreso de un familiar de su elección para el momento del trabajo de parto, parto y posparto.*

En ciertos establecimientos hay personal que todavía considera el acompañamiento desaconsejable porque reduce la esterilidad de los ambientes.

*el personal de salud que atiende partos, entiéndase ginecólogos, obstetras, licenciadas o anestesiólogos se rehúsan a dejar entrar a los familiares durante el trabajo de parto, o cuando la están anestesiados.... solo indican que es muy riesgoso, pueden contaminar la sala entre otros y que son indicaciones que ya están dispuestas.*

El acompañamiento resulta problemático especialmente: a) cuando los establecimientos atienden el parto en áreas quirúrgicas o junto a ellas, b) cuando el espacio físico para atención del parto es muy reducido, y c) cuando se atienden cesáreas.

*muchas veces se permite estar acompañada en el trabajo de parto, pero en el parto, especialmente en cesáreas, es muy difícil que el personal de salud, especialmente los especialistas, dejen ingresar al acompañante a la sala de parto, por las complicaciones que podría haber, o porque el médico dice que no permiten entrar ya que el acompañante no soporta ver sangre, por la cesárea.*

*no todo el personal concuerda en que el acompañante ingrese a un área estéril poniendo a consideración algunos aspectos (espacio de quirófano reducido, área estéril, que en algunas ocasiones familiar se descompensa, un sinnúmero de manifestaciones).*

#### **4.7.1.2 Dificultades en preguntas sobre objetivos de la normativa ESAMyN**

Las preguntas sobre los objetivos de la normativa ESAMyN resultan difíciles de contestar para el personal de los establecimientos en general, y especialmente entre quienes no atienden directamente a gestantes. Los guardias de seguridad y/o el personal de servicios de los establecimientos tendrían menos probabilidad de contestar correctamente estas preguntas porque se exigen respuestas textuales; adicionalmente, este personal también suele ser cambiado con frecuencia y presenta poco interés por la temática.

*Tenemos mucho personal de código del trabajo que no se quieren capacitar; las preguntas para este personal no adecuadas porque es un personal de salud que deberá tener solo conocimientos generales de tema.*

Los participantes del foro también destacaron que la falta de conocimientos suele ser más palpable entre médicos que tienen turnos rotativos y médicos rurales, pues este grupo de profesionales tienen más dificultad para asistir a capacitaciones.

Por último, el poco o nulo conocimiento de la normativa es una dificultad que se agudiza debido a que habría nuevos contenidos que actualmente son evaluados, pero que todavía no han sido bien difundidos a través de capacitaciones.

#### **4.7.1.3 Dificultades en preguntas sobre asesoría de anticoncepción**

Las preguntas sobre entrega y asesoramiento de anticoncepción fueron definidas como problemáticas por diferentes motivos. Según algunos participantes del foro, hay usuarias que rechazan los métodos ofertados o que no pueden hacer una elección libre porque dependen de la aprobación de sus parejas o familiares. Esto último aplica sobre todo a la opción de métodos quirúrgicos. Además, en establecimientos del primer nivel es difícil ofertar métodos quirúrgicos si es que esa fuese la opción seleccionada. Otro problema relacionado es la falta de stock de métodos anticonceptivos para entregar a las usuarias que comúnmente experimentan los establecimientos del MSP.

#### **4.7.1.4 Dificultades en preguntas sobre tamizaje de VIH, sífilis, hepatitis B, Chagas**

Algunos participantes del foro mencionaron el desabastecimiento de reactivos como un obstáculo para contestar las preguntas sobre tamizaje de gestantes.

*No hay reactivo a pesar de evidenciar las solicitudes del mismo, lo que corre el riesgo de que como hemos pasado demasiado tiempo sin este reactivo en el momento que exista los profesionales no lo envíen a realizar y las gestantes desconozcan su beneficio, hasta nuevamente hacer los recordatorios.*

También se mencionó que en determinados establecimientos las pruebas de Chagas no se realizan pese a existir reactivos y estar en zona endémica. En otros casos, los participantes explicaron que no se puede registrar en los formularios la realización de las pruebas porque las usuarias llegan para ser atendidas de emergencia al segundo nivel sin su carnet materno donde constan pruebas y controles previos.

#### **4.7.1.5 Dificultades en preguntas sobre apego precoz**

Varios participantes del foro señalaron dificultades en la pregunta sobre la colocación del recién nacido en el pecho de la madre por el lapso de una hora, ya que hay pocos profesionales de salud que puedan estar pendientes de este proceso. Se suele colocar al bebé en el pecho, pero por menos tiempo.

*[por] el déficit de personal, la premura del personal para la realización de otras actividades como, por ejemplo, la administración de oxitocina, no mantiene al bebé*

*el tiempo que indica la normativa. En la mayoría de los casos lo que se hace se presenta al niño/a, “véalo, dele un besito y lo vamos a abrigar, la profilaxis oftálmica, hemorrágica” y luego se lo pasa una vez que la madre se encuentra prácticamente lista para pasar de la sala de parto a las de recuperación.*

*hay un solo profesional para la atención de toda el área de emergencias que abarca también el área de partos por lo que esperar una hora para el apego de piel a piel le supone abandonar las otras emergencias que pueden ocurrir al mismo momento, o la misma atención de otros partos en forma continua que muchas veces suele pasar también.*

El apego precoz también es difícil de cumplir a cabalidad en el caso de las cesáreas, donde el personal no está seguro de cómo proceder. Asimismo, se señaló que, luego de las cesáreas, pocas madres recordarán si sus bebés fueron colocados por el lapso de una hora. Otra dificultad concierne a los establecimientos cuyas salas tienen temperatura muy fría, por lo cual el apego no se hace piel con piel, sino colocando ropa al bebé y a la madre.

#### **4.7.1.6 Dificultades en preguntas sobre parto en libre posición**

Según algunos participantes, la pregunta sobre la elección de la posición del parto presenta complejidad porque persiste la resistencia del personal de salud a determinadas posiciones; varios médicos suelen preferir el parto en posición litotómica por comodidad.

*No todos los profesionales están sensibilizados y capacitados, todavía existe mucha resistencia al parto vertical, de cuclillas.*

En otros casos, la elección de la posición se trunca porque los establecimientos no tienen la infraestructura y equipamiento adecuados para ofrecer esta opción. En la pregunta sobre las ventajas del parto en libre posición también hay dificultades porque es una interrogante nueva en el formulario y no habría sido suficientemente socializada o difundida. Generalmente, quienes son médicos internos suelen tener aún menor conocimiento al respecto.

#### **4.7.1.7 Dificultades en preguntas sobre lactancia materna**

La pregunta sobre evaluación de competencias relacionadas a lactancia materna fue considerada difícil de resolver por algunos participantes, ya que no se han dado cursos, capacitaciones y actualizaciones sobre la temática dentro de sus establecimientos.

*Esta pregunta es difícil de evaluar ya que no hay disponibilidad de cursos avalados por una institución sobre conocimientos y habilidades en lactancia materna para todo el personal de salud requerido, por lo cual sería importante se abran cursos por lo menos una vez al año ya sea por UNICEF, OPS, etc.*

También manifestaron que temas como el enseñar la extracción de la leche materna suele ser algo de lo cual se deslinda el personal médico y se asigna exclusivamente al personal de enfermería, lo cual es una dificultad. Asimismo, un obstáculo que experimentan algunos establecimientos es no contar con frascos de cristal para el efecto, requeridos por la norma.

Finalmente, varios participantes recalcaron que la pregunta 16 del formulario 5A sobre conocimientos de lactancia materna está mal formulada y debe corregirse.

#### **4.7.1.8 Otras preguntas difíciles de contestar**

En menor medida, los participantes del foro mencionaron que hay dificultades para contestar preguntas sobre el conocimiento de métodos no farmacológicos de manejo del dolor, así como dificultad para cumplir con la justificación de los procedimientos realizados en la historia clínica. También, hay quienes mencionaron que los establecimientos del primer nivel utilizan el sistema PRAS y no el formulario 051 (HCI), lo que dificulta obtener la información solicitada en el formulario 06 sobre revisión de historias clínicas.

## **MÓDULO 10**

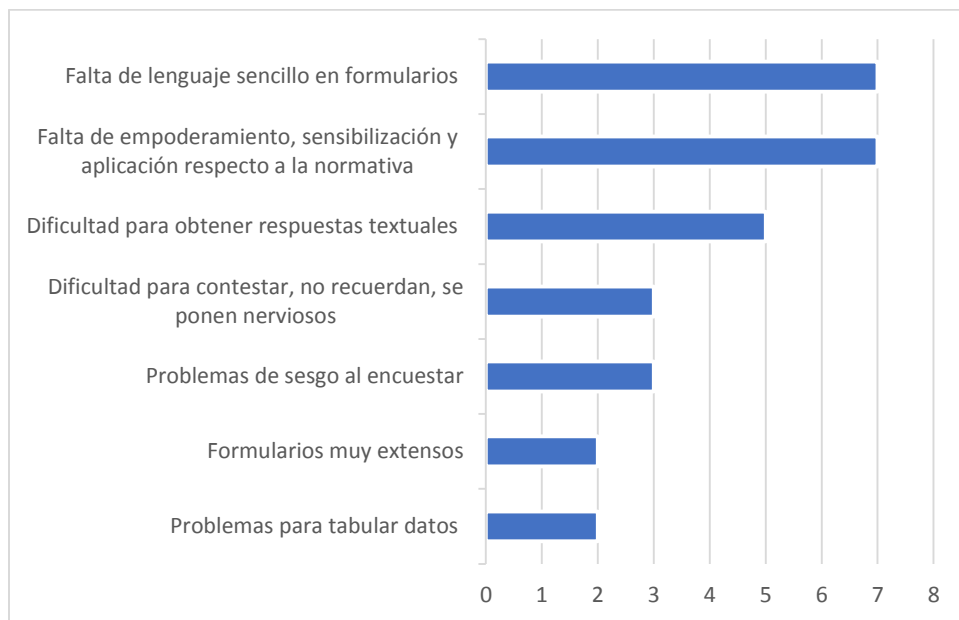
### **Técnicas para realizar encuestas a profesionales y pacientes, y aspectos éticos en la evaluación**

## 4.8 Módulo 10: Técnicas para realizar encuestas a profesionales y pacientes, y aspectos éticos en la evaluación

### 4.8.1 Dificultades en la aplicación de la técnica de encuestas

En este foro los participantes dieron a conocer cuáles son las principales dificultades que consideran existen al aplicar las encuestas a proveedores de salud, con y sin contacto con madres, y a usuarias de los servicios de atención prenatal, parto y postparto. Sus respuestas se resumen en el siguiente gráfico.

Gráfico 9. Principales dificultades al aplicar encuestas



#### 4.8.1.1 Dificultades debido a la falta de lenguaje sencillo en los formularios

Varios participantes indicaron que los formularios actuales, particularmente aquellos dirigidos a las usuarias para la certificación de la estrategia ESAMYN, son de difícil aplicación debido al lenguaje y términos técnicos que contienen. Esto impide que las usuarias puedan comprender ciertas preguntas y, a la vez, provoca que sus respuestas no coincidan con las respuestas que se buscan obtener.

*la principal dificultad sería que algunos de los términos de las preguntas de las encuestas y en particular del ESAMYN no sean entendidas de forma adecuada, especialmente por la madre y ellas no respondan con los términos de las respuestas.*

*es necesario lograr un lenguaje empático, entendible e inclusivo porque en realidad algunas preguntas pueden ser interpretadas con un mensaje contrario a lo que se pretende investigar y más bien, generar ansiedad o expectativas erróneas en la usuaria y su familiar.*

Los participantes consideran que el proceso de certificación debería contar con formularios que faciliten la comprensión de las preguntas y la obtención de respuestas, lo cual depende en buena medida de que se use un lenguaje sencillo, coloquial, sin que por ello se modifique el objetivo de las preguntas que es la evaluación de conocimientos clave y de la práctica clínica de acuerdo a lo dictado por la norma.

#### **4.8.1.2 Dificultades por falta de empoderamiento y sensibilización respecto a la normativa ESAMYN**

Otra dificultad importante respecto a la aplicación de encuestas es la falta de empoderamiento y sensibilización respecto a la normativa ESAMYN por parte del personal sanitario y de las usuarias, así como la falta de aplicación de la misma en los establecimientos. Esta falta de conocimiento, familiaridad y aceptación de la normativa incide negativamente en las respuestas que se obtienen al hacer las encuestas, así como en la actitud que tienen los encuestados, quienes a menudo pueden mostrar desinterés o resistencia a participar en estas encuestas.

*La falta de interés y empoderamiento de los funcionarios sigue siendo el nudo crítico.*

*Las pacientes tanto embarazadas como puérperas que no recibieron educación prenatal son las que más tienen dificultades, tanto en el parto como al responder las encuestas, ya que esto es algo nuevo y reciente para ellas.*

#### **4.8.1.3 Dificultades para obtener respuestas textuales de los encuestados**

Un problema adicional atañe a la formulación de las opciones de respuesta en preguntas concretas, sobre todo, aquellas dirigidas a las usuarias encuestadas, quienes al contestar utilizan sus propias palabras que muchas veces no coinciden con las posibles respuestas en las preguntas de opción múltiple. Esto resulta problemático porque al buscar y aprobar solo respuestas textuales se deja de lado conocimientos válidos de las usuarias y se perjudica la calificación que puede obtener el establecimiento.

*Muchas de las veces desean que se diga textualmente lo escrito, algo que en parte es difícil más que todo en las entrevistas a pacientes.*

*Por un lado, si habitualmente es complejo que una madre logre dar una respuesta aceptable que permita aprobar el indicador, esto es mucho más complejo cuando se espera que sea ella quien responda las preguntas de opción múltiple en las que hay un mínimo de respuestas para aprobado.*



Algunos participantes también señalaron que hay muy poca flexibilidad con respecto a las respuestas que pueden dar los funcionarios de los establecimientos, lo cual afecta especialmente la participación de funcionarios sin contacto con la madre, quienes suelen tener más dificultad para recordar respuestas textuales.

#### **4.8.1.4 Dificultades por nerviosismo y falta de retención entre los encuestados**

Otro problema es el hecho de que los encuestados suelen experimentar nerviosismo y dificultad para recordar contenidos de la normativa ESAMYN durante el proceso de la encuesta. Esto sería más común entre las usuarias y el personal sin contacto directo con las madres, quienes experimentan timidez al sentirse en una situación de evaluación de conocimientos a la que no están acostumbrados.

*Con el personal que no tiene contacto directo con las madres, como por ejemplo odontología, laboratorio y farmacia, no recuerdan, hay mucho silencio y no responden acertadamente las preguntas.*

*A veces las pacientes, pese a la información que les damos en un lenguaje sencillo, cuando se las pregunta, ellas no recuerdan o, lo peor, dicen que no se les ha indicado.*

#### **4.8.1.5 Dificultades por sesgos detectados al aplicar las encuestas**

Finalmente, resulta problemática la posibilidad de que durante la encuesta se generen ciertos sesgos, los cuales afectan la veracidad y validez de las respuestas obtenidas. Algunos participantes piensan que el hecho de que quienes realicen la encuesta sean proveedores de salud incide en las respuestas de las usuarias debido a que ellas procurarán contestar que el servicio recibido fue bueno, aunque internamente no lo consideren así (sesgo de cortesía).

*Hemos evidenciado que la realización de las encuestas por el mismo personal de salud del establecimiento de salud en relación a los servicios de salud brindados por el establecimiento causa sesgos en las respuestas emitidas por los usuarios, debido a los temores que pueden tener, ya que son personas de la comunidad que pueden creer que el personal de salud, si dan una respuesta negativa, generen que los maltraten o no brinden los servicios en una próxima ocasión.*

Otros participantes piensan hay una posibilidad grande de sesgar las encuestas porque los encuestadores tienden a direccionar las respuestas de los encuestados para que coincidan con las opciones disponibles en los formularios.