USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

MCHIP Maternal and Child Health Integrated Program

Programa Integrado de Salud Materna e Infantil

Programa Madre Canguro

Guía de Implementación

Save the Children

The White Ribbon Alliance For Safe Motherhood

USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

MCHIP Maternal and Child Health Integrated Program

Programa Integrado de Salud Materna e Infantil

Programa Madre Canguro

Guía de Implementación

Save the Children

The White Ribbon Alliance For Safe Motherhood

Para informacion:

MCHIP
Jhpiego
1776 Massachusetts Avenue, NW Suite 300
Washington, D.C. 20036, USA
Tel.: 202.835.3100

El Programa Integrado de Salud Materna e Infantil (MCHIP por sus siglas en ingles) es el programa insignia materno-infantil de la Oficina de Salud Global de USAID. MCHIP apoya programas de salud materna, neonatal, e infantil, inmunizaciones, planificación familiar, paludismo, nutricion, y VIH/SIDA, y promueve fuertemente las oportunidades de integracion. Las áreas técnicas transversales incluyen agua y saneamiento, higiene, salud urbana, y fortalecimiento de sistemas de salud. Visite www.mchip.net para obtener mas informacionEste programa y reporte fueron posibles gracias al generoso apoyo del pueblo Americano a traves de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID por sus siglas en ingles), bajo los terminus del Acuerdo Cooperativo de Liderazgo con Asociados GHS-A-00-08-00002-000. El contenido es responsabilidad del Programa Integrado de Salud Materna e Infantil (MCHIP) y no refleja necesariamente las opiniones de USAID o del gobierno de los Estados Unidos. The contents are the responsibility of the Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP) and do not necessarily reflect the views of USAID or the United States Government.

MARCAS: Todos los nombres de marcas y productos son marcas comerciales o marcas comerciales registradas de sus respectivas compañías.

Abril de 2012

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS vii

ABREVIATURAS Y ACRONIMOS viii

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN AL PROGRAMA MADRE CANGURO 1

1.1 PROPÓSITO DE LA GUÍA DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA MADRE CANGURO 1

1.2 LA EVIDENCIA DEL PROGRAMA MADRE CANGURO 4

1.3 JUSTIFICACIÓN PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS HOSPITALARIOS CON EL PROGRAMA MADRE CANGURO 7

CAPÍTULO 2: INTRODUCCIÓN Y AMPLIACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA MADRE CANGURO 10

2.1 PREPARACIÓN 10

2.2 PASOS PARA EL DISEÑO DEL PROGRAMA DE CUIDADO MADRE CANGURO EN EL NIVEL NACIONAL 10

CAPÍTULO 3: POLÍTICA DE DESARROLLO Y ADAPTACIÓN DE MATERIALES DEL PROGRAMA MADRE CANGURO 17

3.1 POLÍTICA NACIONAL, GUÍAS Y/O DIRECTRICES DEL PROGRAMA MADRE CANGURO 17

3.2 Materiales de capacitación para el programa Madre Canguro 19

3.3 Información, Educación, Comunicación y materiales de comunicación para el cambio de comportamiento para el cuidado de Madre Canguro 19

3.4 HERRAMIENTAS PARA EL MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA MADRE CANGURO 20

CAPÍTULO 4: LA CAPACITACIÓN PARA LA FORMACIÓN DE PROVEEDORES DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA MADRE CANGURO CUIDADO 21

4.1 CARACTERÍSTICAS CLAVE DE LA CAPACITACIÓN CLÍNICA 21

4.2 SELECCIÓN DE CAPACITADORES Y APRENDICES 21

4.3 SELECCIÓN DEL SITIO DE ENTRENAMIENTO 22

4.4 MATERIALES DE CAPACITACIÓN DEL PROGRAMA MADRE CANGURO 23

CAPÍTULO 5: LOGRAR Y CONSERVAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN CON LA SUPERVISIÓN DE APOYO 25

5.1 COMPONENTES DE LA SUPERVISIÓN DE APOYO 25

5.2 PREPARACIÓN PARA LA INTRODUCCIÓN A LA SUPERVISIÓN DE APOYO 26

5.3 LOS RETOS PARA MEJORAR LA CALIDAD Y LA SUPERVISIÓN DE APOYO 27

5.4 HERRAMIENTAS PARA LA SUPERVISIÓN DE APOYO 28

5.5 FINANCIACIÓN DE RECURSOS PARA EL PROGRAMA MADRE CANGURO 28

CAPÍTULO 6: LA SENSIBILIZACIÓN Y MOVILIZACIÓN ESTRATEGIAS PARA APOYAR EL PROGRAMA MADRE CANGURO EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD 30

6.1 SENSIBILIZACIÓN Y MOVILIZACIÓN EN EL NIVEL NACIONAL 30

6.2 SENSIBILIZACIÓN Y MOVILIZACIÓN EN LOS CENTROS DE SALUD 31

6.3 SENSIBILIZACIÓN Y MOVILIZACIÓN DEL NIVEL COMUNITARIO 32

CAPÍTULO 7: MONITOREO, EVALUACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE MADRE CANGURO 34
7.1 JUSTIFICACIÓN DEL MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL CUIDADO MADRE CANGURO 34
7.2 SELECCIÓN DE INDICADORES CLAVE 35
7.3. UTILIZACIÓN DE LOS DATOS PARA ABOGACÍA O MEJORAMIENTO DEL PROGRAMA 37

CAPÍTULO 8: PLAN DE ACCIÓN PARA LA PUESTA EN MARCHA Y EXPANSIÓN DEL PROGRAMA MADRE CANGURO 38
8.1 PLAN DE ACCIÓN EN EL NIVEL NACIONAL 38
8.2 EJECUCIÓN Y AMPLIACIÓN 39

CAPÍTULO 9. RECURSOS DISPONIBLES PARA EL CUIDADO MADRE CANGURO 41
9.1 INTRODUCCIÓN A LOS RECURSOS MADRE CANGURO 41
9.2 MATERIALES VISUALES 41
9.3 IMPLEMENTACIÓN DE MADRE CANGURO 41
9.4 MADRE CANGURO MATERIALES DE CAPACITACIÓN 42
9.5 LA PRÁCTICA DEL CUIDADO MADRE CANGURO 44
9.6 MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL CUIDADO MADRE CANGURO 45
9.7 CUIDADO COMUNITARIO MADRE CANGURO 46
9.8 VARIOS 46

REFERENCIAS 47

ANEXO A: LISTADO DE VERIFICACIÓN DEL MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DE MADRE CANGURO 49
ADAPTADO DEL PROGRAMA BÁSICO DE SENEGAL 49
ANEXO B: LISTA DE CONTROL PARA LA UNIDAD DE CUIDADO MADRE CANGURO 50
ANEXO C: INDICADORES DEL MÉTODO MADRE CANGURO (CMC) Y FUENTES DE DATOS 53
INDICADORES RECOMENDADOS PARA EL CMC BASADO EN EL CENTRO DE SALUD 53
ANEXO D: FORMATO DE REGISTRO EN EL LUGAR DE LA ATENCIÓN DEL PROGRAMA MADRE CANGURO/ HOJA DE DATOS DE REFERENCIA 56
ANEXO E: INSTRUMENTO DE RESUMEN DE DATOS DEL PESO DE BEBÉS CON BPN 57
ANEXO F: EJEMPLO DE UN PLAN NACIONAL DE ACCIÓN PARA UN PROGRAMA DEL MÉTODO MADRE CANGURO (CMC) 60
ANEXO G: EJEMPLO DE UN PLAN NACIONAL DE ACCIÓN A NIVEL DEL CENTRO DE SALUD PARA UN PROGRAMA DEL MÉTODO MADRE CANGURO (PMC) 64

AGRADECIMIENTOS

Esta Guia de Implementacion del Programa de Madre Canguro (PMM) combina el conocimuiento y la experiencia de personas y organizaciones de varios paises del mundo que han introducido servicios de PMC en sus sistemas de salud. La meta final es introducir, expandir, y reforzar las practicas del PMC para mejorar la supervivencia de los bebes prematuros y de peso bajo al nacer.

Gracias al Grupo Tecnico de Trabajo de MMC (TWG por sus siglas en ingles) del Programa Integrado de Salud Materna e Infantil de USAID (MCHIP) quien inicio y superviso el proceso, y a los varios miembros del TWG y otros por los borradores de capitulos y/o por revisar la guia completa. En particular estos incluyen a Joseph de Graft-Johnson, Winnie Mwebesa, Stella Abwao, Frances Ganges, Indira Narayanan, Allisyn Moran, Abdullah Baqui, Kate Kerber, Goldy Mazia, Steve Wall y Judith Standley.

ABREVIATURAS Y ACRONIMOS

ACCESS	Acceso a los servicios clinicos y comunitarios de salud maternal, neonatal, y de mujeres (programa)
BASICS	Soporte basico para la Institucionalizacion de la Supervivencia Infantil (programa)
BCC	Comunicaciones para cambios de comportamiento
DHS	Encuesta de demografia y salud
ABR	Ayudando a los Bebes a Respirar (programa)
HMIS	Sistemas de informacion de gerencia en salud
IEC	Informacion, educacion y comunicacion
AIEPI	Manejo integrado de las enfermedades del recien nacido y del nino
PMC	Programa de Madre Canguro
BPN	Bajo peso al nacer
M&E	Monitoreo y evaluacion
MCHIP	Programa integrado de salud maternal e infantile
MDM	Metas de desarrollo del milenio
MOH	Ministerio de Salud
ONG	Organizacion no gubernamental
SSC	Cuidado de piel a piel
TWG	Grupo tecnico de trabajo
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
OMS	Organizacion Mundial de la Salud

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN AL PROGRAMA MADRE CANGURO

1.1 PROPÓSITO DE LA GUÍA DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA MADRE CANGURO

Esta guía de implementación del programa Madre Canguro (PMC) tiene como propósito brindar directrices apropiadas tanto para los formuladores de la política como para los administradores de los programas de salud materna y del recién nacido en el nivel nacional. A través de los capítulos siguientes se detallan los pasos clave para el desarrollo, implementación y expansión sostenible de los servicios del (PMC) en países en desarrollo.

Antecedentes

Las muertes neonatales [1] actualmente representan alrededor del 40% de todas las muertes de niños menores de cinco años de edad en los países en vía de desarrollo. Las tres causas principales son la asfixia al nacer, las infecciones, y las complicaciones debido a la prematuridad y el bajo peso al nacer (BPN)[2]. Para alcanzar el cuarto objetivo de desarrollo del Milenio (ODM)[3] los países en desarrollo deben abordar y reducir el exceso de mortalidad neonatal: cada año más de 20 millones de bebés nacen prematuros y / o con bajo peso al nacer, el 95% de estos ocurre en el mundo en desarrollo.

El bajo peso al nacer (BPN) es un factor determinante de la supervivencia del recién nacido. El (BPN) es un factor subyacente en el 60 - 80% de todas las muertes neonatales. La prematuridad es la principal causa directa de mortalidad neonatal, de hecho es la principal causa directa de mortalidad neonatal, lo que representa aproximadamente el 29% de los 3,6 millones de muertes neonatales por año (Lawn y col. 2010). Los recién nacidos con BPN tienen aproximadamente 20 veces más probabilidades de morir comparados con los bebés de mayor peso. (Kramer 1987). Un tercio de los que tienen bajo peso mueren dentro de las primeras 12 horas después del parto. Una de las principales razones es que tienen un mayor riesgo de enfermar o morir porque tienen incapacidad para controlar la temperatura corporal, se enfrían fácilmente y llegan a la hipotermia. Un recién nacido hipotérmico deja de comer y es más susceptible a la infección.

El cuidado de la regulación térmica estándar

En la mayoría de los países el uso de incubadoras es habitual para la atención térmica de los bebés con bajo peso, sin embargo, en los países en vía de desarrollo "el uso de la incubadora" sólo está disponible en las grandes ciudades o en cabeceras municipales, pero aún en estos lugares el uso de esta metodología puede ser difícil. Problemas como la falta de mantenimiento, cortes de energía y falta de piezas de repuesto reducen el número de incubadoras disponibles en funcionamiento. Además, la demanda por exceso de recién nacidos de bajo peso o bebés pretérmino hace que las incubadoras resulten insuficientes y muchos bebés terminen compartiendo la misma incubadora. Esta práctica junto con la desinfección inadecuada de las incubadoras puede conducir a un aumento de las tasas de infección.

Asimismo, la calidad de la atención del ambiente y de la incubadora, se puede ver afectado porque el personal de salud esté sin capacitar, mal entrenado, sea insuficiente o no esté disponible las 24 horas. Debido al costo de las incubadoras además de los retos operacionales y

[1] La muerte neonatal se define como fallecimiento de un recién nacido vivo durante los primeros 28 días después del parto. Para los fines de este documento "la muerte del recién nacido" es sinónimo de muerte neonatal.
[2] Bajo peso al nacer es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el peso al nacer inferior a 2.500 g. Sin embargo, la mayoría de las instalaciones donde funcional el (PMC) se admiten sólo los bebés <2.000 g .
[3] ODM 4 tiene como propósito reducir la mortalidad de los menores de cinco años en dos terceras partes.

programáticos que implican, hace que estas no sean siempre accesibles y disponibles para la mayoría de las familias que tienen bebés con BPN en países en vía de desarrollo. Afortunadamente existe un enfoque alternativo para proporcionar un ambiente térmico adecuado y para mejorar la supervivencia de los lactantes con BPN a la vez eficaz y asequible que se denomina cuidado de Madre Canguro o programa Madre Canguro.

Acerca del Cuidado Madre Canguro

El programa Madre Canguro (PMC)[4] es una estrategia creada y desarrollada por un equipo de pediatras del Instituto Materno Infantil de Bogotá, Colombia. El programa fue inventado por el Dr. Edgar Rey, en 1978, y desarrollado por los doctores Héctor Martínez y Luis Navarrete, hasta 1994, cuando se creó la Fundación Canguro. El PMC es un método innovador desarrollado para proporcionar un ambiente térmico adecuado a los recién nacidos con bajo peso al nacer. El primer ensayo de PMC se puso en marcha para abordar el hacinamiento, las infecciones cruzadas, el pronóstico pobre y la alta mortalidad de los recién nacidos con BPN. Los objetivos del ensayo fueron los de mejorar los resultados de los niños con bajo peso, humanizar su cuidado, y reducir la duración y el costo de la hospitalización. Muchos de estos objetivos fueron logrados, sin embargo, el más impactante ha sido la disminución de la mortalidad neonatal de 70% a 30%, demostrada mediante estudios de pre y post- intervención bien documentados. Treinta y dos años más tarde el PMC es reconocido por expertos mundiales como un componente integral del cuidado esencial del recién nacido[5].

El PMC no se debe confundir con la práctica de contacto de piel a piel (CPP), que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda inmediatamente después del parto para cada bebé como parte de la rutina del cuidado para garantizar que todos preserven el calor en las dos primeras horas de vida, y durante la remisión y transporte enfermos. Los niños con BPN, sin embargo, requieren CPP durante un período de tiempo más largo dependiendo de su peso y condición. El PMC es "el contacto más temprano, prolongado y continuo entre la madre (o madre substituta) y su bebé con bajo peso al nacer tanto en el hospital como después del alta temprana, por lo menos hasta la semana 40 de edad gestacional postnatal, idealmente con lactancia materna exclusiva y un adecuado seguimiento "(Cattaneo, Davanzo, Uxa 1998). Los bebés pequeños deben conservar la posición piel a piel durante todo el día y noche para mantener una temperatura estable.

El manejo del contacto piel a piel se recomienda para todos los recién nacidos inmediatamente después del parto para preservar el calor. También es un método recomendado al remitir a los recién nacidos enfermos a un establecimiento de salud.

El Cuidado Madre Canguro es el manejo inicial del contacto piel a piel continuo y prolongado entre la madre (o su sustituto) y su bebé, tanto en el hospital como después del egreso temprano con el apoyo y posición vertical ideal la alimentación (idealmente lactancia materna exclusiva), y además la prevención y tratamiento de las infecciones y dificultad respiratoria.

El PMC para recién nacidos con bajo peso es iniciado en el hospital después de que la condición del bebé sea estabilizada. Los bebés que no se estabilizan y requieran de atención médica pueden practicar esta posición en forma intermitente (pasando una hora en la posición de MC y aumentando gradualmente el tiempo hasta que estén fortalecidos). El egreso temprano después del parto es un sello distintivo del enfoque del PMC y se produce cuando el bebé succiona bien, está creciendo y cuando la madre, el cuidador y la familia muestran haber adquirido la competencia necesaria para su cuidado.

[4] PMC terminología que se deriva de cómo los canguros atienden a los menores: mantener el calor en la bolsa de la madre y cerca de las mamas para la alimentación ilimitada hasta que estén maduros.
[5] El cuidado esencial del recién nacido es una estrategia integral para mejorar la salud de los recién nacidos a través de la atención preventiva, y de la identificación temprana y tratamiento de los problemas.

La pareja se da de alta para continuar el CMM en casa con un calendario acordado para llevar a cabo las visitas de seguimiento en el hospital, clínica o en la casa a fin de monitorear la salud del bebé.

A pesar de los reconocimientos, beneficios y larga experiencia del PMC solamente unos pocos países en vía de desarrollo han adoptado esta intervención que es accesible y disponible para las familias con bebés que tienen BPN. Con excepción de Colombia, Brasil, Sudáfrica yMalawi, en la mayoría de países en desarrollo sólo un puñado de establecimientos ofrece servicios de PMC. Llama la atención Sudáfrica porque después de reconocer los beneficios del PMC optó por integrarlo a los servicios de salud en establecimientos que prestan servicios a los bebés con BPN, a pesar de que la mayoría de sus establecimientos de salud disponen de servicios con atención de incubadora. Sudáfrica desde entonces ha estado a la vanguardia en el desarrollo de políticas, guías de implementación del PMC y unidades hospitalarias modelo para la capacitación en esta metodología. El país cuenta actualmente con más de 70 instalaciones que practican el PMC.

PAÍSES QUE IMPLEMENTAN EL PMC		
África	**Asia**	**Américas**
✓ República Democrática del Congo	✓ Bangladesh	✓ Bolivia
✓ Ghana	✓ Indonesia	✓ República Dominicana
✓ Malawi	✓ Nepal	✓ El Salvador
✓ Mali	✓ Vietnam	✓ Guatemala
✓ Nigeria		✓ Nicaragua
✓ Ruanda		✓ Paraguay
✓ Senegal		
✓ Tanzania		
✓ Uganda		
✓ Zimbabue		

La introducción y expansión de los servicios del PMC en el nivel nacional requieren del compromiso del gobierno, en particular de los ministerios de salud y el apoyo de las autoridades locales de salud, organismos profesionales del nivel local, los "campeones" o líderes locales, de las agencias y los organismos no gubernamentales.

Esta iniciativa ha sido apoyada por la Agencia para el desarrollo internacional de EE.UU. (USAID), del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Fundación Bill y Melinda Gates, entre otros. Ellos han apoyado la iniciación y expansión de los servicios del PMC en una serie de países a través de diferentes programas de orden mundial.

En países con servicios limitados de PMC los servicios prestados a menudo son iniciados por la motivación de médicos que han aprendido acerca del PMC a través de sus colegas, en conferencias o por medio del patrocinio de las organizaciones donantes. Sin embargo, para mejorar la supervivencia de los recién nacidos con bajo peso, y contribuir de una manera significativa a la reducción de la mortalidad neonatal en los países en desarrollo, es imperativo que los servicios limitados del PMC sean ampliados en el nivel nacional y que sean accesibles y estén disponibles para la mayoría de las familias con niños con BPN. La expansión a escala nacional significa ampliar los servicios del PMC pasando de un puñado de los servicios actuales para que esté presente en todos los establecimientos de salud donde se preste atención de partos.

EL CUIDADO MADRE CANGURO:

1. Asegura que el bebé se mantenga caliente a través del contacto piel- a- piel entre el bebé y la madre o un sustituto como el padre.
2. Garantiza la nutrición mediante el apoyo para que la madre amamante a su bebé con frecuencia y en forma exclusiva (o que haga otro tipo elección adecuada de acuerdo con el estado de la madre).
3. Proporciona la prevención de infecciones mientras que está en el establecimiento de salud antes del egreso. Las madres y las familias reciben capacitación sobre higiene y cómo identificar los signos de infección en caso de que el bebé esté enfermo. Se enfatiza en la importancia de la búsqueda temprana de atención.
4. Permite la salida temprana de los servicios neonatales y el seguimiento tanto de la madre como del recién nacido, que pueden ser dados de alta precozmente una vez que el bebé pueda succionar y esté creciendo bien. El seguimiento oportuno es una necesidad.

DEFINICIONES Y DISTINCIONES CLAVE:

El Cuidado Madre Canguro intermitente. Se refiere al contacto piel- a- piel no continuo, pero recurrente entre la madre y el bebé. Este cuenta con el mismo apoyo de los trabajadores de salud como CMC continúo. Se practica cuando el cuidador no es capaz o no está dispuesto a practicar el cuidado en un establecimiento de salud o cuando él bebé esté inestable.

El Cuidado Madre Canguro después del egreso. Cuando la madre y el bebé son dados de alta del establecimiento de salud debido a que el bebé se está alimentando bien, está creciendo, está estable, y demuestra que la madre o cuidador han adquirido la competencia necesaria para el cuidado por su cuenta.

La Atención Continuada Madre Canguro. Es el mantenimiento en casa con un programa concertado para las visitas de seguimiento bien sea en el hospital, clínica o programa de crecimiento y desarrollo o niño sano de cada país, para monitorear la salud del bebé.

Practica comunitaria del cuidado piel-a-piel. Se inició y continúo en el hogar. También se denomina como práctica comunitaria del PMC, aunque no, necesariamente, esté vinculada con el plan completo de atención o apoyo. Se practica en aquellos entornos donde la remisión a un establecimiento de salud es difícil o imposible.

Posición de contacto piel-a-piel para la remisión a una institución de salud. Esta práctica se recomienda para aquellos bebés en cuyos hogares no existen las facilidades necesarias para proporcionar una atención adecuada y requieren ser derivados para recibir el cuidado necesario.

1.2 LA EVIDENCIA DEL PROGRAMA MADRE CANGURO

Hasta la fecha más de 200 estudios hospitalarios han comparado la atención del PMC con la incubadora, tanto en países en desarrollo como desarrollados. Los métodos para estos estudios varían desde los estudios pre-y post sin controles y aquellos con ensayos aleatorios controlados. En particular, la mayoría de los estudios demostraron que el PMC es más eficaz que la atención en incubadora para estabilizar a los recién nacidos: el mantenimiento de un control térmico adecuado, la reducción de infecciones nosocomiales, la mejoría de la lactancia materna exclusiva y de ganancia de peso, y el fomento de una mayor participación de la madre y de la familia en el cuidado, todo ello a un costo menor que la atención en incubadora. Como resultado de estos estudios la práctica del PMC fue introducida en más de 25 países para el2004. En el 2003, la OMS aprobó formalmente la práctica del PMC y publicó la Guía práctica del método Madre Canguro. (Consulte el **Capítulo 9**).

Las revisiones de Cochrane

Con la colaboración de Cochrane se realizó una revisión del PMC en el2003. Para esta revisión se identificaron tres ensayos de bebés con BPN y se evaluaron. (De los 14 ensayos que inicialmente fueron identificados, 11 fueron excluidos por diversas razones de orden metodológico). Los resultados de estos tres estudios, que evaluaron un total de 1.362 niños que

recibieron el CMC, lograron "reducir una enfermedad grave, problemas de infección, de lactancia materna e insatisfacción con el método de la atención y además, mejorar algunos resultados de la relación madre-hijo (Conde-Agudelo, Díaz- Rosselló, Belizán 2003).

Para 2011, una revisión actualizada de Cochrane evalúo 35 estudios. Esta segunda revisión presentó resultados aún más positivos. En comparación con la atención neonatal convencional se encontró que el PMC logró reducir: la mortalidad en el momento del egreso y, en el último seguimiento se redujo la estancia hospitalaria de problemas como la infección severa / sepsis, las infecciones nosocomiales, la hipotermia, enfermedades graves y enfermedades del tracto respiratorio inferior. La revisión de 2011 también reveló que el PMC mejoró la relación del peso y talla, el perímetro cefálico, la lactancia materna, y el vínculo madre-hijo, asimismo, la satisfacción materna con el método de la atención, comparado con los métodos convencionales (Conde-Agudelo, Díaz- Rosselló, Belizán 2011).

La revisión Cochrane del 2011 incluyó siete ensayos que evaluaron la mortalidad en el momento del egreso a las 40-41 semanas. Estos ensayos dieron cuenta de una reducción estadísticamente significativa del 3,4% en el riesgo de mortalidad entre los recién nacidos del PMC, en comparación con el 5,7% de los bebés que recibieron la atención tradicional. La revisión concluyó en definitiva que ahora **hay evidencia suficiente para recomendar el método Madre Canguro en neonatos que hayan sido estabilizados** (Conde-Agudelo, Díaz -Rosselló, Belizán 2011).

Otros estudios

La evidencia de los efectos del CMC en *la temperatura* no mostró variación entre los bebés atendidos con el PMC en comparación con los cambios considerables de temperatura que tienen los bebés que reciben atención en incubadora (Figura 1).

Un estudio comparativo del PMC y el recalentamiento de bebés hipotérmicos demostró que en el mismo periodo de tiempo una mayor proporción de bebés del PMC alcanzaban una temperatura corporal normal de una manera más rápida que los bebés calentados en incubadora. (Figura 1).

Cuatro estudios que examinaron los resultados de la lactancia materna encontraron que: 1) el volumen diario de leche para bebés manejados con el PMC fue de 640 ml, frente a 400 ml volumen para los bebés manejados en incubadoras (Schmidt y Wittreich 1986), 2) los bebés alimentados con leche materna 12 veces al día versus nueve veces para los bebés del grupo control (Syfrett et al 1993); 3) 77% de los niños atendidos con el PMC fueron alimentados con lactancia al egreso, en comparación con el 42% para el grupo control (Wahlberg, Alfonso, Persson 1992); y 4) 55% de los bebés del PMC fueron lactados durante seis semanas frente al 28% de los bebés del grupo control (Whitelaw et al. 1998).

En dos estudios sobre ganancia de peso (Ramanathan et al. 2001, Cattaneo et al. 1998), los bebés del PMC ganaron más peso (15,9 g por día en uno, 21,3 g en el otro) comparados con los del grupo control (10,6 g, 17,7 g). Los estudios también mostraron que los bebés del PMC fueron dados de alta del hospital de tres a siete días antes. Así mismo, hubo una menor tasa de infecciones nosocomiales graves entre los bebés manejados con el PMC comparados con los recién nacidos del grupo control. Sólo el 5% de los bebés atendidos con el PMC presentaron una enfermedad grave frente a un 18% en el grupo control. Las tasas de infección respiratoria en el PMC fueron del 5% contrastado con el 13% de los controles, respectivamente.

Mientras que la mayoría de los estudios examinaron los efectos de proporcionar el CMC a los recién nacidos con BPN únicamente después de que hayan sido estabilizados, dos estudios sugieren que los niños pueden ser colocados en la posición de MC durante el proceso de estabilización. El primero Bogale y Assaye (2001), determinó que el PMC conduce a una

estabilización más rápida que la de los bebés cuidados en incubadora, resultando en un 16% menos de muertes infantiles. El segundo, Bergman, Linley, Fawcus (2004), encontró que:

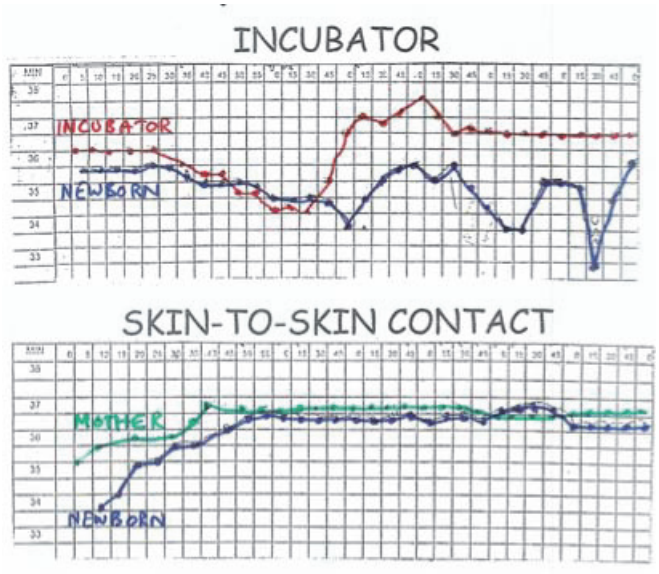
- Los 18 recién nacidos con BPN que recibieron el CMM, se mantuvieron estables en la sexta hora en comparación con seis de cada 13 bebés que estaban en incubadora.
- Ocho de los 13 bebés atendidos en incubadora sufrieron de hipotermia, comparados con los del PMC donde no se presentó ningún caso. En cuanto a la estabilización (cardio-respiratoria) la puntuación fue mayor para el grupo método Madre Canguro.
- La temperatura media fue mayor a la primera hora en el grupo del PMC.

Un estudio realizado por Johnson y col. (2008) demostró una ventaja adicional del PMC: una *respuesta reducida a estímulos dolorosos* entre los bebés sometidos a varios procedimientos médicos invasivos. Arraes de Alencar y cols. (2008) también encontraron una gran disminución en el riesgo de depresión posparto entre las madres inscritas al PMC.

En el 2010 un meta-análisis de tres ensayos aleatorios, controlados en entornos de personas con bajos o medianos ingresos (Lawn et al. 2010), los investigadores encontraron que cuando el PMC se inició en la primera semana de vida en el CMC la mortalidad neonatal se redujo significativamente, casi en el 50%, contrastado con la atención de bebés en incubadora. Pese a algunas preguntas sobre el diseño del estudio y la implementación, el meta-análisis concluyó que hay una evidencia de que el CMC es al menos tan bueno como la atención en incubadora para reducir la mortalidad entre los lactantes con BPN.

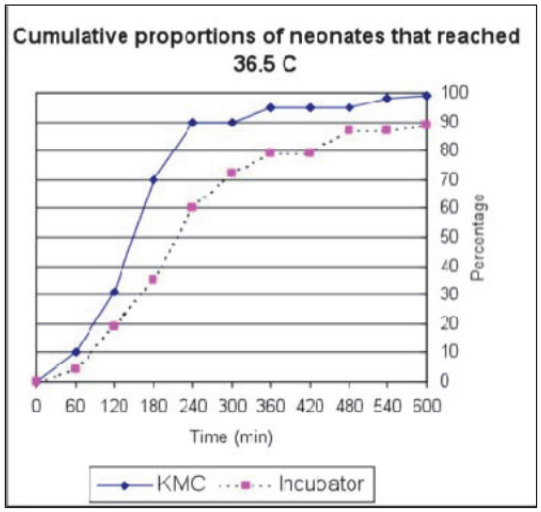
Las unidades de cuidados intensivos neonatales, bien equipadas en muchos países desarrollados y en algunos países de escasos recursos, han incorporado el PMC con la atención estandarizada para los recién nacidos con bajo peso al nacer sobre la base de estos y otros hallazgos.

Figura 1. Comparación del control térmico en recién nacidos con bajo peso al nacer usuarios de PMC con bebés atendidos en incubadora en un hospital Sur africano



Fuente: Dr. Nils Bergman

Figura 2. La restauración de la temperatura con método Madre Canguro y atención en incubadora en un hospital universitario en Zambia



Hospital Universitario de Lusaka en Zambia
- 80 bebés con temperatura <36 ° C (bajo riesgo hipotermia)
- 41 tratados con cuidado de pielapiel
- 39 tratados en incubadora
- Alcanzaron una T de 36,5 ° C a las tres horas:
- Cuidado de piel a piel (PMC) 90%
- Incubadora de 60%

Proporciones cumulativas de recién nacidos que lograron temperaturas de 36.5 C
Fuente: Dr. Nils Bergman.

1.3 JUSTIFICACIÓN PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS HOSPITALARIOS CON EL PROGRAMA MADRE CANGURO

El establecimiento del PMC constituye un método poco utilizado, pero efectivo y adecuado para el manejo de todos los bebés prematuros y con BPN, en especial los de países en vía de desarrollo donde los requerimientos son grandes y los recursos escasos. La evidencia demuestra que los servicios basados en este cuidado funcionan. Por ello esta Guía de implementación del PMC se focaliza en la introducción y expansión de los servicios del PMC en los establecimientos de salud.

Muchos bebés que nacen con bajo peso en los centros de salud no tienen acceso a la atención en incubadora, son atendidos en forma improvisada, inefectiva y hasta peligrosa mediante el empleo de artefactos de calentamiento improvisados, siendo este otro argumento para preferir el uso del PMC al uso de la incubadora en los establecimientos de salud. Si el CMC logra ser establecido tempranamente (por ejemplo, el CPP al nacimiento) un número significativo de recién nacidos podría ser salvado.

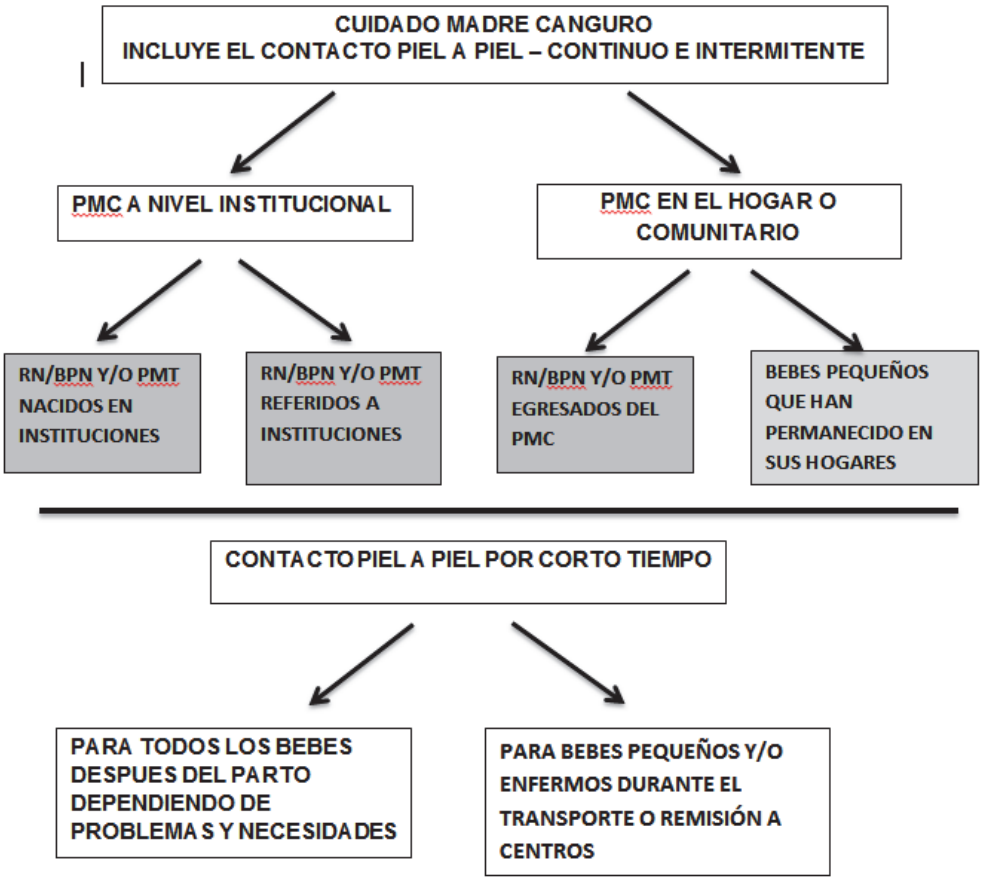
Una vez que el PMC sea aceptado en las instituciones de salud y por profesionales médicos, será más fácil introducir este enfoque en la comunidad donde tiene la posibilidad de llegar a númerosos a bebés con BPN. Por consiguiente, es importante contar con un buen funcionamiento de los servicios en los establecimientos sanitarios disponibles antes de la introducción de método Madre Canguro en la comunidad, puesto que el PMC comunitario debe enlazarse con servicios institucionales para una implementación exitosa.

Los trabajadores comunitarios de salud y el personal en las instituciones de salud que no tengan PMC deben ser capacitados no solo en los beneficios que se obtienen con el uso del PMC, sino recibir el plan completo de atención. (Ver Figura 3.) (A pesar de los beneficios potenciales no existe actualmente suficiente evidencia para ampliar las el PMC comunitario.)

El apoyo comunitario a las madres que practican MMC es crucial para el éxito del programa, sin embargo, en los programas actuales se ha ido identificado como un eslabón débil (Charpak y Ruiz-Peláez, 2006). Para fortalecer esta debilidad basados en establecimientos de servicios

MMC se debe incorporar un componente de sensibilización de la comunidad con sus programas (véase el capítulo 6), y explorar formas innovadoras para vincularla con iniciativas de salud comunitaria.

Figura 3. Tipos de cuidado Madre Canguro / contacto piel-a-piel



Fuente: Dra. Indira Narayanan

Un área específica que merece recibir mayor énfasis en la comunidad es la utilización del contacto piel- a- piel durante el transporte de bebés pequeños hacia las instituciones de salud. La mitad de todos los partos en el mundo en desarrollo todavía tienen lugar en el hogar, y los sistemas locales de ambulancia o de transporte son generalmente pobres. Por consiguiente, el resultado es que transportar a un bebé con bajo peso hacia una institución de salud puede ser difícil. Si el bebé enfermo se enfría durante el camino a la institución su condición puede empeorar. Según la OMS y UNICEF (2009) la mejor forma de trasladar a un bebé es colocarlo en contacto piel a piel con la madre, cubriéndolos a ambos con una faja de tela de licra y una manta.

En última instancia la ampliación de los servicios de método Madre Canguro en todas las instituciones donde tienen lugar los partos puede tener un impacto significativo en la salud de los bebés con bajo peso. Lawn et al. (2010) llegó a la conclusión de que "si el método Madre Canguro llegase a tener una cobertura alta a través de su implementación en los niveles primarios de los sistemas de salud en el mundo, el millón de muertes anuales neonatales debidas a prematurez podría ser reducido sustancialmente".

Figura 4: PMC

Figura 5: Bebé envuelto en forma segura en el PMC

Figura 6: Colocar ropa suelta encima

CAPÍTULO 2: INTRODUCCIÓN Y AMPLIACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA MADRE CANGURO

2.1 PREPARACIÓN

En cualquier país la introducción y expansión de los servicios del programa Madre Canguro requiere una preparación minuciosa. La iniciación de la prestación de servicios con el método Madre Canguro en un número limitado de establecimientos de salud se puede lograr sin grandes recursos. Sin embargo, la mejor manera de lograr una reducción de la mortalidad neonatal es ampliar los servicios Madre Canguro en el nivel nacional, asegurando que todos los bebés con bajo peso tengan acceso a los cuidados necesarios para mejorar su supervivencia. El método Madre Canguro es una tecnología de bajo costo, pero incluir los servicios como parte de una estrategia de orden nacional para reducir la mortalidad neonatal no es una tarea fácil. La introducción del PMC en el nivel nacional requiere una planificación amplia de recursos suficientes y, lo más importante, un cambio de paradigma en la política nacional y en el cuidado de los bebés con bajo peso.

Existen una serie de barreras durante la introducción y la expansión de los servicios. Las principales barreras son de:

- **Conocimiento:** en general los profesionales médicos, administradores, responsables políticos y el público en general no tienen conocimiento básico de los beneficios del PMC.
- **Política:** no existen políticas ni normas de manejo para abordar el cuidado de los bebés prematuros o con bajo peso al nacer.
- **Recursos:** no hay recursos asignado para el desarrollo del PMC para:
  - Implementar el PMC en la institución de salud (organizar el espacio, mobiliario, equipo y suministros).
  - Apoyar la capacitación del personal.
  - Supervisar los servicios en las instalaciones del PMC, visitar, hacer seguimiento y apoyar a las comunidades después de que las madres y los bebés sean dados de alta.

2.2 PASOS PARA EL DISEÑO DEL PROGRAMA DE CUIDADO MADRE CANGURO EN EL NIVEL NACIONAL

Durante la fase de diseño, se deben abordar las barreras de conocimiento, política y recursos. Estos obstáculos se resuelven por ejemplo a través de una consulta nacional y un diálogo conducido por un equipo multidisciplinario. Este equipo debe consultar continuamente una gran variedad de grupos de interés, incluyendo, ministerios de salud y de planeación nacional / finanzas, los profesionales médicos, políticos, grupos de interés de la sociedad civil, todo ello en un proceso participativo y abierto.

Los pasos clave en la fase de diseño en el nivel nacional son:

1. Realizar un análisis situacional de los recién nacidos con bajo peso.
2. Convocar a una asamblea con grupos de interés para discutir los resultados.
3. Visitar los lugares que disponen de programa Madre Canguro funcionando en el país o en el extranjero.

4. Desarrollar un plan de acción o próximos pasos a seguir para la adopción de método Madre Canguro por las políticas nacionales, planes de estudio, prestación de servicios. (Este plan es discutido en profundidad en el Capítulo 8).

Paso 1. Realizar un análisis situacional de los recién nacidos con bajo peso al nacer

Antes de hacer cualquier recomendación, el equipo multidisciplinario debe tener una sólida comprensión de la situación actual de los recién nacidos con bajo peso y /o de los bebés prematuros en el país. Para comprender la situación de un país en particular, el equipo necesita reunir información sobre el alcance del problema y la forma en que se gestiona e identificar las brechas existentes, las posibles soluciones y oportunidades. Algunos países han realizado un análisis de la situación de los recién nacidos como parte de su proceso de desarrollo de la política nacional y de los planes de acción para reducir la mortalidad en recién nacidos[6] en el cumplimiento de los ODM 4[7]

Igualmente, existe una serie de barreras durante el inicio y la expansión de los servicios. Barreras de:

- **Conocimiento**. En general los profesionales médicos, administradores, responsables políticos y el público en general no tienen conocimiento básico de los beneficios del PMC.
- **Política**. No existen políticas ni normas de manejo, o para abordar el cuidado de los bebés prematuros o con bajo peso al nacer.
- **Recursos**. No hay recursos asignados para el desarrollo del PMC.

De otra parte, un análisis de la situación nacional debe incluir:

- Las estadísticas básicas sobre la mortalidad neonatal.
- La contribución de bajo peso al nacer / bebés prematuros a la mortalidad neonatal.
- El número o porcentaje de mujeres cuyos partos tienen lugar en instituciones de salud y en el hogar; cómo las mamás cuyos partos tienen lugar en el hogar acceden a servicios de cuidado de los bebés con bajo peso al nacer.
- La atención proporcionada a los bebés con BPN / bebés prematuros en las instituciones de nivel primario, secundario, terciario.
- La calidad de la atención que reciben los bebés con bajo peso al nacer.
- El costo actual de la atención de los bebés con bajo peso al nacer.
- Análisis de las brechas de la provisión de la atención efectiva.

La recopilación de la información anterior implica revisar las estadísticas nacionales existentes, las estadísticas departamentales o municipales; los estudios especiales relevantes; las políticas nacionales y las hospitalarias; las normas, protocolos y guías de atención; los materiales de capacitación y de educación en salud. Si bien la información sobre el alcance del problema puede estar disponible a partir de los datos existentes, las encuestas nacionales o de sistemas de información, lo más probable es que haya vacíos, sobre todo, respecto a la causa de la muerte, el peso al nacer, y la calidad de la atención. Si se encuentran grandes diferencias podría ser necesario diseñar encuestas o evaluaciones específicas.

---

[6] Véase en http://www.healthynewbornnetwork.org. El análisis de la situación de los recién nacidos se ha llevado a cabo en muchos países, entre ellos Bangladesh, Nepal, Nigeria, Uganda y Camboya. Nepal recopiló y detalló la forma cómo hizo su análisis situacional que puede ser de utilidad.

[7] ODM 4 Se propone reducir la mortalidad infantil de los menores de cinco años en dos terceras partes.

Encuestas y evaluaciones en instituciones de salud

Para un análisis más exhaustivo los evaluadores deben recolectar los datos de múltiples instituciones sanitarias que prestan servicios a recién nacidos con BPN; la selección de estas se debe basar en el número de partos y de admisiones de bebés con BPN y/o prematuros. Estos establecimientos deben incluir hospitales universitarios, donde se espera que haya mejores niveles de atención, y hospitales distritales, departamentales o municipales que reciban grandes volúmenes, aunque no siempre dispongan de incubadoras suficientes o instituciones menores con el conocimiento para atender a los bebés con BPN.

Para garantizar un número suficiente de casos para la evaluación se recomienda que los datos que van a ser recolectados sean recogidos durante un período de tres a seis meses, utilizando cuestionarios estándar en cada institución. Los evaluadores deben analizar los protocolos, examinar los registros y tablas, y si es posible, hacer entrevistas con personas clave, con usuarios del servicio y observar la atención ofrecida. (Los grupos focales y/o entrevistas individuales también son de utilidad). Los datos recopilados proporcionarán una imagen más clara de la cantidad de BPN / bebés prematuros que tienen acceso a los servicios, la calidad de la atención y los desafíos que enfrenta en la prestación de esta atención. Los asesores deben hacer lo que puedan para obtener una visión general de la atención provista para informar a las autoridades competentes acerca de los procesos de toma de decisiones, la planificación y ejecución.

Los siguientes datos deben recogerse en cada establecimiento:

- Número de partos por mes.
- Número de recién nacidos con BPN / recién nacidos prematuros admitidos en la institución.
- Egresos hospitalarios de BPN / recién nacidos prematuros: las tasas de supervivencia, las complicaciones, las causas de muerte.
- Duración de la hospitalización.
- Tipo de atención recibida:
    - Atención convencional (incubadora): uso y acceso a la atención convencional, la proporción de bebés con BPN atendidos en incubadora.
    - PMC: si se proporciona, establecer la proporción de recién nacidos con bajo peso manejados por el PMC, si es continuo o intermitente, el inicio del PMC, si tenían egresos tempranos y si hacían seguimiento.

Equipos y suministros:

- Disponibilidad de incubadoras y su funcionalidad: número disponible, número de las que están funcionando óptimamente, promedio de usuarios por incubadora, número de reparaciones requeridas, mantenimiento de incubadoras de disponibilidad de energía eléctrica.
- Presencia de fuentes de calor, como las bombillas eléctricas o calentadores en la habitación.
- Existencia de protocolos y normas de manejo del bajo peso al nacer / de bebés prematuros, incluidos el manejo de la hipotermia, protocolos de alimentación, protocolos de manejo de la infección.
- Competencias del equipo de trabajo y habilidades los proveedores de servicios.
- Costo del tratamiento institucional para las familias.

- Condición de las habitaciones utilizadas por las madres.
- Actitudes y puntos de vista de las madres en relación con el cuidado de su bebé con BPN/bebés prematuro.
- Los retos de la atención del bebé con BPN / bebés prematuros.
- *Relación de algunos establecimientos que no tendrán toda la información disponible.

Evaluación de la calidad de la atención de niños con BPN / bebés prematuros

Una evaluación de la calidad de la atención prestada a los bebés con bajo peso identificará las debilidades y carencias que deben ser superadas para obtener mejores resultados y la supervivencia tanto de bajo peso al nacer como de prematurez en los bebés.

La calidad de la evaluación de la atención debe:

- Ser un componente del análisis situacional.
- Incluir la revisión de los registros y la realización de observaciones.
- Comparar el desempeño real con las normas, guías y protocolos (si existen), y con la evidencia internacional de las mejores prácticas.
- Utilizar listas de chequeo estandarizadas para evaluar todas las instalaciones. (Si no existen estas listas de chequeo pueden ser desarrolladas).
- Identificar los vacíos existentes en la atención.

Las preguntas específicas de la evaluación de la calidad de la atención incluyen:

- ¿Cómo se mantiene el calor en los recién nacidos? ¿Existen incubadoras? ¿Sn estas compartidas?
- ¿Con qué frecuencia se monitorean los signos vitales (temperatura, pulso, frecuencia respiratoria)?
- ¿Qué apoyo se da a las madres con relación a la lactancia materna, la extracción de la leche materna y las técnicas de alimentación con el seno materno?
- ¿Qué papel desempeñan las madres en el cuidado de un niño con BPN o prematuro? ¿ Las madres pueden quedarse en las mismas instalaciones donde el bebé se hospitaliza?
- ¿Pueden las madres amamantar a su bebé o hacer sustracción de la leche materna para su envío? ¿Hay alimentos disponibles para las madres?
- ¿Cuáles son las relaciones de personal calificado de enfermería para la atención de RN con bajo peso al nacer o de un prematuro?
- ¿Está el equipo de trabajo capacitado en el manejo del cuidado intensivo neonatal? Si no es así, ¿dónde y cómo se remiten los RN con bajo peso al nacer en estado crítico o los prematuros?

Paso 2. Convocar a una Asamblea con grupos de interés

Una vez concluido el análisis situacional en el país, se convoca una reunión nacional con todos los grupos de interés. Esta reunión brinda una oportunidad para involucrar al Ministerio de Salud y otros socios participantes en los programas de salud materna y neonatal.

Los objetivos de la reunión de los grupos de interés son los siguientes:

- Difundir los resultados del análisis situacional.
- Sentar las bases de la plataforma para introducir y /o ampliar los servicios del PMC.
- Construir alianzas, el mapa de los apoyos y recursos para los servicios de PMC.

Los asistentes potenciales incluyen:

- Ministerios de salud y de planeación/finanzas
- Expertos en la programación de salud materna y del recién nacido
- Profesionales médicos
- Formuladores de políticas
- Representantes de la academia
- Organismos profesionales
- Médicos en ejercicio privado
- Donantes
- Grupos de ayuda bilaterales
- Organizaciones religiosas
- Grupos de la sociedad civil
- Otros, según corresponda

Los grupos de interés serán "sensibilizados" sobre cómo pueden contribuir con la reducción de la mortalidad neonatal en el país, en particular, la de los RN con bajo peso al nacer y la de los prematuros. También deben conocer la ventaja que ofrecen el inicio de los servicios del PMC en el nivel nacional y los soportes de la evidencia científica. En algunos países se ha considerado útil compartir experiencias del PMC en los países vecinos. Durante la reunión los grupos de interés pueden discutir cómo la inclusión del PMC puede impactar a los recién nacidos, sus madres y familias en concreto, el impacto que tiene sobre la atención en los servicios de salud de RN con bajo peso al y/o los bebés prematuros.

Ejemplos del resultado de esta reunión:

- Logro de un consenso sobre la adopción del PMC para el manejo de los bebés con BPN en todo el país.
- Identificación de políticas clave y protocolos técnicos o directrices necesarias para apoyar la adopción del PMC.
- Identificación de oportunidades de apoyo financiero y material de los grupos de interés y socios.
- Reconocimiento de los recursos técnicos del país que pueden facilitar la adopción y/o adaptación de materiales para el PMC.

El compromiso y el liderazgo del Ministerio de Salud es fundamental en todo el proceso y puede lograrse apoyando al Ministerio en la organización y patrocinio de la reunión. Además, la identificación de un "Campeón" local o Líder reconocido, como por ejemplo, el compromiso de un/a pediatra eminente o profesional de la salud nacional con experiencia en el manejo de bebés

con bajo peso, brindará credibilidad a la causa y podrá facilitar el aval del Ministerio de Salud. Para el PMC el/la líder o campeón local, también puede tener la tarea de facilitar la reunión entre los grupos de interés.

> **NOTA**
>
> Se necesitan recursos para apoyar el inicio de los nuevos servicios del PMC. Estos recursos deben incluir la asistencia técnica y financiera necesaria, que permita proporcionar el espacio físico, equipamiento y suministros necesarios para el PMC, el desarrollo de capacidades de los proveedores y otros costos de la implementación. Para ello se requiere del diálogo entre los socios, agencias y otras organizaciones, dispuestas a proporcionar estos recursos, que debe anteceder a la de los grupos de interés para que los grupos interesados tengan una idea clara de lo que pueden comprometerse con el PMC.

Paso 3. Visita a los lugares que disponen del PMC en funcionamiento en el país o en el extranjero

La visita a los PMC en funcionamiento permite a los interesados y tomadores de decisiones ser testigos de primera mano del impacto de estos servicios. También brinda la oportunidad de escuchar directamente a proveedores y beneficiarios. Se debe dar prelación a los PMC ubicados en el país. Sin embargo, en muchos casos estos programas no existen, por lo tanto, es necesario identificarlos en el extranjero.

Criterios de selección para visitar un lugar con el PMC:

- Contexto similar: idioma, región, ingreso (países desarrollados versus países en vía de desarrollo).
- Expansión de la implementación del PMC, demuestra los resultados en la mejoría de la supervivencia de los recién nacidos con bajo peso al nacer y/o bebés prematuros.

La visita puede ser programada antes o después de la reunión de los grupos de interés; hacerla antes ofrece la oportunidad para que los tomadores de decisión comprendan mejor el método Madre Canguro y puedan compartir su experiencia durante la reunión.

- Los participantes deben planear una visita al país de cinco días que permita desarrollar una buena comprensión de las actividades que se efectúan en la unidad de cuidados del PMC y dar tiempo para reunirse con los interlocutores del Ministerio de Salud y otros.
- Las visitas de campo pueden ser de un grupo grande o visitas con grupos pequeños en diferentes momentos. Esto es ventajoso porque una "masa crítica" de participantes puede ayudar a avanzar por la causa tanto en el nivel nacional en la toma de decisiones, la planificación, como en instalaciones específicas para la fase de implementación.
- Para un viaje al extranjero, es mejor que sea grupo pequeño y manejable (máximo de cinco personas), teniendo en cuenta el costo y la logística del viaje. Los participantes pueden ser:
    - Del Ministerio de Salud (el punto focal es la persona responsable del programa de salud materna neonatal), uno o dos proveedores que participan en la atención de los RN con BPN y/o bebés prematuros, capaz de liderar el inicio del PMC y un/a representante de asociaciones médicas y de enfermería.
    - Un elemento crucial al finalizar la visita de campo es que se garantice que los pasantes efectúen una reunión de síntesis informativa que dé cuenta de los hallazgos, alcances y aplicaciones prácticas de la visita. Esto ayuda a transmitir no sólo información importante sobre el valor de los servicios PMC, sino también la emoción y la pasión que los participantes, generalmente, encarnan una vez que han visto un servicio en funcionamiento. Por esta razón, puede ser ventajosa la puesta en común en la reunión de los grupos de interés.

Paso 4. Desarrollar un plan de acción o próximos pasos

Un plan de acción o un conjunto de pasos a seguir podría ser el resultado lógico del proceso preparatorio nacional. El plan de acción debe identificar las tareas necesarias para las siguientes fases de expansión, los responsables de la ejecución de cada tarea, y la fecha en la que cada tarea debe ser cumplida. Este paso se discute en detalle en el capítulo 8.

CAPÍTULO 3: POLÍTICA DE DESARROLLO Y ADAPTACIÓN DE MATERIALES DEL PROGRAMA MADRE CANGURO

Una vez que se ha tomado la decisión de introducir o ampliar los servicios del PMC como un componente dentro de las normas nacionales para la atención del recién nacido con bajo peso al nacer y/o atención del prematuro, es esencial la planificación y el desarrollo de los siguientes materiales:

- La política nacional del PMC y las guías o directrices de servicio.
- El material didáctico y los instrumentos de trabajo para el PMC.
- Los materiales de información, educación y comunicación (IEC) para el cambio de comportamiento (BCC) del PMC.
- Los planes y herramientas de monitoreo y evaluación del PMC incluyendo una lista de chequeo para la supervisión.

Las reuniones de los grupos de interés se deben celebrar en todo el país por lo menos a nivel distrital, departamental o municipal para asegurar que existe un entendimiento común del porque se introduce este componente y porque se debe fomentar la participación local en los planes de desarrollo, para su implementación. (Véase el capítulo 2.).

3.1 POLÍTICA NACIONAL, GUÍAS Y/O DIRECTRICES DEL PROGRAMA MADRE CANGURO

La política nacional y las guías de servicio del PMC clarifican la necesidad de los servicios de Madre Canguro y establecen la forma en que estos servicios deben ser organizados. Estos documentos relacionados se convierten en una fuerza unificadora al poner en práctica el PMC a escala nacional y son de vital importancia para la validez del programa. En concreto, la política nacional asegura que exista una coherencia e integración efectiva de la práctica dentro de las políticas existentes previamente (por ejemplo, la política del recién nacido) y dentro de los componentes del sistema de salud incluyendo educación y capacitación.

Estos documentos importantes también pueden ayudar a lograr apoyo y recursos para la expansión a mayor escala del PMC tanto del gobierno como de los donantes. Varios países han desarrollado ya políticas nacionales, guías y protocolos de PMC, que pueden ser utilizados para orientar a otros países. Naturalmente, estos documentos deben ser revisados y adaptados a las necesidades específicas de cada país (capítulo 9).

Para facilitar el desarrollo o la revisión de la política nacional y las normas de servicio se debe:

- Organizar discusiones con las instancias pertinentes y funcionarios líderes en el Ministerio de Salud sobre la necesidad de revisar y/o formular la política del PMC y proporcionar todo el apoyo al Ministerio de Salud para liderar el proceso.
- Reunir a las personas clave o grupos de interés que consideren pueden influenciar el desarrollo y la aprobación de la política del PMC. Asegurarse de incluir a los más reconocidos neonatólogos, pediatras, obstetras, parteras, enfermeras, administradores, instituciones académicas y otros profesionales involucrados en la definición y provisión de servicios de salud materna materna-neonatal. Buscar apoyo para lograr la apropiación de la política en niveles nacionales, departamentales y/o municipales.

- Elaborar y / o revisar las normas y guías de atención. Este es un subconjunto de una actividad política más amplia del PMC para el que se debe buscar el apoyo y aporte de las personas clave interesadas y de proveedores de servicios, especialmente de aquellos que hayan creado estas unidades en sus instituciones, o de quienes hayan visitado en el extranjero establecimientos del PMC en funcionamiento. Se debe asegurar que las normas y guías de funcionamiento del PMC incluyan y enfaticen en la importancia del seguimiento de usuarios de MC en la comunidad.

Las normas y guías nacionales deben ser claras y factibles de realizar y deben incluir criterios apropiados para el monitoreo y la evaluación. Los protocolos locales serán más fáciles de implementar si las políticas, normas y guías están claramente definidas.

Para asegurar la eficacia las directrices nacionales del PMC deben incluir:

- Introducción a la prematuridad y al bajo peso al nacer.
- Definición del PMC, justificación, beneficios y cómo se debe practicar.
- Dónde, cuándo, quién y cómo se deben iniciar los servicios del PMC, adaptados a los diferentes niveles de atención.
- Descripción de la posición Madre Canguro, del PMC nutrición y las modalidades apropiadas de alimentación.
- El cuidado del bebé dentro del PMC incluyendo el monitoreo vital, la prevención de infecciones, inmunización y otros cuidados relacionados, según corresponda.
- El cuidado físico y emocional de la madre y/o del cuidador de la salud personal, familiar y de la comunidad, según sea apropiado por el equipo de salud, la familia y la comunidad.
- Del PMC criterios de egreso, el seguimiento y la re-admisión según sea necesario.
- Criterios para la interrupción del PMC.
- Mantenimiento de servicios de alta calidad de PMC.
- M & E para documentar los resultados.
- La falta de una política nacional o de directrices puede ser una barrera, sin embargo, si este el caso, las unidades del PMC puede ser implementadas en instituciones que tengan personal motivado. Las experiencias positivas en estas pequeñas unidades suelen promover el desarrollo de políticas y directrices nacionales.

La política del PMC en el nivel del servicio y guías de atención

Cada institución de salud que implemente los servicios del PMC debe tener una política escrita y guías de atención basadas en los documentos nacionales (si están disponibles) y adaptados hasta el nivel específico de la atención en salud. Los protocolos deben incluir otros componentes apropiados relacionados con el cuidado de bajo peso al nacer y/o de bebés prematuros, incluyendo la prevención de infecciones, manejo integral de enfermedades propias del recién nacido y de la infancia (AIEPI), cuidados intensivos del recién nacido y el seguimiento de los bebés egresados de las unidades o servicios del método Madre Canguro.

En el nivel comunitario los protocolos del método Madre Canguro deben ser desarrollados específicamente en el lugar comunitario donde tendrá lugar el cuidado Madre Canguro que se ejecutará en coordinación con el centro más cercano del PMC. Los protocolos de trabajo deben ser tanto examinados y revisados para mejoras como adaptados a las necesidades de nivel local.

NOTA
Los servicios tendrán que planificar el cómo adapta el manejo de la atención del PMC. Existen recursos para guiar esta adaptación: mediante el proceso detallado paso a paso y descrito por Bergh (2002) y la Guía para el facilitador del Cuidado de Madre Canguro (ACCESS 2009).

3.2 MATERIALES DE CAPACITACIÓN PARA EL PROGRAMA MADRE CANGURO

Los materiales de capacitación son necesarios para facilitar una capacitación uniforme e integral de los capacitadores del PMC y de los proveedores de servicios. Varios países ya han elaborado manuales de capacitación de PMC, incluyendo el plan de capacitación del Programa Madre Canguro que comprende la Guía del facilitador y la Guía del participante (véase el capítulo 4).

3.3 INFORMACIÓN, EDUCACIÓN, COMUNICACIÓN Y MATERIALES DE COMUNICACIÓN PARA EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO PARA EL CUIDADO DE MADRE CANGURO

Uno de los mayores obstáculos para la adopción de método Madre Canguro es la creencia errónea de que el PMC consume mucho más tiempo que el que se emplea en la atención tradicional para los bebés (Charpak y Ruiz Peláez-2006).

Estos conceptos erróneos deben ser disipados a través de la abogacía, promoción, educación y comunicación para el cambio de comportamiento (CCC). Una estrategia nacional de comunicación es ideal para apoyar la implementación del programa Madre Canguro si se dispone de financiación. Este tipo de estrategia le apuntaría a sensibilizar a los proveedores, gestantes y a sus familias, para que conozcan los beneficios del PMC. Una estrategia de comunicación también puede hacer que las familias conozcan la importancia de la atención temprana en los servicios "nuevos" en hospitales y clínicas que prestan la atención con el método Madre Canguro.

En ausencia de una estrategia de comunicación coordinada se deben producir y destinar, materiales de información específica, educación y comunicación (IEC) y cambio de comportamiento dirigidos a las madres, las familias y el público en general. Se debe estimular el desarrollo de materiales de IEC y CCC que fomenten la aceptación activa del programa Madre Canguro como el mejor método de cuidado para los RN de bajo peso al nacer y/o bebés prematuros (que no tengan condiciones médicas pre existentes), y que como beneficio adicional promueve e incorpora en la atención a la madre, el padre y otros miembros de la familia como cuidadores clave.

Los materiales de IEC y BCC pueden incluir:

- Método Madre Canguro, afiches colocados en centros de salud y unidades de atención del PMC. Por ejemplo la sala y/o habitación u otro lugar público, según corresponda.
- Los folletos del PMC y /o afiches para informar a las madres, la familia, la comunidad y los trabajadores de salud comunitaria.
- Las grabaciones de radio y/o TV, los avisos publicitarios con contenido método Madre Canguro para el público en general.
- Los guiones para dramatizaciones y canciones.

- Los gráficos específicos que explican el método Madre Canguro a través de plegables, carteleras y otros materiales que ya existen y pueden ser adaptados para uso local (véase el capítulo 9).

3.4 HERRAMIENTAS PARA EL MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA MADRE CANGURO

Consultar el **Capítulo 7**.

CAPÍTULO 4: LA CAPACITACIÓN PARA LA FORMACIÓN DE PROVEEDORES DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA MADRE CANGURO CUIDADO

4.1 CARACTERÍSTICAS CLAVE DE LA CAPACITACIÓN CLÍNICA

La introducción o expansión del PMC requiere la capacitación del personal de prestación de servicios en todos los niveles pertinentes. Para algunos la formación implica el aprendizaje de nuevos conocimientos y habilidades. Para otros un curso de actualización será suficiente. La capacitación en el método Madre Canguro no debe, sin embargo, limitarse al personal de salud solamente. Para la unidad de atención del PMC por ejemplo, cada equipo de profesionales de la salud que brindan atención a las madres y los recién nacidos debe ser entrenado. El entrenamiento de los diversos grupos de profesionales ha probado ser exitoso en otros programas. La asistencia personal, el seguimiento y la supervisión cercana del trabajo han probado ser estrategias exitosas para que los proveedores de servicios tengan la oportunidad de practicar lo que están aprendiendo en su entorno laboral.

NOTA

La vinculación de los programas de sensibilización y de educación desde el inicio ayuda a relacionarse con la comunidad en forma exitosa, al igual que lograr la participación de la comunidad en el proceso de planificación e implementación. Por lo tanto, se requiere de algún tipo de capacitación y/ o sensibilización de las comunidades y las familias.

La capacitación clínica efectiva es planeada y facilitada teniendo en cuenta la forma como aprenden los adultos, ellos deben participar activamente en el aprendizaje, que debe relacionarse con su trabajo, para que puedan emplear lo que aprenden.

Este tipo de capacitación:

- Utiliza el modelo como conducta;
- Está basado en la competencia, y
- Utiliza técnicas humanistas de formación.

La teoría del aprendizaje establece que en una situación ideal las personas aprenden más rápido y efectivamente observando a alguien (o modelo) realizar una actividad o desempeñar una destreza.

Adquisición de destrezas: Conoce los pasos y el orden correcto (si es necesario) para realizar la actividad o habilidad requerida, pero necesita ayuda.

Adquisición de competencias: Conoce los pasos y el orden correcto (si es necesario) y puede realizar la actividad o habilidad requerida.

Dominio de las destrezas: Conoce los pasos y el orden correcto (si es necesario) y realiza eficientemente las actividades o destrezas.

4.2 SELECCIÓN DE CAPACITADORES Y APRENDICES

Como mínimo los capacitadores del método Madre Canguro deben tener experiencia tanto en el cuidado de la salud materna y del recién nacido, como en la prestación de servicios de atención materna y del recién nacido, incluido el cuidado de los recién nacidos con bajo peso al nacer. Por

lo menos algo de experiencia previa en la práctica método Madre Canguro es también deseable. Los capacitadores deben estar orientados con los materiales de aprendizaje, familiarizados con los objetivos, el aprendizaje de los métodos, actividades y recursos. Es necesario que tengan experiencia docente y en el enfoque de competencias.

La capacitación en el PMC no está diseñada para servir como un curso de cuidado esencial del recién nacido. Más bien, se diseñó para capacitar a los trabajadores de salud sobre cómo aplicar correctamente la metodología Madre Canguro. Sin embargo, se espera que los estudiantes tengan algún tipo de formación o experiencia en la prestación de servicios de salud, específicamente en la atención materna - neonatal.

4.3 SELECCIÓN DEL SITIO DE ENTRENAMIENTO

La instituciones que prestan ya servicios de PMC deben ser seleccionadas para su desarrollo como centros de formación, centros de excelencia y/o modelos de expansión. Una investigación en Sudáfrica (Bergh, Van Rooyen, Pattison 2008) ha mostrado que el sitio de aprendizaje, ya sea en el lugar de trabajo donde se está ejecutando el programa o en un centro de excelencia, no es el componente que define el éxito- Los dos pueden ser exitosos. Los planes locales deben ser elaborados con un plazo de tiempo real para el establecimiento de nuevos sitios, tanto para la prestación de servicios como para la capacitación.

Para ubicar el lugar para la capacitación se deben considerar las siguientes preferencias al elegir un centro de formación:

- La estructura física debe ser adecuada para albergar una unidad del CMC o para apoyar modificaciones a la estructura existente, o bien, si hay una estructura física disponible para acomodar al personal adicional y a las usuarias. (Esto puede ser una extensión de la unidad existente tal como una Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal).
- El espacio físico es la unidad del PMC o debe estar cerca de ella para acomodar el aula de aprendizaje para los proveedores.
- El espacio físico es la unidad del PMC o está cerca de ella para dar espacio a la privacidad de las usuarias y sus familias durante la enseñanza del PMC:
    - Esta puede ser una cortina alrededor de la cama o un espacio separado.
    - La prestación de servicios, administración y supervisión de los sistemas debe:
    - Cumplir con las actuales directrices de prestación de servicios.
    - Apoyar la capacitación clínica.
    - Proteger los derechos de la usuaria.
    - Tener capacidad de proporcionar supervisión clínica.
    - Semejar el entorno a aquel en el que la mayoría de los alumnos van a trabajar.

Otros temas a considerar:

- La presencia de otros estudiantes que compiten por experiencias clínicas como los estudiantes de pregrado (estudiantes de medicina y enfermería), residentes, pasantes o aprendices en servicio.
- La sobrecarga para la usuaria.
- Los instructores clínicos adecuados para todos los alumnos.

- El equipo médico:
  - Las practicas del equipo médico en capacidad de demostrar correctamente el cuidado o método del modelo Madre Canguro.
  - La relación adecuada entre la usuaria y equipo de salud:
    - Los médicos en formación no pueden sustituir a los proveedores de servicio debidamente calificados.Los estudiantes pueden suponer una carga adicional para el equipo de trabajo.

Enlace con la educación de pre y post grado:

- El PMC debe ser integrado al plan inicial de educación de todos los proveedores de salud y, además, hacer parte de la formación clínica de los estudiantes para reforzar el aprendizaje. Este tema debe ser discutido en el nivel nacional por los formadores de los recursos humanos en salud para que forme parte de las actividades curriculares tanto de pre y post grado como en la educación continua modificada (por ejemplo, atención esencial del RN, AIEPI, lactancia materna y cuidados intensivos neonatales). Las experiencias clínicas deben reforzar este aprendizaje. Esta tema se examina en otros niveles (Véanse los capítulos 2 y 3.)
- Los hospitales universitarios donde los estudiantes de pre y postgrado realizan sus prácticas clínicas deben ser priorizados en la estrategia de expansión de servicios.

4.4 MATERIALES DE CAPACITACIÓN DEL PROGRAMA MADRE CANGURO

Los módulos del PMC existentes bien sean de formación o planes de estudio deben ser adaptados y revisados cuando sea posible, a fin de ser adecuados a las necesidades locales y/o audiencias objetivo. (Consultar el capítulo 9 sobre materiales de capacitación disponibles). Los materiales de formación modular son particularmente útiles para los capacitadores de tal manera que pueden ser individualizados para grupos específicos de alumnos. Por ejemplo, los módulos individuales pueden:

- Estar integrados con los programas actuales de capacitación en servicio para los proveedores;
- Servir como un recurso técnico para el PMC, y
- Habilitar la capacitación en el servicio por separado para la práctica de los proveedores.

Los materiales de capacitación efectivos y eficientes incluyen los siguientes componentes:

- Los objetivos de aprendizaje.
- Los planes de cada sesión (con un esquema de modelo que puede ser adaptado) incluyendo:
  - Los métodos de enseñanza,
  - Los materiales necesarios,
  - Las actividades de aprendizaje,
  - Los cuestionarios pre y post-curso con claves de las respuestas (en la guía del instructor),
  - Las guías de aprendizaje y listas de chequeo o verificación.
  - Listas de verificación del desempeño

- Estas listas de verificación dividen cada destreza en una secuencia de pequeños pasos con medidas claramente observables. Las listas de chequeo o de verificación se pueden utilizar para:
  - Evaluar la competencia en las habilidades clave antes de la capacitación.
  - Monitorear el progreso de los alumnos durante su entrenamiento.
  - Evaluar las competencias al final de la capacitación.
  - Evaluar la retención de conocimientos y habilidades en un momento posterior. (Después de completar la capacitación posiblemente durante la supervisión de apoyo).

- Suministros:
  - Los suministros deben incluir los modelos para recién nacidos en la práctica de la atención, una banda o faja de algodón de licra sencilla para la práctica de posicionamiento del CMC, ropa para los modelos de recién nacidos, los suministros para la extracción de leche materna para la alimentación (cuando la lactancia directa no es posible o necesita ser complementada) y suministros y equipos para prevención de la infección.
  - Los instructores no deben esperar encontrar suministros y equipos disponibles en los centros clínicos porque a menudo son deficientes y escasos, por eso es necesario planificar en forma anticipada y llevar todo lo necesario para la capacitación.

CAPÍTULO 5: LOGRAR Y CONSERVAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN CON LA SUPERVISIÓN DE APOYO

La capacitación se considera el primer paso en la construcción de competencias en los trabajadores de la salud, especialmente en áreas con las que ellos no están familiarizados. Sin embargo, aunque la capacitación basada en competencias sea bien impartida no es suficiente para mejorar y mantener la calidad de la atención que necesitan las madres, los bebés y sus familias. Los trabajadores de salud tienden a perder sus habilidades con el tiempo, especialmente si no las practican en forma regular y adecuada. Aunque algunos proveedores de servicios tomarán la iniciativa para mantener y mejorar su rendimiento la mayoría necesita ayuda adicional, que puede ser proporcionada por la supervisión asistida. Los trabajadores de salud también pueden beneficiarse con un incremento de la motivación que proporciona una supervisión efectiva.

La supervisión de apoyo es un proceso continuo, dinámico e interactivo. Los planes de supervisión se deben hacer idealmente en el lugar del entrenamiento antes o poco después de haber acabado la capacitación. Cuando hay retrasos largos es posible que estos se asocien con una disminución en la competencia y una pobre ejecución.

5.1 COMPONENTES DE LA SUPERVISIÓN DE APOYO

Preferiblemente los componentes que se indican a continuación deben ser cubiertos durante la supervisión. Sin embargo, las actividades de M & E y supervisión pueden ofrecer desafíos, especialmente en los países en desarrollo, por lo tanto es esencial que los países prioricen las actividades e indicadores con el fin de concentrarse en aquellos componentes clave que puedan tener el mayor impacto en la implementación y documentación a gran escala.

Los componentes clave de la supervisión de apoyo:

- La evaluación de:
  - Las competencias del trabajador de salud.
  - El conocimiento de las madres y su competencia en la aplicación del CMC.
  - La existencia de un espacio adecuado y de los suministros para promover la aplicación efectiva del PMC.
  - Los datos pertinentes y/o la información que se va a utilizar para mejorar el rendimiento (véase el capítulo 7), como:
    - Porcentaje de bajo peso al nacer y /o bebés prematuros que reciben cuidados del PMC.
    - El promedio de horas que se mantiene a los bebés en la posición de PMC.
    - Las razones por las que no se practica el PMC (para los bebés que no recibieron PMC durante visita del supervisor), o no se practicó por mayor tiempo.

La Identificación de problemas (mediante el análisis de los datos del monitoreo y evaluación y observando el funcionamiento del servicio, escuchando y discutiendo los problemas con el equipo de trabajo y las madres) y el desarrollo y la aplicación de soluciones.

- Suministro de retroalimentación y actualizaciones.

- Suministro de un informe a las autoridades competentes.

5.2 PREPARACIÓN PARA LA INTRODUCCIÓN A LA SUPERVISIÓN DE APOYO

Fase preparatoria

La fase preparatoria es aquella en la que se llevan a cabo las tareas preliminares, e incluye el desarrollo y las pruebas preliminares de herramientas apropiadas y creación de consenso sobre los métodos de supervisión y los horarios a seguir.

Acciones a realizar durante esta fase:

- Desarrollar y hacer un pre-test de las herramientas adecuadas para asegurar que la supervisión es objetiva y se implementa y documenta efectivamente. Las herramientas deben estar disponibles durante los talleres de capacitación a fin de que tanto los supervisores como los trabajadores de la salud se familiaricen con ellas. Estas herramientas deben ser utilizadas no sólo para evaluar las competencias de los participantes, sino también para identificar dónde se requiere de apoyo adicional para mejorar el rendimiento.
- Determinar la metodología para implementar la supervisión y especificar el personal que va a participar. Lo ideal sería que cada trabajador de la salud deba ser evaluado en el mismo sitio de su institución de salud, empleando las herramientas prediseñadas y suministrando retroalimentación. Aunque, esta no siempre es factible la supervisión puede ser tanto interna como externa.
- Es beneficioso tener un grupo externo de supervisores en el nivel nacional / regional / distrital/ departamental o municipal, incluidos los representantes designados por el hospital seleccionado (s) en el que el PMC está funcionando bien, el Ministerio de Salud y una organización no gubernamental de facilitación (ONG). Asegurar la participación del gobierno y de una ONG es una ventaja, ya que promueve sostenibilidad y expansión. Los miembros del equipo pueden visitar los sitios de evaluación. Las visitas de supervisión externas son factibles una vez cada tres o seis meses. En estas sesiones los trabajadores de la salud pueden presentar y revisar los datos, compartir sus experiencias, retos, las soluciones empleadas y, a su vez, recibir actualizaciones.
- En los hospitales grandes, donde hay varios trabajadores de la salud involucrados, es factible y de hecho conveniente contar con una supervisión interna, tal vez un órgano interno de control como un comité. Este comité no implica costos adicionales (por ejemplo, de transporte), y se beneficia de la flexibilidad de estar "en el terreno". Una comisión de control interno es útil para facilitar y sostener reuniones frecuentes, preferiblemente mensuales.
- Una combinación de supervisión interna y externa sería lo ideal.
- Capacitar a los supervisores durante el taller de formación de formadores y también durante la formación de los trabajadores de la salud.

Fase de ejecución

Durante la fase de implementación se llevan a cabo los ciclos de los siguientes pasos o actividades:

- Las visitas de supervisión y evaluación del sitio del programa (s) y los trabajadores de la salud con la retroalimentación de apoyo correspondiente. Las visitas de la comisión de supervisión debe llevarse a cabo periódicamente (mensual para la supervisión interna y cada tres a seis meses para la supervisión externa) para observar el desempeño de los miembros del equipo de trabajo en el servicio, así como la forma en que se hace la prestación de servicios del PMC en su totalidad.
- La revisión permanente de las tendencias en los resultados (a través de vínculos con las actividades de M & E) y de los cambios y ajustes institucionales requeridos para lograr los objetivos deseados. El comité de supervisión debe promover un diálogo abierto con el personal para revisar las "tendencias" y discutir casos particulares, escuchar las impresiones y sugerencias del personal, y promover la retroalimentación conjunta, resolver cualquier problema.
- La supervisión de apoyo es clave para el mantenimiento y mejora personal, además, para lograr la motivación y la satisfacción laboral y llevar a cabo actualizaciones y medidas correctivas para mejorar los resultados.

5.3 LOS RETOS PARA MEJORAR LA CALIDAD Y LA SUPERVISIÓN DE APOYO

El mantenimiento y mejoría de la calidad de los servicios y su sistematización a través de estrategias adecuadas de seguimiento y evaluación se encuentran entre los componentes más difíciles en la implementación del programa.

Los desafíos incluyen, pero no se limitan a la:

- Falta de motivación. Muchos profesionales de la salud no consideran que la supervisión hace parte de sus funciones ni del trabajo habitual. De hecho, a menudo buscan una remuneración adicional para esta actividad más allá de reembolso de los gastos realizados. Muy a menudo, aunque esto puede ser auspiciado inicialmente por algunas ONG y organismos donantes, esto no siempre es sostenible por el gobierno.
- Habilidades insuficientes. Los funcionarios del Ministerio de Salud encargados de la supervisión con frecuencia trabajan como servidores públicos en las oficinas gubernamentales y no están expuestos a la práctica clínica y pueden haber perdido esta destreza, hecho que puede afectar negativamente su confianza y capacidad de mejorar las habilidades del equipo de trabajo que van a supervisar. Las posibles soluciones incluyen disponer de todos los pasos importantes indicados en las listas de verificación incluyendo personal con competencia clínica en el equipo de supervisión. Además, estos supervisores pueden beneficiarse de una capacitación específica para mejorar sus habilidades de comunicación y promover actitudes de apoyo orientadas a motivar a los trabajadores y mejorar sus habilidades.

- Número insuficiente de casos. Los hospitales y centros de salud que no cuentan con el número de casos que requiere el PMC se encuentran en desventaja, y esto puede acarrear problemas porque dificulta a los supervisores la observación de las competencias del personal de salud con los bebés. La falta de casos, de hecho, ni siquiera le permite a los trabajadores de salud contar con práctica suficiente para alcanzar y mantener las habilidades. La solución en estos centros incluye la provisión de muñecos o modelos para la práctica, evaluación, supervisión y apoyo durante los continuos esfuerzos de promoción del PMC.

5.4 HERRAMIENTAS PARA LA SUPERVISIÓN DE APOYO

Las herramientas clave incluyen dos listas de verificación que se encuentran en los apéndices. El primero (Apéndice A) se puede utilizar para evaluar la competencia de los trabajadores de salud en la aplicación de pasos importantes del PMC, en el los talleres de capacitación y durante la supervisión como se indica a continuación. El segundo (Apéndice B) dispone de una lista de verificación para la evaluación del funcionamiento de la unidad ejecutora del PMC.

Como el PMC hace parte de las actividades programáticas dentro de la atención esencial del recién nacido en la estrategia más amplia de la salud materna y del recién nacido, otros componentes importantes también deben ser evaluados y sistematizados durante las visitas de supervisión y / o como parte de las actividades de M & E.

5.5 FINANCIACIÓN DE RECURSOS PARA EL PROGRAMA MADRE CANGURO

Se requieren fondos para las siguientes actividades y suministros aunque no se limita sólo a esto.

La implementación del PMC en el nivel institucional requiere:

- Adaptaciones estructurales en la unidad para permitir la estancia de las madres y el seguimiento clínico.
- Personal adicional requerido y factible.

Aunque el método Madre Canguro generalmente requiere menos personal porque la atención del recién nacido está en gran medida en manos de la madre, todavía hay necesidad de personal para supervisar la atención recibida y para proporcionar información y educación sobre cómo mantener al bebé caliente, la lactancia materna, el uso adecuado de la leche materna extraída, los signos de peligro, etc. Esto puede hacer necesario transferir personal de los departamentos de cuidados intensivos o la contratación de nuevo personal. El personal también se necesita para hacer el seguimiento.

El material de apoyo para las madres consta de: camas adecuadas, sillas, mesas, armarios para artículos personales, envolturas o fajas de método Madre Canguro, ropa de cama, cortinas, alimentos, utensilios domésticos y cubiertos, y, cuando sea factible, material de recreación apropiado.

Los materiales necesarios para los componentes de método Madre Canguro son: extracción de leche materna (incluyendo un refrigerador para el almacenamiento de la leche) y la prevención de la infección (incluyendo el lavado de manos con jabón).

El manejo, incluyendo los registros apropiados para documentar la información o señalando las características individuales de los bebés, notas de remisión, etc.

La supervisión y la mejoría de la calidad:

- El transporte para las visitas a la comunidad o el seguimiento institucional.
- Las comidas y los gastos por eventualidades para los supervisores.
- Las comidas y/o refrigerios para las reuniones.
- Un componente controversial es el pago adicional para los supervisores que puede ser proporcionado por algunos donantes y/o ONG.

Cuando los fondos son insuficientes se requiere hacer algunos ajustes y adaptaciones adecuadas, o hacer actividades adicionales de recaudación de fondos.

CAPÍTULO 6: LA SENSIBILIZACIÓN Y MOVILIZACIÓN ESTRATEGIAS PARA APOYAR EL PROGRAMA MADRE CANGURO EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

La OMS recomienda el cuidado de la piel-a-piel como un componente clave en los establecimientos de salud que tienen el PMC. Este se incluye con la cadena de rutina de calentamiento para todos los recién nacidos. El cuidado de piel a piel , sin embargo, no es una práctica generalizada en las salas de maternidad y en las unidades de recién nacidos, tampoco es una práctica común en la casa o en la comunidad. Se considera que los formuladores de políticas, directores de programas, políticos, proveedores de servicios, líderes comunitarios, familias, madres y cuidadores deben estar sensibilizados con este tipo de atención para que sea una práctica aceptable.

La sensibilización de la comunidad frente al contacto piel a piel puede llevar a un aumento de la utilización de los servicios del PMC entre los miembros de la comunidad que son testigos de los beneficios de este enfoque. La sensibilización también puede crear una demanda para que se instale el PMC y aliente a las mujeres que dan a luz un bebé de bajo peso y/o prematuro en casa para buscar ayuda en este tipo de establecimientos. Es fundamental asegurar que todas instituciones de salud con servicios del PMC cuentan con el acompañamiento de una estrategia de cambio de comportamiento BCC y de movilización comunitaria en todos los niveles.

En última instancia, el PMC requiere de la sensibilización en los establecimientos de salud en el nivel nacional y comunitario.

6.1 SENSIBILIZACIÓN Y MOVILIZACIÓN EN EL NIVEL NACIONAL

Es necesario disponer de actividades permanentes de sensibilización y movilización comunitaria en favor del MMC durante la implantación y ampliación de las fases de implementación del servicio PMC. En el plano nacional la meta de estas actividades es asegurar que existan las políticas, normas y directrices necesarias y que, a su vez, estas hayan sido promulgadas y difundidas en el personal correspondiente, incluido el nivel nacional, distrital /departamental y /o municipal entre funcionarios y administradores de los establecimientos del Ministerio de Salud, así como otros proveedores de servicios clave, de instituciones de salud públicas y privadas.

La sensibilización en el nivel nacional también ayuda en la generación de la política y el compromiso financiero necesarios para proporcionar los aportes requeridos que permitan contar con los recursos humanos, espacios e insumos necesarios para el inicio y la expansión de los servicios de PMC. La actividad nacional debe continuar hasta que se establezcan los servicios en todos los establecimientos de salud, especialmente, en el primer nivel de atención en salud donde tiene lugar la mayoría de los partos. (Las actividades en el nivel nacional para la creación de un entorno propicio se describen en el capítulo 2).

Las acciones clave de sensibilización y movilización en el nivel nacional (excluyendo la reunión nacional de miembros interesados) incluyen:

- Integrar los servicios de coordinación y seguimiento del PMC con el grupo de trabajo técnico de salud materna neonatal existente. Un nuevo grupo puede ser conformado en el nivel nacional para llevar a cabo la coordinación y supervisión si el grupo de interés lo identifica como una necesidad.
- Compartir con los ministerios de Salud, Hacienda y/o Finanzas y líderes políticos, los informes periódicos sobre cobertura de los servicios y las historias de éxito del PMC.
- Involucrar los medios de comunicación para informar sobre la magnitud del problema y qué se está haciendo para mejorarlo. Los informes pueden incluir testimonios de madres o familiares de RN con bajo peso al nacer y /o bebés prematuros que sobrevivieron gracias al PMC. También, se puede organizar discusiones en medios como la radio y la TV, discusiones que giren en torno al BPN y su manejo, y los bebés prematuros con la metodología.
- Invitar a la primera dama del país u otros destacados políticos o personas famosas a unidades de recién nacidos que emplean el PMC. Esta una forma efectiva de crear conciencia y movilizar recursos para los servicios de expansión.
- Identificar un "campeón" o líder que promueva y apoye la causa.
- Comprometer los grupos nacionales de abogacía, como por ejemplo, la Alianza del Listón Blanco (“White Ribbon Alliance”) para que seleccionen en su agenda un tema relativo a la promoción y/o atención de la supervivencia de los lactantes con BPN y/o prematuros. Estos grupos nacionales pueden organizar campañas nacionales fijando días especiales dedicados a los bebés con bajo peso y/o prematurez y organizando caminatas.

6.2 SENSIBILIZACIÓN Y MOVILIZACIÓN EN LOS CENTROS DE SALUD

El PMC a menudo es bien recibido por los trabajadores de la salud cuando se les presenta la evidencia científica. Sin embargo, en los países en desarrollo muchos profesionales de la salud actualmente no conocen en profundidad la eficacia y los beneficios de este programa. La mayoría de quienes se les ha presenta la metodología través de conferencias nacionales e internacionales, artículos de revisión por pares, discusiones con colegas o visitas a sitios del PMC pueden tener dificultades para implementar la intervención en sus propias instituciones de salud por una variedad de razones. Un estudio realizado por Charpak y Ruiz-Peláez (2006) identificó algunos de los principales factores que limitan la introducción y expansión de estos servicios en países en desarrollo:

- El PMC es considerado como de bajo estándar de atención comparado con la atención en incubadora.
- La prestación de servicios de PMC genera un trabajo extra para el personal de salud.
- El CPP resulta inaceptable para algunos profesionales de la salud.
- Las políticas en las instituciones de salud no permiten que los familiares, en particular los hombres (padres), permanezcan en el servicio por mucho tiempo.
- Existe una falta de apoyo de parte de la administración en las instituciones de salud.

Los administradores de programas deben identificar los posibles obstáculos en la aplicación del MMC entre profesionales de la salud y hacer frente a estas preocupaciones. La idea que la MMC como una metodología de bajo estándar de cuidado para el bajo peso al nacer y/o bebés prematuros puede ser abordada a través de múltiples canales como: orientaciones in situ del

PMC, presentaciones en reuniones de asociaciones profesionales y la incorporación de evidencia de PMC con enfermería, medicina y otras especialidades.

En la mayoría de los países puede haber un pediatra o médico que ha iniciado este tipo de atención en su institución de salud y está listo (con un mínimo de apoyo) para servir como un campeón o líder del programa. Si se halla este tipo persona que aboga y promueve el programa se debe comprometer para la reunión de miembros interesados para compartir su experiencia que ayudará a abordar inquietudes prácticas de los profesionales de la salud. En los países donde hay campeones, o adoptantes tempranos del PMC, una visita a un país vecino puede ayudar a abordar las dudas que este profesional pueda tener. Es necesario identificarlas antes de arreglar una visita a una institución que practica el PMC para asegurarse de que este intercambio está diseñado a la medida de sus necesidades para aclarar sus dudas.

Uno de los obstáculos antes citados por Charpak y Ruiz-Peláez (2006) es la falta de apoyo de la administración de las instituciones de salud. Esta barrera crítica debe ser abordada para afianzar los servicios de PMC en las instituciones de salud. Por lo tanto, los programas deben hacer el esfuerzo de orientar a los administradores de instituciones acerca de la eficacia y beneficio de los servicios de CMC, incluyendo la reducción en el hacinamiento de las salas, la disminución de costos debido al egreso temprano y una tasa alta de supervivencia de los bebés de bajo peso y /o prematuros.

Los debates sobre las políticas de institucionales deben ser revisados para una ejecución exitosa del PMC en el establecimiento de salud y (la posible reorganización de varias unidades de servicio) deben efectuarse antes de la capacitación del personal.

6.3 SENSIBILIZACIÓN Y MOVILIZACIÓN DEL NIVEL COMUNITARIO

Las actitudes del individuo y las comunidades hacia los bebé con BPN y/o prematuros influyen en el tipo de cuidado que la gente busca. Si estas actitudes y creencias son entendidas, el abordaje comunitario será más fácil mejorando así la probabilidad de que tanto las madres como los cuidadores continúen con el manejo de piel a piel de CMC después del egreso hospitalario. El mantener al bebé en el CPP es beneficioso para el crecimiento adecuado y la supervivencia del bebé después de la salida. Por lo tanto, esta práctica no debe interrumpirse antes de tiempo.

Entender las creencias actitudes y prácticas prevalentes, en torno a los recién nacidos con BPN y/o bebés prematuros requieren de una investigación formativa, y, posiblemente, una revisión y análisis de datos secundarios existentes o la recopilación y análisis de datos primarios. Los resultados de la investigación formativa ayudarán a desarrollar mensajes de consejería pertinentes para el público objetivo.

Figura 7: Los padres también pueden hacer el PMC

Las actividades de sensibilización y movilización comunitaria aseguran que las madres y los cuidadores cuenten con el apoyo necesario de la comunidad para practicar el CMC. Estas actividades incluyen:

- El grupo y consejería individualizada en el establecimiento de salud durante la atención prenatal, al ingreso, durante la permanencia en la institución de salud y al egreso.
- Los testimonios exitosos de madres, padres o familiares usuarios que lograron sacar adelante a sus bebés con bajo peso al nacer y/o prematuros utilizando el CMC.

- Los debates y foros públicos sobre el CMC a través de la radio, prensa y otros medios.
- El debate sobre la magnitud del problema y la atención adecuada para los lactantes con BPN y/o pretérmino integrado como parte de las actividades propias de la comunidad (por ejemplo, grupos religiosos, grupos de mujeres y de hombres, comités de salud de las veredas y comités de desarrollo de la municipalidad).

Preocupaciones de la comunidad sobre el contacto piel a piel

- La práctica del contacto piel a piel es novedosa en casi todos los países que actualmente no cuentan con servicio del PMC a gran escala. No obstante, el CMC es generalmente bien recibido, a pesar de que algunas personas de la comunidad pueden todavía considerar el CPP como algo poco usual e inadecuado y desalentar la práctica. Las madres dadas de alta en el servicio de salud que continúan esta práctica en el hogar pueden ser ridiculizadas, por lo que el ambiente del hogar y/o la comunidad puede no ser el más propicio para el egreso temprano. Una buena manera de abordar este problema es a través de diálogos comunitarios y testimonios de madres cuyos niños sobrevivientes han sido atendidos a través del PMC.
- Algunas comunidades (sobre todo conservadoras) se preocupan porque las madres exponen su pecho. Se han buscado soluciones locales para este asunto, por ejemplo en el norte de Nigeria se desarrolló una faja de tela para que las madres se cubran el pecho.
- Los padres también pueden practicar el CMC en la Guía de implementación de la Madre Canguro sin afectar al bebé. En otros países las mujeres han utilizado blusas abiertas para cubrir la parte superior de su pecho con una tela local.

Figura 8 La madre duerme mientras práctica el CMC

Las madres y las familias pueden mostrarse cautelosas con su privacidad en las instituciones de salud, cuando a los hombres se les permite permanecer en estas para ayudar a sus esposas a practicar el CMC después de las horas de visita. El personal de salud debe concertar con la comunidad para decidir sobre el tipo de instalaciones que pueden usar bien sea habitaciones separadas (privadas) o generales en una sala postnatal. Una solución posible es disponer de un espacio separado para los familiares varones para interactuar con la madre y el bebé o restringir las visitas permitiendo la entrada solo a mujeres de la familia.

Las madres también pueden estar ansiosas de brindar el CPP 24 horas al día durante períodos prolongados. Las quejas típicas incluyen cansancio, interferencia con las tareas del hogar o de otras actividades, y dificultad para dormir. Estas quejas pueden ser abordadas por la madre y su familia a través de la consejería, que le facilite comprender la necesidad del CPP por 24 horas (o por casi 24-horas)para que él bebé pueda mantener correcta la temperatura corporal. Además, otros miembros de la familia, incluido el esposo, pueden ayudarla mediante la práctica de CMC parte del tiempo.

CAPÍTULO 7: MONITOREO, EVALUACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE MADRE CANGURO

7.1 JUSTIFICACIÓN DEL MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL CUIDADO MADRE CANGURO

El Monitoreo y Evaluación (M & E) son componentes clave de cualquier programa de salud bien administrado. Proporciona información sobre el funcionamiento del programa, sobre si las estrategias del programa necesitan correcciones a mitad de camino, y si hay efecto o impacto del programa en la población objetivo. En concreto, M & E:

- Proporciona datos sobre los avances del programa y su eficacia.
- Mejora la gestión de los programas, la calidad y la toma de decisiones.
- Permite la rendición de cuentas a los grupos de interés, incluidos los donantes
- Proporciona datos para planificar las necesidades futuras de recursos.
- Proporciona información útil para la formulación de políticas y abogacía[8].

DEFINICIONES

El Monitoreo consiste en el seguimiento rutinario de las actividades del programa con mediciones regulares y permanentes para evaluar si estas se efectuaron y cómo se llevaron a cabo las actividades planificadas. Los resultados indican que las actividades del programa fueron ejecutadas de acuerdo con el plan del programa (Adamchak et al. 2000).

La evaluación es la valoración sistemática de un programa que determina si ha habido un cambio en la medición, y si es así, este cambio es consistente con los objetivos del programa. El seguimiento y la evaluación son esenciales para asegurar el progreso hacia los objetivos del programa y para evaluar si los objetivos propuestos han sido alcanzados.

Indicadores de monitoreo y evaluación

El sistema de M & E depende del plan del programa o del marco lógico para lograr los resultados deseados. Los indicadores son seleccionados con base en los objetivos descritos en el programa: planificar, monitorear y evaluar si los objetivos del programa se están alcanzando.

Criterios para la selección de indicadores:

- **Validez:** El indicador mide lo que pretende medir.
- **Confiabilidad:** El indicador se puede medir consistentemente.
- **Utilidad:** Los resultados apuntan a las áreas de mejora y se puede utilizar para la toma de decisiones en el nivel nacional y programático.
- **Factibilidad:** Los datos se pueden obtener con un esfuerzo razonable y posible.

Una variedad de fuentes pueden ser consultadas para recolectar información sobre el PMC una vez que los indicadores hayan sido seleccionados. Dos de esas fuentes están basadas una en los datos derivados del programa y la otra en datos basados en la población.

[8] http://www.theglobalfund.org/documents/me/ME_Concepts.pdf

Los datos basado en el programa provienen de múltiples fuentes (por ejemplo, registros del inicio, informes, registros de usuarias, información de la administración procedente de los datos de los sistemas de salud [SGIS] etc.) o la información obtenida a partir de datos específicos provenientes de las instituciones de salud como parte de las actividades de vigilancia de rutina o una evaluación (por ejemplo, la observación, las entrevistas de salida de usuarias /os). Este último puede captar la calidad de la atención prestada y cómo perciben las familias la atención, ambas son importantes para el éxito del programa.

Los datos basados en la población son extraídos de una muestra representativa de la población (por ejemplo, de un área de influencia de un proyecto demostrativo, un departamento, del nivel nacional). Las principales fuentes de datos demográficos a gran escala son las encuestas nacionales, tales como la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (DHS) con índice de ajuste comparativo macro que no proporciona datos del peso al nacer, por lo que este tipo de información debe provenir de estudios o fuentes de datos especiales. Las fuentes de datos para los indicadores del PMC, incluidas en el Apéndice C, están basadas en los programas y se centran en la cobertura y calidad. También se especifican las fuentes de datos para cada indicador.

A medida que los indicadores de programa se puedan medir en el nivel nacional será posible evaluar la eficacia de la ejecución del programa y evaluar los diferentes niveles de atención, incluyendo los datos de ingreso, egreso y resultado.

Los indicadores del PMC, que se detallan en la próxima sección, incluyen indicadores de salida y resultados que son importantes para medir tanto el efecto como el progreso del programa. Hay indicadores comprobados para el PMC que han sido universalmente utilizados para monitorear y evaluar programas.

Basado en ello un grupo de expertos de EE.UU. ha recomendado un conjunto específico de indicadores básicos para todos los programas de PMC (Ver Apéndice C).

DEFINICIONES

Los insumos son los recursos humanos y financieros, las políticas, normas, instalaciones físicas, equipos que permiten la ejecución de las actividades del programa.

Los indicadores de salida se refieren a los resultados de los esfuerzos en el nivel del programa, tales como número de personas capacitadas, instalaciones funcionando, calidad de la atención prestada, etc.

El resultado de la intervención generalmente se refiere a los efectos del programa que son medibles en el nivel poblacional. La evaluación de resultados mide el efecto que el programa ha tenido en la población general en el área de influencia determinada.

7.2 SELECCIÓN DE INDICADORES CLAVE

Los indicadores incluidos en esta sección son un conjunto básico de indicadores para monitorear y evaluar los programas del CMC en el nivel nacional, incluyendo dos indicadores recomendados para la integración de -HMIS (Ministerio de Salud o de Bienestar Familiar)-. Indicadores complementarios también se recomiendan para su uso en áreas donde los programas tienen la capacidad de medirlos. El foco de todos estos indicadores es el de medir la expansión del PMC en el nivel nacional – mas no la ejecución de los programas, ni la calidad de los servicios institucionales. Esta exclusión es un vacío necesario de abordar en el futuro. No obstante, la evaluación de la calidad de la atención en el nivel de los establecimientos se analiza en el capítulo 5, las listas de verificación y supervisión se proporcionan para controlar y

INDICADORES PARA INCLUIR EN HMIS

Indicador 2: La proporción de establecimientos del PMC con servicio hospitalario.

Indicador 5: La proporción de bebés con BPN, usuarios del método madre canguro que sobrevivieron y egresaron de la institución.

mejorar el rendimiento individual del personal, así como el rendimiento general de la unidad de PMC (Anexos A y B).

El conjunto completo de indicadores para el PMC, según ha sido propuesto por el Grupo Técnico de trabajo MCHIP del PMC es como sigue a continuación:

Indicadores básicos

Salida:

1. Número de proveedores de salud entrenados en el CMC, sobre el nivel de proveedores de salud.
2. Proporción de establecimientos con capacidad de hospitalización donde el PMC está en funcionamiento, según el nivel de servicio y el tipo de PMC en servicio [Nota: el denominador aquí es ".instalaciones con capacidad de hospitalización"]
3. Proporción de establecimientos destinados a pacientes con capacidad PMC donde está en funcionamiento, por nivel de instalación y el tipo de servicio PMC.

Resultado:

1. Proporción de niños con BPN que recibieron PMC en el área de influencia de las instituciones dotadas con CMC.
2. Proporción de niños con BPN que recibieron PMC y sobrevivieron hasta su egreso por establecimiento y por categoría de peso al nacer.
3. Proporción de niños con BPN que recibieron PMC y que se perdieron después del egreso institucional.

Indicadores complementarios

Salida:

1. Proporción de proveedores de salud entrenados en PMC, por nivel de proveedor de salud.
2. Número de personal de la institución de salud orientada por el PMC.

Resultado:

1. Promedio de la estancia en los servicios de PMC (días).
2. Promedio del número de visitas de seguimiento entre los bebés egresados de institución con CMC.
3. Proporción de niños con bajo peso al ingreso que han egresado del CMC.
4. Una descripción más detallada de estos indicadores se puede encontrar en el Apéndice C.

Herramientas de monitoreo y evaluación

Los indicadores del PMC se obtienen de una variedad de herramientas de M & E, incluyendo:

- La lista y /o la base de datos de proveedores de salud entrenados en PMC.
- La lista y /o la base de datos de las instituciones del PMC.
- Las historias clínicas de las usuarias / formularios.
- El registro PMC (asegurarse de que toda la información requerida para los indicadores clave está disponible en el registro para facilitar la recolección de datos).
- El formato de resumen mensual / trimestral del PMC que resume los datos clave.

En los Anexos D y E se ha sugerido una hoja de registro y una hoja de resumen de datos de los bebés con bajo peso.

7.3. UTILIZACIÓN DE LOS DATOS PARA ABOGACÍA O MEJORAMIENTO DEL PROGRAMA

La recopilación de datos sólo tiene sentido y vale la pena si los datos son revisados y posteriormente, utilizados ya sea internamente para mejorar el programa o externamente para fijar la política y/o para la toma de decisiones basada en la evidencia.

Datos para el mejoramiento del programa

La información recopilada durante la rutina del M & E puede y debe ser utilizada para mejorar el desempeño del programa. Como se discutió en el capítulo 5, la supervisión de apoyo puede mejorar el rendimiento individual, así como el de la unidad como un todo. Cuando se produce mejoría en todas las instalaciones el impacto puede ser medido en el programa general. Simplemente documentar mejora en las competencias del personal de salud, aunque muy importante no conduce necesariamente a mejores resultados de la salud neonatal, que dependen de una diversidad de factores.

Cuando los indicadores se seleccionan con base tanto en programas más amplios como en los resultados previstos, la información generada será significativa para el programa más amplio y propicio para mejorarlo. En otras palabras, el indicador proporcionará información que le dirá a los evaluadores si ¿el programa está llegando, o en camino de alcanzar los resultados previstos?

Datos para la promoción y establecimiento de política

Todos los indicadores propuestos por el Grupo de Trabajo Técnico MCHIP para el PMC (que se mencionó anteriormente) pueden proporcionar información esencial para la formulación de políticas. La clave está en cómo presentar estos datos a diferentes audiencias. Los datos pueden ser compartidos externamente a través de una variedad de foros: reuniones públicas, comunicados de prensa, sesiones informativas y reuniones en línea y directos con los responsables políticos. Las reuniones informativas suelen comenzar con una breve presentación del programa general y los resultados finales, seguida de una discusión de las principales conclusiones u otros temas. Paneles con exposiciones orales se pueden utilizar para reunir al grupo de interés los hallazgos clave del M&E y recomendaciones. Los paneles se componen generalmente de tres a cuatro personas. Cada individuo hace una breve presentación sobre algún aspecto de la evaluación. Un moderador facilita el debate entre los panelistas y entre los panelistas y el público (Kusek y Rist 2004). Los medios de difusión pueden ser útiles cuando los hallazgos de evaluación necesitan ser difundidos más allá de los grupos de interés. La radio es un medio muy eficaz para difundir información.

Siempre que los datos se compartan externamente deben presentarse de una manera directa y simple. Los gráficos de barras y la línea que muestran cambio en el tiempo a menudo son la manera más convincente para demostrar el impacto del programa. En última instancia, los datos que recogen son tan útiles tanto para quien los hace, ya sea una persona del área programática interna, para la toma de decisiones, como para promover el cambio de políticas.

CAPÍTULO 8: PLAN DE ACCIÓN PARA LA PUESTA EN MARCHA Y EXPANSIÓN DEL PROGRAMA MADRE CANGURO

La planificación de la acción es el proceso que más define y detalla los pasos que el PMC debe llevar a cabo para su ejecución e identifica paso a paso los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para ejecutar con éxito el programa.

Un plan de acción debe considerar los siguientes elementos:

- Las tareas específicas que deben ser llevadas a cabo y la identificación del responsable.
- El establecimiento del cronograma de tareas necesarias para completarlo.
- La asignación de recursos para actividades específicas.

8.1 PLAN DE ACCIÓN EN EL NIVEL NACIONAL

En la elaboración de la acción programática del plan nacional es importante tener en cuenta si el programa PMC se iniciará en todo el país, o si se iniciará en áreas piloto que serán ampliadas posteriormente. Si el PMC está siendo introducido por primera vez es necesario asignar más tiempo y recursos para la orientación y promoción, y para adoptar, adaptar y desarrollar la política de PMC, las normas, protocolos, directrices y programas de capacitación. Si un área piloto PMC se está ampliando las políticas, protocolos y módulos de formación utilizados en las áreas piloto podrían ser adaptados para el nivel nacional. El alcance del plan de acción y el presupuesto determinan la realidad del mismo.

El plan nacional del PMC debe considerar el número de servicios disponibles en el país y los servicios que estos pueden ofrecer .En concreto, el plan de acción debe identificar:

- El nivel superior, centros PMC donde se puedan aplicar en su totalidad (incluidos el seguimiento a los bebés de alto riesgo).
- El nivel inferior, centros en los que el método puede ser aplicado en su totalidad, además de seguimiento para el crecimiento, atención esencial del recién nacido y promoción de la salud, ya sea en centros o en visitas domiciliarias.
- Los puestos de salud sin hospitalización ambulatoria: iniciación en el centro y seguimiento básico o referencia, según sea necesario.
- Una hoja de ruta de las instituciones debe ser desarrollada en el nivel regional o departamental para ayudar en el proceso de planificación. El plan de acción debe reflejar la estrategia y el calendario para el despliegue de servicios del PMC. Para ver un ejemplo de un plan de acción nacional ver el Apéndice F. Los planes en el nivel regional, departamental, municipal deben seguir el mismo patrón que el plan de acción nacional, únicamente centrado en sus respectivas tareas.

Planificación en el nivel local

La Implementación y expansión PMC requieren dos tipos de planes. El primero el plan de acción en el nivel nacional (tal vez regional, distrital, departamental, como se mencionó anteriormente). El segundo un plan local en el nivel primario de atención. Cada unidad primaria o centro clínico en el nivel institucional desarrollará un plan de acción modificado, más detallado con un calendario personalizado. El cuaderno de trabajo de Sudáfrica, elaborado por

Anne-Marie Bergh (2002), es un valioso recurso que orienta hacia la planificación y ejecución institucional en este nivel.

Cuando se planifica y elabora el presupuesto del CMC en las unidades básicas o centros de salud del nivel local los planificadores deben considerar los vínculos con la comunidad (a través de estrategias de alcance o extensión comunitaria).

Mientras el PMC comienza en la unidad de salud del nivel local el componente clave de la atención es el egreso temprano cuando el bebé se ha estabilizado y está creciendo, seguido de la Guía de implementación del Cuidado Madre Canguro, la práctica piel a piel en el hogar y las visitas de seguimiento.

8.2 EJECUCIÓN Y AMPLIACIÓN

Si el PMC se inicia como un proyecto piloto en uno o dos instituciones de salud y luego se expande, o si se inicia en el ámbito nacional y posteriormente se amplía a gran escala, el proceso debe ser monitoreado, evaluado y ajustado (cuando sea necesario) para garantizar que la implementación sea uniforme y los servicios de calidad.

La adopción de una nueva forma de trabajo no es fácil en el nivel institucional, los trabajadores están acostumbrados a hacer las cosas de cierta manera y algunas veces son resistentes al cambio. La incorporación de un nuevo método de atención en el lugar de trabajo, tal como la introducción de PMC como opción para la atención de los RN con BPN y/o prematuros, es similar a aprender y practicar una nueva conducta; hay varias fases o etapas que necesitan ser experimentadas antes de que el método o el comportamiento sea aceptado y practicado por completo. El siguiente diagrama ilustra los pasos de este proceso.

Figura 9. Pasos para aprender un nuevo comportamiento

Durante la ejecución del programa del PMC, los administradores y supervisores deben ser conscientes de estos pasos y utilizar los indicadores específicos del proceso (véase el capítulo 7) para hacer el seguimiento de progreso.

Dos indicadores que se pueden utilizar para medir la aplicación y la escala de arriba son:

- Porcentaje de proveedores de salud entrenados en PMC por nivel de proveedor de servicios
- Porcentaje de establecimientos hospitalarios que tiene en funcionamiento el PMC, por nivel de atención y tipo de servicio.

Como se señaló anteriormente, la supervisión desempeña un papel clave durante la ejecución del programa. La información obtenida a partir de la recolección de datos y monitoreo continuo tiene que ser analizada y utilizada por los administradores y supervisores para mejorar la prestación de servicios y la calidad de la atención. La supervisión de apoyo es crucial para mejorar las habilidades de los trabajadores de la salud y la motivación y el fortalecimiento de la unidad de cuidado Madre Canguro mediante la implementación de la guía de implementación y de manejo, así mismo, se debe fomentar un ambiente de respeto (véase el capítulo 5). Para que el proceso funcione bien se debe promover y preservar una buena comunicación entre los gerentes, supervisores, trabajadores de salud y las familias.

Pasos para implementar el PMC

Un proceso lógico para la implementación del servicio del PMC ha sido sugerido (ACCESS 2009).

Paso 1: Recopilar y evaluar información vital relacionada con el análisis situacional (capítulo 2).y, esencialmente las prácticas del PMC.

Paso 2: Trabajar en el nivel nacional con formuladores de políticas y los administradores de salud. Esta es la reunión de los grupos de interés (capítulo 2). En este paso también se incluye el desarrollo de políticas nacionales, normas directrices y materiales de capacitación (capítulo 3).

Paso 3: Trabajar con las autoridades de salud en todos los niveles de atención (comunidad, municipio, departamento, distrito, región etc.). Esto incluye las reuniones con los grupos de interés incluidos los planes de acción local.

Paso 4: Implementar actividades de movilización comunitaria y de cambio de comportamiento si previamente se han incluido en el diseño del programa.

Paso 5: Preparar el establecimiento del programa y la capacitación del personal para la iniciación del PMC. Se requiere de análisis situacional y evaluación previas. Además de la adaptación del espacio físico y la adecuación del espacio para la prestación del servicio (capítulos 2, 3, 4).

Paso 6: Supervisar y apoyar al personal que presta el servicio del programa PMC (capítulo 5).

Paso 7: Evaluar el programa PMC (capítulo 7).

CAPÍTULO 9. RECURSOS DISPONIBLES PARA EL CUIDADO MADRE CANGURO

9.1 INTRODUCCIÓN A LOS RECURSOS MADRE CANGURO

Cada una de las siguientes secciones enumera ejemplos relevantes y significativos con respecto a la implementación y práctica de KMC, sin ser esta una lista exhaustiva de los materiales PMC.

9.2 MATERIALES VISUALES

Aficheso Carteles PMC

- Johnson & Johnson, cartel de fácil comprensión en la provincia de Gauteng, en Sudáfrica.
- Cartel desarrollado por la unidad de investigación médica del consejo de estrategias de atención en salud materno-infantil de la universidad de Pretoria y el hospital Kalafong, en Sudáfrica.
- Carteles de Malawi en idioma Chewa.
- Carteles de Tanzania en idioma Swahili.

Presentaciones en PowerPoint

- PMC introducción, componentes y beneficios.
- Resumen de la evidencia para el beneficio de las instalaciones PMC (J. Johnson).
- PMC en Malawi presentación general (R. Ligowe).
- La ampliación presentación general PMC (Am. Bergh).
- PMC intermitente.
- Mecanismos neuroendocrinos del PMC (E. van Rooyen).
- PMC evidencia y experiencias (Lawn J.).

9.3 IMPLEMENTACIÓN DE MADRE CANGURO

Artículos sobre la implementación

Bergh AM, Pattinson RC. 2003. Desarrollo de una herramienta conceptual para la aplicación del Cuidado Madre Canguro. Acta Paediatrica; 92:709-714.

Bergh AM, Arsalo, AF Malan, Patrick M, RC Pattinson, and N. Phillips 2005. Medición. Progreso en la implementación del cuidado Madre Canguro. Acta Paediatrica; 94: 1102-1108.

Pattinson RC, Arsalo I, Bergh A, AF Malan, Patrick M, N. Phillips 2005. aplicación del cuidado Madre Canguro: Un ensayo aleatorio de dos estrategias de alcance. Acta Paediatrica; 94: 924-927.

Bergh AM, Van Rooyen E, Pattinson RC. 2008. 'In situ' versus 'off-site "facilitación: un ensayo aleatorizado ensayo de estrategias de extensión para ampliar el cuidado Madre Canguro. Recursos Humanos para la Salud; 6:13. (Acceso en línea: http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-6-13.pdf).

Cattaneo A, Davanzo R, Uxa F, G. Tamburlini 1998. Recomendaciones para la implementación del Cuidado Madre Canguro para niños de bajo peso al nacer. Acta Paediatrica; 87 (4): 440-445.

Libros

Libro de PMC: Bergh AM. 2002. Libro de trabajo para la implementación libro del Cuidado Madre Canguro. Pretoria: Unidad MRC Estrategias de investigación en el cuidado de la salud materna e infantil. (Word y PDF).

9.4 MADRE CANGURO MATERIALES DE CAPACITACIÓN

Artículos y Recursos

Bergman N. 1998. Introducción al cuidado Madre Canguro. Pedmed; Sept / Oct: 9-10.(Inglés).
Blencowe H, Molyneux EM. 1005. La creación de servicio del cuidado Madre Canguro en el Queen Elizabeth Central Hospital, Blantyre - un enfoque práctico. Malawi Medical Journal, 17 (2): 39-42.(Inglés).

Cattaneo, Davanzo R, N Bergman, Charpak N. 1998. Canguro Cuidado Madre en países de bajos ingresos. Journal of Tropical Pediatrics; 44 (octubre de 1998): 279-282.(Inglés).

Conde-Agudelo A, Belizán JM, Diaz-Rossello J. 2011. Método madre canguro para reducir la morbimortalidad en neonatos de bajo peso al nacer.Revisiones sistemáticas de la base de datos Cochrane de 2011, Número 3. Art. No.: CD002771. D10.1002/14651858.CD002771.pub2. (Acceso línea: http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab002771.html). (Inglés).

Kirsten G, Bergman NJ, Hann FM. 2001. Cuidado Madre Canguro en la guardería. Clínicas Pediátricas de Norte América, 48 (2) abril 2001:443-452. .(Inglés).

Lawn JE, Mwansa Kambafwile-J, Horta BL, Barros FC, Cousens S. 2010. 'Método madre canguro cuidado" para evitar las muertes neonatales debido a complicaciones en el parto pretérmino. Revista Internacional de Epidemiología: i1-i10. (Acceso en línea http://ije.oxfordjournals.org/content/39/suppl_1/i144.long). (Inglés).

Moore ER, Anderson GC, Bergman N. 2007. Practica temprana piel a piel para las madres y sus recién nacidos sanos. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2007 (3): CD003519. .(Inglés).

Pattinson R C, AM Bergh, AF Malan, and Prinsloo R. 2006. ¿El cuidado madre canguro cuidado salvar vidas?

Journal of Tropical Pediatrics; 52 (6) :438-441.(Inglés).

Ruiz-Peláez JG, Charpak N, Cuervo LG. De 2004. El cuidado Madre Canguro, un ejemplo a seguir de los países en desarrollo. BMJ 2004; 329 (7475) :1179-81. .(Inglés).
Van Rooyen E, Pullen AE, Pattinson RC, Delport SD. 2002. El valor de la madre canguro en la unidad de atención del Hospital Kalafong. Geneeskunde / the Medical Journal, Abril: 6-10. (Inglés).

Organización Mundial de la Salud. 1997. Guía Practica de la protección térmica del recién nacido. Organización Mundial de la Salud. Salud de la Madre y del Recién Nacido / Unidad de Maternidad sin Riesgo .(Inglés).

Armbruster D, D Beck, Goldman S, Long P. 2005.Guía de capacitación en el cuidado del recién nacido. Save the Children. (Inglés).

Beck D, F Ganges, Goldman S, Long P. 2004. Manual de Referencia del cuidado del recién nacido. Save the Children .(Ingles).

Beck D, F Ganges, Goldman S, Long P. 2004. Manual de Referencia del cuidado Recién nacido. Save the Children. (Francés).

Beck D, F Ganges, Goldman S, Long P. 2004. Manual de Referencia del cuidado Recién nacido. Save the Children. (Portugués).

PMC opciones curriculares

- Plan de estudios de medio día.
- Plan de estudios de un día.
- Plan de estudio de dos días.

Manuales de capacitación

- Organización Mundial de la Salud. 2003. Método madre canguro cuidado: una guía práctica. Ginebra: Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. (Inglés)(Español).
- Woods DL. 2005. Principios del cuidado Madre Canguro en Woods DL (ed.). cuidado amigable de la madre y él bebé. Ciudad del Cabo: Programa de Educación Perinatal. (Inglés).
- Save the Children. De 2005. Manual de capacitación Madre Canguro. Lilongwe (Inglés).
- Foro Nacional de Neonatología de la India. 2005. Manual del Usuario de Madre Canguro. (Inglés).
- Foro Nacional de Neonatología de la India. 2005. Canguro Madre Cuidado Ayudas para la Docencia. (Inglés).
- Save the Children, Access. De 2006. Manual de Capacitación Madre Canguro. (Francés).
- Save the Children, ACCESS. 2007. Programa Madre Canguro .Guía de capacitación para Nepal.
- Ministerio de Salud, Gobierno de Tanzania. 2008. Manual del Cuidado Madre Canguro: Guía del Facilitador.
- Ministerio de Salud, Gobierno de Tanzania. 2008. Manual del Cuidado Madre Canguro: Manual de capacitación para los participantes.
- Nigeria Ministerio Federal de Salud, ACCESS. 2008. Manual del Cuidado Madre Canguro...
- Save the Children, ACCESS. 2008. Guía de Capacitación a la comunidad Madre Canguro, Bangladesh.
- Ministerio de Salud, Mali. 2009. Manual de Capacitación del Cuidado Madre Canguro l: Guía del Facilitador (francés).
- Ministerio de Salud, Mali. 2009. Manual de Capacitación del Cuidado Madre Canguro. Manual de Capacitación párrafo Participantes (en francés).
- Ministerio de Salud de Mozambique. Manual de Capacitación del Cuidado Madre Canguro. 2009 (portugués).

- Organización Mundial de la Salud. 2010. Cuidado Esencial del recién nacido Fólderes de capacitación (5 módulos). Ginebra.

9.5 LA PRÁCTICA DEL CUIDADO MADRE CANGURO

Historia Clínica

- PMC intermitente ejemplo gráfico de Kalafong Hospital, Sudáfrica.
- PMC diario utilizado en la unidad KMC en Kalafong Hospital, Sudáfrica.
- PMC Guía práctica del seguimiento documento de la OMS.
- PMC Formato de estadísticas individuales de cada paciente Kalafong Hospital, Sudáfrica.
- Instrumento de puntaje pre-egreso.
- Instrumento pre-egreso y explicación de su diligenciamiento.

Guías

- Guías Nacionales del PMC Malawi, 2009.
- Guía Nacional para el cuidado de recién nacidos de bajo peso al nacer, 2007. Nepal.
- Guía para el CMM en la provincia del Cabo Oeste de Sudáfrica.
- Guía Nacional del PMC. 2010 Tanzania.
- Lineamientos del PMC en el Hospital de Kalafong Sudáfrica.
    - Guía para los médicos que trabajan en la unidad de cuidados Madre Canguro
    - Guía para las enfermeras que trabajan en la unidad de cuidados Madre Canguro.
    - Instrucciones a las enfermeras que trabajan en la unidad de cuidados Madre Canguro.
    - Guía para la secretaria de la unidad.
    - Guías para las madres que ingresaron a la unidad de cuidados Madre Canguro.
    - Pautas de alimentación.
    - Guías para el manejo de la báscula electrónica.
    - Guía de admisión y egreso.

Ayudas para el trabajo

- Tarjetas de consejería para la preparación del parto, señales de peligro, el cuidado del recién nacido después del parto. Save the Children Malawi.
- Lista de verificación para el alta de la unidad del CMC Kalafong Hospital, Sudáfrica.
- Guía para la alimentación de los lactantes de bajo peso al nacer en el Hospital Kalafong, Sudáfrica.
- Guía para la alimentación de los RN con problemas .OMS.
- Guía Visual ¿Cómo hacer la extracción de leche materna?
- Guía Visual ¿Cómo alimentar con la leche materna extraída?
- Guía Visual ¿Cómo repartir la leche materna extraída?

- Guía Visual ¿Por qué extraer la leche materna?
- Manual de capacitación sobre ¿Cómo identificar al bebé de bajo peso? Malawi.
- Manual de capacitación del PMC ¿Qué hacer con la apnea? Malawi.
- Manual de capacitación del PMC ¿Qué hacer en caso de muerte de recién nacidos? de ACCESS.
- PMC folleto informativo para las madres del Hospital Kalafong Hospital, Sudáfrica.
- PMC folleto informativo para las madres. Bangladesh.
- Guía para los procedimientos de la alimentación con taza.
- Guía del manejo de la ictericia.
- Guía de la elección y valoración de la alimentación en VIH. AFASS.
- Enfermería diarios de monitoreo y observación.
- Comunicación temprana de la intervención.
- Posición del CMC durante el transporte.
- Preguntas frecuentes sobre la lactancia materna en el contexto del VIH. Sur Africa. Yezingane red y UNICEF. 2010.

Órdenes de compra

- Gotas de ojo pedidos al hospital Kalafong.
- Terapia de oxígeno pedidos al hospital Kalafong.

9.6 MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL CUIDADO MADRE CANGURO

- Cuaderno de trabajo PMC: Cuaderno de implementación del Cuidado madre canguro. Bergh AM. 2002.
- Pretoria: Unidad MRC de Investigación de Estrategias de cuidado de salud materna e infantil.
- PMC-cuaderno de trabajo las partes 2 y 3 (sección 2.4)-Word y formato PDF.
- PMC libro-parte 4 (sección 4.32)-Word y formato PDF.
- PMC Resumen de registro y herramientas:
- PMC registro electrónico del CMC.
- Registro electrónico del PMC.
- Herramientas del monitoreo del PMC, versión 4.
- Visitas de seguimiento informe mensual.
- Informe del resumen mensual del PMC.
- Indicadores de monitoreo. Salvando vidas de recién nacidos. 2010.
- Listado de verificación de estándares de desempeño del PMC. 2010. MCHIP.
- Listado de verificación de la supervisión. 2010.

- Medición del progreso de la implementación del cuidado de madre canguro. 2005. Bergh AM, Arsalo, Malan AF, Patrick M, Pattinson RC, Phillips N. 2005.
- Implementación progreso en el cuidado madre canguro. Acta Paediatrica; 94: 1102-1108.
- PMC. Informe de evaluación. 2007. Malawi KMC.
- Plan de monitoreo y evaluación del bajo peso al nacer. 2006. Distrito de Kanchapur. Nepal. Proyecto ACCESS.

9.7 CUIDADO COMUNITARIO MADRE CANGURO

- Atención a los recién nacidos del bajo peso al nacer: el papel de la comunidad en la práctica del cuidado piel a piel. Informe de reunión. 05 2008.
- Manual del Cuidado Madre Canguro. 2008. Bangladesh.
- Módulo de capacitación de la comunidad .Malawi.
- Manual de capacitación para la adaptación del CMC .2007. Sloan y cols.
- Ensayo aleatorizado, controlado con grupo de control basado en la comunidad madre canguro para prevenir la mortalidad neonatal e infantil: Sloan NL, Ahmed S, Mitra SN, et al. 2008 Pediatría; 121: e1047-59. (Acceso en línea: http://pediatrics.aappublications.org/content/121/5/e1047.abstract).
- Cuidado Madre Canguro la aplicación y posibilidades de supervivencia en lugares con muy bajos ingresos. Ahmed S, Mitra SN, Chowdhury SMR, Camacho LL, Winikoff B, Sloan NL. 2011. Com JPer; 31,361-367; doi: 10.1038/jp.2010.131. (Acceso en línea: http://www.nature.com/jp/journal/v31/n5/abs/jp2010131a.html).

9.8 VARIOS

- Cuidado Madre Canguro enlaces de internet, 2011.
- KMC Fajas y patrones para utilizar en el cuidado madre canguro y diversas formas de envoltura Ilustradas con fotos. PMC-Hospital de Kalafong, Sudáfrica.
- Las referencias de los artículos PMC-OMS Red Internacional del cuidado Madre Canguro Bibliografía.
- Sitios Web para más información:
- http://www.mchip.net/resources
- http://www.healthynewbornnetwork.org/
- www.who.int

REFERENCIAS

ACCES. 2009. Guía del Facilitador Cuidado Madre Canguro. Jhpiego / ACCESS: Baltimore, MD.

Adamchak S, Bond K, L MacLaren, et al. 2000. Seguimiento y Evaluación de los Programas de Salud Reproductiva Adolescentes FOCUS on Young Adults. FHI: Washington, DC.

Arraes de Alencar A, L Arraes, Cavalcanti de Albuquerque E, Alves JGB. 2008. Efecto de Madre Canguro en el cuidado de la depresión posparto. J Trop Pediatr (2009) 55 (1): 36-38. Publicado por primera vez en línea: 9 de diciembre 2008.

Bergh AM, van Rooyen E, Pattison RC. 2008. Expansión del Cuidado Madre Canguro en el sur de África: facilitación de la educación "in situ" frente a "off-site". Recursos Humanos para la Salud 6:13 http://www.human-resources-health.com/content/6/1/13.

Bergh AM. 2002. Libro de Implementación para PMC. MRC Unidad de Investigación para Estrategias de Salud Materna e Infantil de Atención. Universidad de Pretoria: Sudáfrica.

Bergman NJ, Linley LL, Fawcus SR. De 2004. Ensayo controlado aleatorio de contacto piel a piel desde el nacimiento versus la estabilización fisiológica convencional incubadora para la estabilización fisiológica. Acta Paediatrica 93 (6):

Bogale W, y Assay K. 2001. Cuidado Madre Canguro: un ensayo aleatorizado y controlado sobre la eficacia de la atención temprana Madre Canguro para niños de bajo peso al nacer en Addis Abeba, Etiopía. J. Trop. Pediatría 51 (2):93-97.

Cattaneo A, Davanzo R, Uxa F. 1998. Recomendaciones para la Aplicación del Método Canguro en niños de bajo peso al nacer. Acta Paediatrica 87: 440-5.

Cattaneo A, Davanzo R, Worku B, Surgono A, Echeverría M, Bedri A, E Hakasari, Osorno L, Gudetta B, D Setyowireni, Quintero S, Tamburlini G. 1998. Cuidado Madre Canguro en lactantes de bajo peso al nacer: un ensayo controlado aleatorio en diferentes contextos. Acta Paediatrica: 87: 976-85.

Charpak N, y JG Ruiz-Peláez. De 2006. Resistencia a aplicar el CMC en los países en desarrollo y soluciones propuestas. Acta Paediatrica 95: 529-534.

Conde-Agudelo A, Diaz-Rossello JL, Belizan JM. 2011. Método madre canguro para reducir la morbimortalidad en neonatos de bajo peso al nacer. Base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2011, Número 3. http://www.thecochranelibrary.com

Conde-Agudelo A, Diaz-Rossello JL, Belizan JM. 2003. Método madre canguro para reducir la morbimortalidad en neonatos de bajo peso al nacer. Base de datos Cochrane de Revisiones Sistémicas 2003, Número 2.

Cuenta atrás para el 2015 Informe de la Década: Un balance de la supervivencia materna, neonatal e infantil. 2010. http://www.countdown2015mnch.org/documents/2010report/CountdownReportPagesi-10.pdf.

Echeverría A, Arraes de Alencar M, L Cláudio Arraes, Cavalcanti de Albuquerque E. 2008.

Efecto de Cuidado Madre Canguro en la depresión posparto. Journal of Tropical Pediatrícs 55:1 36-28.

Johnston C, C Filion, Campbell M-Yeo, Goulet C, Bell L, K McNaughton, Byron J, M Aita, Finley GA, Walker, CD. 2008. Cuidado Madre Canguro disminuye el dolor de la punción del talón en recién nacidos prematuros: un ensayo cruzado. BMC Pediatrics 8-13.

Kramer MS. 1987. Determinantes del crecimiento intrauterino y duración de la gestación de. Pediatrics. 80: 502-511.

Kusek J. y R. Rist 2004. Diez pasos hacia una supervisión y evaluación. basada en los resultados Banco Mundial: Washington, DC http://www.worldbank.org/

Lawn J, S Cousens, Adler A, Ozi S, M Oestergen, Mather C para el Grupo Cochrane de Neonatología CHERG.

Lawn, J, Mwansa Kambafwile-J, B Horta, Barros F, Cousens S. 2010. Cuidado Madre Canguro para prevenir las muertes neonatales debido a complicaciones en el parto pretérmino. Revista Internacional de Epidemiología, vol. 39 Edición Suppl 1: 144-154.

Ramanathan K, Paul VK, Deorari AK, Taneja A, George G. 2001. . Cuidado Madre Canguro en lactantes de bajo peso al nacer. Indian J. Pediatr.

Schmidt E, y Wittreich G. 1986. Cuidado del recién nacido anormal: un ensayo aleatorio controlado. Estudio interregional de la OMS del "método canguro" de la atención de recién nacidos con bajo peso al nacer. Conferencia sobre tecnología apropiada para el nacimiento siguiente. Trieste. OMS: Ginebra.

Syfrett EB, Anderson GC, Behnke M, Neu J. 1993. Practica temprana y continúa del cuidado Canguro en bebés pretérmino de bajo riesgo: efectos en la temperatura, la lactancia materna, la suplementación y peso. Actas de la conferencia bienal del Consejo de Investigación en Enfermería.

Wahlberg V, Alfonso D, B. Persson 1992. Un estudio comparativo retrospectivo utilizando el método canguro como complemento de la atención estándar. Eur J Health Pub: 2 (1): 34-37.

Whitelaw A, Heisterkamp G, K Sleath, Acolet D, M. Richards 1998. Contacto piel-a-piel de bebés de muy bajo peso al nacer y sus madres. Arch Dis Child: 63: 1377-1381.

OMS-UNICEF. 2009. Manual de capacitación del cuidado del recién nacido en casa, OMS: Ginebra.

ANEXO A: LISTADO DE VERIFICACIÓN DEL MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DE MADRE CANGURO

ADAPTADO DEL PROGRAMA BÁSICO DE SENEGAL

Para evaluar cómo el MMC es ejecutado por el personal de salud durante la capacitación (con una madre o a través de simulación) o durante las visitas de supervisión (con una **madre en un centro**).

Instrucciones –Valore el desempeño de cada paso o tarea mediante la siguiente escala de calificación: **Paso 1 =** se realiza correctamente. **Paso 2 =** no se realiza correctamente. **N / A (no aplica) =** Este paso no era necesaria en una situación particular.					
PASO	**VALORACIÓN**				
Fecha					
La colocación del bebé (5 puntos).					
Puntos de habilidad / actividad.					
La colocación del bebé (5 puntos).					
1. El bebé está en posición vertical.					
2. El bebé está en contacto directo de piel a piel sobre el pecho de la madre.					
3. Las piernas están flexionadas en una posición de rana.					
4. La mejilla está en contacto con el pecho de la madre.					
5. El bebé está fijado firmemente al pecho de la madre y/o cuidador/a con una tela / faja o una banda de licra.					
La ropa para el bebé (4 puntos)					
6. Un pañal / pañal					
7. Gorro/a / sombrero / pañuelo que cubre la cabeza					
8. Calcetines					
9. Un chaleco ligero que cubre la espalda y no el pecho del bebé. Si no lo usa coloque la nota "N / A"					
Varios (3 puntos) A: Total de puntos para los casos observados = C: Total de puntos posible para el caso observado (12 - B) = Puntuación (porcentaje): A dividido por C multiplicada por 100 = Facilitador o el supervisor firma / iniciales					
10. El bebé y la ropa en contacto están limpias.					
11. El bebé es amamantado / o recibe leche materna.					
12. La madre enumera cuando se debe lavar las manos.					
A: Total de puntos para los casos observados =					
B: Total de puntos que no eran aplicables (N / A) =					
C: Total de puntos posibles para el caso observado (12 -					
A dividida entre C multiplicada por 100 =					
B) = Puntuación (porcentaje):					
Facilitador o el supervisor firma / iniciales					

ANEXO B: LISTA DE CONTROL PARA LA UNIDAD DE CUIDADO MADRE CANGURO

Nota: Esta lista de verificación cubre sólo los elementos seleccionados relacionados con los cuidados MC y el cuidado básico del bebé de bajo peso, y se puede adaptar según sea necesario dependiendo de la atención brindada por la unidad.

Durante la visita:

- Hable con el médico y la enfermera.
- Revise los registros y formatos.
- Visite la unidad del PMC.
- Observe la sesión de consejería.
- Entreviste al menos a dos madres.

ITEM Y/O ELEMENTO	SI	NO
Políticas, guías, listados de verificación relacionados con:		
▪ Criterios para la acción y consejería en la admisión.		
▪ Criterios para la acción y consejería en el egreso.		
▪ Lavado de manos		
▪ Manejo de ropa de cama.		
– Desinfección		
– Lavado		
– Esterilización		
▪ Manejo de los utensilios de alimentación.		
– Desinfección		
– Limpieza		
– Alto nivel de desinfección y/o esterilización.		
▪ Alimentación de los niños de bajo peso o prematuros.		
▪ Limpieza de pisos y superficies (idealmente por turnos).		
▪ Consejería de las madres en el CMC y seguimiento de los bebés.		
– En la admisión o el inicio del CMC.		
– Durante su estancia en la institución.		
– Durante las visitas de seguimiento.		
Disponibilidad y funcionamiento de equipos y suministros		
▪ Báscula pesa bebés		
▪ Tubos de alimentación(preferible el No 5, o 6).		
▪ Tasas y/o dispositivos pequeños para alimentar a niños pequeños.		
▪ Recursos para anotar el volumen de leche(graduado en tasa o jeringas de 10 ml.		
▪ Registros que anoten la información clave de bebés pequeños.		

▪ Calentadores de ambiente para las habitaciones que lo requieran.		
Registro individual de los bebés incluyendo al menos:		
▪ Cambios periódicos de peso.		
▪ Temperatura corporal (al menos por cada cambio del turno de enfermería).		
▪ Registro de todas las comidas y si hubo un problema como vómito.		
▪ Notas diarias de examen físico, hallazgos, exámenes de laboratorio y tratamiento ordenado.		
▪ Tratamiento ordenado y su frecuencia.		
▪ Notas que registran si el PMC ordenado fue continuo o intermitente.		
Registros que recolectan la siguiente información		
▪ No de bebés de BPN o prematuros.		
▪ No de bebés de BPN o prematuros que reciben el CMC.		
▪ Los tipos de alimentación recibidos por los bebés.		
▪ Categorías de peso de los bebés.		
▪ Edad gestacional de los bebés.		
▪ Peso a la admisión.		
▪ Peso al egreso.		
▪ Estado al egreso (vivo, remitido o muerto).		
▪ Causa de muerte en caso de que bebe haya fallecido.		
Disponibilidad y funcionamiento de los componentes de apoyo materno		
▪ Habitaciones para las madres que implementan el CMC.		
▪ Camas disponibles para que las madres puedan dormir en una posición adecuada con sus bebés.		
▪ Cortinas disponibles para favorecer la privacidad de las madres.		
▪ Lugar y suministros para hacer el lavado de manos.		
▪ Lugar para que la madre pueda hacer la sustracción de leche materna.		
▪ Alimento para proporcionar a las madres.		
▪ Lugar de recreación para la madre.		

Notas

1	Bebés con BP en la admisión-Peso al nacer en la admisión en el lugar del PMC.
2	Todos los bebés con BPN (hogar o el lugar de nacimiento) nacido en el área de referencia del PMC.
3	Número de bebés con BPN-El denominador debe ser estimado con base en el BPN (<2500gr.) en la población total estimada del área de referencia donde funciona la institución del PMC.
4	Lugares que rutinariamente realizan la practica CPP o lactancia materna o (alimentación adecuada) para bebés con <2500gr en el lugar de admisión.
5	Nivel donde funciona el PMC: Tercer nivel (hospital nacional o universitario) Segundo Nivel (hospital distrital o departamental) Primer Nivel (hospital local) 0 nivel periférico(centro o puesto de salud).
6	Tipo de servicio del PMC. 1: Separado de la unidad del PMC. 2: PMC integrado a la unidad neonatal.
7	Lugares seleccionados-Lugares seleccionados para implementar el KMC.

8	Nivel del proveedor/a de salud:1) Dr/a 2) personal capacitado 2) Enfermera profesional; auxiliar de enfermería; matrona; 3)proveedor no médico (promotor/a; agente de salud; voluntario).
9	Categorías de peso al nacer < (1000 gr.)(1000gr.-1499 gr.)(1500 gr- 1999 gr.)(2000-2500 gr).
10	Perdida en el seguimiento-Perdidas después de dos visitas consecutivas.
11	Proveedores de salud que practican el PMC-Sobre todos los proveedores de salud que prestan servicios del PMC-este indicador puede ser difícil de establecer-clarificación de como este indicador puede ser cerciorado.
12	Personal: Administrador del Hospital , proveedor de salud etc.
13	Orientación- Sesión de orientación o información en KMC para facilitar a administradores, gestores responsable la implementación del PMC en la institución.
14	Graduado- Basado en la determinación del proveedor de salud que él bebe puede egresar de la institución.

ANEXO C: INDICADORES DEL MÉTODO MADRE CANGURO (CMC) Y FUENTES DE DATOS

INDICADORES RECOMENDADOS PARA EL CMC BASADO EN EL CENTRO DE SALUD

Este anexo incluye un grupo mínimo de indicadores para monitorear y evaluar el método madre canguro basado en el centro de salud. Hay dos tipos de indicadores diferentes: los indicadores básicos y los complementarios. Se debe recolectar indicadores de núcleo para todos los centros de salud de CMC. Se sugiere recolectar los indicadores suplementarios para escenarios de investigación. Se puede recolectar otros indicadores según la necesidad y se debe considerar el contexto de país.

NÚMERO	INDICADOR	DEFINICION		VARIABLES DESAGREGADAS	FUENTE	FRECUENCIA
		Numerador	Denominador			
Indicadores Básicos						
1.1	Proporción de los bebés de bajo peso al nacer a la admisión (1) quienes recibieron el CMC en al área geográfica de referencia de los centros de salud de CMC (2)	# de bebés de bajo peso al nacer que en admisión recibieron CMC en el área geográfica de referencia de los centros de salud de CMC	# de bebés de bajo peso al nacer en el área geográfica de referencia de los centros de salud de CMC (3) (número estimado)		Registros, Resúmenes Mensuales	Anual
1.2a	Proporción de centros de salud donde el CMC está funcionando	# de centros de salud donde el CMC está funcionando	# de centros de salud	Nivel del centro (5); Tipo de servicio de CMC (6)	Lista de Chequeo de Supervisión, Documentación del Programa	Semi-Anual
1.2b	Proporción de centros de salud de enfoque (7) donde el CMC está funcionando	# de centros de salud de enfoque donde el CMC está funcionando	# de centros de salud de enfoque	Nivel del centro (5); Tipo de servicio de CMC (6)	Lista de Chequeo de Supervisión, Documentación del Programa	Trimestral
1.3	Número de proveedores de salud (8) capacitados en el CMC	# de proveedores de salud capacitados en el CMC	NA	Nivel del proveedor de salud (8)	Documentación del Programa	Trimestral
1.4	Número de admisiones de CMC por categoría de peso al nacer (9)	# de admisiones de CMC por categoría de peso al nacer	NA	Categoría de peso de nacimiento (9)	Registros, Resúmenes Mensuales	Trimestral

NÚMERO	INDICADOR	DEFINICION		VARIABLES	FUENTE	FRECUENCIA
1.5	Número de bebés que recibieron el CMC que les dieron de alta por categoría de peso al nacer (9)	# de bebés que recibieron el CMC que dieron de alta por categoría de peso al nacer	NA	Categoría de peso de nacimiento (9)	Registros, Resúmenes Mensuales	Trimestral
1.6	Proporción de los bebés de bajo peso al nacer que recibieron el CMC perdidos en el seguimiento después de que les dieron de alta (10)	# de los bebés de bajo peso al nacer que recibieron el CMC perdidos en el seguimiento después de que les dieron de alta	# de los bebés de bajo peso al nacer quienes recibieron el CMC cuando fueron admitidos		Registros, Resúmenes Mensuales	Trimestral
Indicadores Suplementarios						
1.7	Número de personal del centro de salud (12) orientado (13) en el CMC	# de personal del centro de salud orientado en el CMC	NA		Documentación del Programa	Trimestral
1.8	Promedio de tiempo de estadía en servicios de CMC (días)	NA	NA		Registros, Resúmenes Mensuales	Trimestral-Solo de investigación
1.9	Promedio de número de visitas de seguimiento entre bebés de CMC que les dieron de alta del centro de salud	NA	NA		Registros, Resúmenes Mensuales	Trimestral-Solo de investigación
1.10	Proporción de los bebés de bajo peso al nacer admitidos quienes se graduaron del CMC (14)	# de los bebés de bajo peso al nacer admitidos quienes se graduaron del CMC	# de los bebés de bajo peso al nacer admitidos quienes recibieron el CMC		Registros, Resúmenes Mensuales; Estudio Especial	Anual-Solo de investigación

Notas

1	Bebes de bajo peso al nacer admitidos – peso al nacer tomado durante la admisión al centro de salud de CMC
2	Todos los Bebés de bajo peso al nacer (nacido en casa y en el centro de salud) nacidos en el área geográfica de referencia de los centros de salud de CMC
3	Número de Bebés de bajo peso al nacer – el denominador se debe estimar basado en el bajo peso al nacer (<2500g) en la población y el total estimado de la población en el área geográfica de referencia de los centros de salud de CMC
4	Operacional – Los centros de salud que practican de manera rutina el piel a piel de manera continua y el amamantamiento (o el amamantamiento apropiado) para los bebés de bajo peso al nacer (<2500g) cuando hacen admisiones al centro de salud

5	Nivel del Centro de Salud – 1) Terciario (Hospital Nacional, Hospital o Instituto de Enseñanza o Capacitación); 2) Regional (hospital central/regional/provincial); 3) Distrital (Hospital Distrital); 4) Centro de Salud Periférico
6	Tipo de Servicios de CMC – 1) Unidad de CMC separado; o 2) CMC integrado al área de cuidad prenatal
7	Centros de Salud del área focalizada – Centros de salud seleccionados para implementar servicios de CMC
8	Nivel del proveedor de salud – 1) Medico; 2) Otro proveedor de salud capacitado en temas médicos (enfermera, partera, oficial clínico, asistente de medico; enfermera auxiliar); 3) Proveedores no capacitado en temas médicos (asistente, etc.)
9	Categorías de peso al nacer - <1000g, 1000g – 1499g, 1500g -1999g, 2000g -2500g
10	Perdidas en el seguimiento - Perdió dos visitas de seguimiento seguidas
11	Proveedores de salud que proporcionan servicios de CMC – Todos los proveedores de salud que deben proporcionar servicios de CMC. En los países donde existe una rotación entre proveedores puede ser difícil determinar el denominador. Se debe clarificar como se determino el denominador.
12	Personal – Administrador del Hospital, proveedor de salud, etc.
13	Orientado – Orientación/sesión de información acerca del CMC, típicamente para administradores de centros de salud y gerentes responsables para la aprobación y el apoyo a la implementación del CMC
14	Graduados – basado en la determinación del proveedor de salud que él bebe ya no requiere estar en la posición de CMC

Anexo D: Formato de registro en el lugar de la atención del programa Madre Canguro / Hoja de datos de referencia

Nº	Nombre Madre	Gravidez	Paridez	Edad Madre	Fecha del parto	Tipo de parto	Peso al nacer	Peso al ingreso	Sexo	Fecha egreso	Estado de Sobrevivencia	Causa de muerte (si esta , disponible)	Complicaciones	Antibióticos Si o No
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														

ANEXO E: INSTRUMENTO DE RESUMEN DE DATOS DEL PESO DE BEBÉS CON BPN

Nombre de la Unidad_____

Mes(s)_____Año _____

Tabla 1: Número de admisiones, bebés egresados y muertes

VARIABLE	FRECUENCIA
Número de admisiones	
Número total de bebés con BPN admitidos	
Número de bebés remitidos	
Número de bebés antes de llegar a la institución	
Número de admisiones del PMC.	
Casos del PMC de modalidad continua.	
Número de Egresos	
Egresos normales	
Fugados	
Egreso a pesar del consejo médico	
Número de bebés remitidos a cuidados especiales	
Número de Muertes	
Número de RN muertos	

Tabla 2: Ganancia de peso en gramos para bebés egresados de la unidad

VARIABLE	FRECUENCIA
Ganancia de peso positiva (N°)	
Promedio	
Rango	
Pérdida de peso negativa (N°)	
Promedio	
Rango	

Tabla 3: PMC Auditoría de las defunciones (Muertes por categorías)

CARACTERÍSTICAS	N° POR CATEGORÍA (N)	N° DE FALLECIDOS	TASA DE LETALIDAD(B/N*100)	PORCENTAJE (B/T*100)
Peso en Gramos				
< 1000				
1000 - 1499				
1500 - 1999				
2000 - 2500				
Edad de la madre				
< = 20				
21 - 30				
31 - 40				
>40				
Paridad				
1				
2 – 5				
>5				
N° Total de muertes				

N= Número

Tabla 4: Auditoría de las complicaciones (Características las complicaciones de los bebés y de las madres)

CARACTERÍSTICAS	NO DE COMPLICACIONES						
	Neumonía	Septicemia	Cianosis	Convulsiones	Apnea	Otros	Total
Peso							
< 1000 grs.							
1000 – 1499 grs.							
1500 – 1999 grs.							
2000 – 2500 grs.							
Edad de la madre							
< = 20							
21 – 30							
31 – 40							
>40							
Paridad							
1							
2 – 5							
>5							
N° Total							
N° de quienes interrumpieron el PMC							

Tabla 5: Duración de la estancia de los bebés atendido en el PMC egresados en el periodo (en días)

VARIABLE	MEDIDA (DÍAS)
Duración de la estancia de bebés egresados vivos de la unidad de cuidados PMC	
Promedio	
Rango	
Duración de la estancia del bebé en la unidad de cuidados MC para los que se fugaron (n =)	
Promedio	
Rango	
Duración de la estancia de bebé egresados de PMC para aquellos dados de alta médica en contra de la recomendación medica	
Promedio	
Rango	
Duración de la estancia de bebés en la unidad de cuidados MMC de los fallecidos (n =)	
Promedio	
Rango	
Duración de la estabilización de los bebés	
Promedio	
Rango	

Tabla 6: Seguimiento después del egreso de la unidad CMC para el período de dos meses bajo revisión

VISITA	N° ESPERADO POR SEGUIMIENTO	N° DE SEGUIMIENTOS PROGRAMADOS	NO QUIENES VINIERON MÁS TARDE DE LO PROGRAMADO	NO DE INASISTENTES	INASISTENTES VISITADOS EN EL HOGAR	INASISTENTES QUE MURIERON	COMENTARIOS
Primera Visita							
Segunda Visita							
Tercera Visita							
Cuarta Visita							

ANEXO F: EJEMPLO DE UN PLAN NACIONAL DE ACCIÓN PARA UN PROGRAMA DEL MÉTODO MADRE CANGURO (CMC)

TAREA	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	RECURSOS NECESARIOS	FONDOS Y FUENTES
1. Introducir y/o Expandir servicios de CMC			Refrigerios Consultor(es) Computadora Transporte local Herramientas de colección de datos (impresiones)	
Reunir con el Ministerio de Salud para aumentar conocimiento e iniciar el proceso	Señora R CT* Consultor Temporal CT*			
Reunión inicial con el Ministerio de Salud y aliados para conseguir fondos para un análisis y reunión de grupos de interés	Ministerio de Salud (MINSALUD)/ Señora R			Ministerio de Salud (MINSALUD)
Análisis de la situación sobre bebés de bajo peso al nacer/prematuros y la viabilidad de introducir el CMC	Señor K/Consultor de UNICEF			UNICEF – aproximadamente $3,000
2. Reunión de grupos de interés a nivel nacional				$1,500/MINSALUD y CT
Planeación: ▪ Identificación de fecha y lugar ▪ Preparación de la agenda ▪ Invitaciones a participantes/confirmar asistencia ▪ Preparación de presentaciones, videos y documentación ▪ Adquirir suministros de oficina	MINSALUD/CT Señora R MINSALUD/CT Señora R MINSALUD Consultor/MINSALUD MINSALUD		Quienes: Legisladores nacionales, administradores de salud, instituciones académicos, asociaciones profesionales, ONG y agencias Lugar y comida Suministros de oficina/impresiones Financiación/logística	
Presentar Análisis de la Situación	Consultor			$10,000 USAID
Posible visita a un lugar donde se está funcionando el CMC en el país y en el extranjero	MINSALUD/Gobierno Americano?			
Identificar Comités Nacionales Desarrolla próximos pasos Plan de Acción y Presupuesto	Comités de CMC		Lugar y comida	MINSALUD
3. Comités Nacionales preparan para la implementación: Revisar Políticas Nacionales y Guías ▪ Desarrollar/adaptar la política nacional para el cuidado de los bebés de bajo peso al nacer/ prematuros incluyendo KMC ▪ Desarrollar/adaptar materiales de capacitación ▪ Identificar y capacitar capacitadores ▪ Trabajar con regiones en plan de capacitación	Comités de CMC		Los comités trabajan en las políticas, guías y capacitación	Para impresión de materiales de capacitación y registros, formatos, etc. $ por determinar

TAREA	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	RECURSOS NECESARIOS	FONDOS Y FUENTES
▪ Desarrollar/adaptar un plan de monitoreo e evaluación incluyendo formatos para los hospitales para: – Criterios de admisión a CMC – Tabla de alimentación de bebe – detalle el volumen y frecuencia de alimentación de acuerdo con el peso del bebe de bajo peso al nacer/ prematuro – Formato de monitoreo diario del bebé para documentar el peso diario, temperatura, respiración, cantidad de la alimentación 3 veces por hora y total de alimentación en 24 horas, tratamiento proporcionado (si aplica) y condición general – Criterio para dar de alta del CMC – Guía de orientación de CMC (para orientar a la madre y otros miembros de la familia cuando sea relevante) – Registro de MC – Guías de seguimiento de CMC y hoja de documentación ▪ Imprimir registros necesarios y formatos del hospital	MINSALUD			
4. Reunión(es) de trabajo con autoridades regionales, distritales y locales Planeación: Identificación de fecha y lugar: ▪ Identificación de fecha y lugar ▪ Preparación de la agenda ▪ Invitaciones a participantes/confirmar asistencia ▪ Preparación de presentaciones, videos y documentación ▪ Adquirir suministros de oficina	MINSALUD regional Comité de CMC MINSALUD nacional MINSALUD Regional/Provincial MINSALUD		Quienes: Legisladores nacionales, administradores de salud, instituciones académicos, asociaciones profesionales, ONG y agencias Lugar y comida Suministros de oficina/impresiones	$1,000 CT
Presentar el análisis de la situación	Consultor			
Identificar comités locales y próximos pasos				
Mapeo de los centros de salud y cronograma para iniciar el CMC Establecer comités de nivel de centros de salud		1 mes		
Desarrollar un plan de capacitación regional/estatal/distrital	Comité Local	10 días	Consultor o firma de mercadeo social	Aproximadamente $1,800

TAREA	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	RECURSOS NECESARIOS	FONDOS Y FUENTES
5. Plan e implementación del plan de movilización de la comunidad y CCC (si hay recursos disponibles o considerar implementar mas adelante)	MINSALUD/Comité de CCC	2 -3 meses		UNICEF para el desarrollo
Investigación formativa	Firma de mercadeo	1 mes		
Desarrollar/adaptar y pre-probar materiales (materiales escritos, dibujados, radio, etc.)		3 semanas		
Probar materiales		15 días		
Implementar y monitorear	MINSALUD/Centros de Salud			Aproximadamente $3,000
Evaluación	Consultor	15 días		
6. Identificar el lugar/los lugares de implementación y Equipos (incluir personal de todos los áreas involucradas y la administración del hospital)			Se puede cumplir este tema en reuniones con las autoridades ya mencionados en otras reuniones para que no se requiera planeación adicional o recursos.	
7. Proporcionar supervisión de apoyo al personal de CMC y Monitorear los servicios de CMC	MINSALUD/Comités de CMC			
Identificar supervisores a todos los niveles (nacional, distrital, centro de salud)	Diferentes niveles del MINSALUD		Ojala con personal ya existente	
Desarrollar una lista de chequeo /estándares de desempeño para el monitoreo del CMC y la supervisión de apoyo y una herramienta de mejoramiento de calidad	MINSALUD/Comités de CMC		Formatos de Supervisión	
Capacitar supervisores en la supervisión de apoyo y el uso de la lista de chequeo	Capacitadores maestros	2 días	Lugar, refrigerio, viáticos	Aproximadamente $500
Desarrollar e implementar una cronograma para visitas de supervisión**	Diferentes niveles del MINSALUD		Viáticos para supervisores Visitar los centros de salud cada 3 meses. Transporte para supervisores	De los presupuestos locales Tasa de viáticos estándar
Usar los datos de monitoreo para mejorar el desempeño de individuos y de la unidad de CMC	Diferentes niveles del MINSALUD		Considerar el uso de celulares para recolectar datos	

TAREA	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	RECURSOS NECESARIOS	FONDOS Y FUENTES
8. Evaluar el Programa de CMC ▪ Usar los registros y estadísticas del centro de salud para datos cuantitativos ▪ Usar entrevistas y observaciones para datos cualitativos ▪ Presentar los hallazgos de la evaluación ▪ Usar hallazgos para mejorar/expandir la implementación	MINSALUD/Comités de CMC Consultor(es)	1 mes	Consultor(es)/Analista de datos; Formatos y registros Lugar y comida para la diseminación de resultados	Aproximadamente $2,000 Entre el MINSALUD y fondos de donantes

ANEXO G: EJEMPLO DE UN PLAN NACIONAL DE ACCIÓN A NIVEL DEL CENTRO DE SALUD PARA UN PROGRAMA DEL MÉTODO MADRE CANGURO (PMC)

TAREA	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	RECURSOS NECESARIOS	FONDOS Y FUENTES
1. Preparar el centro de salud y el personal para la implementación del CMC				
Primera reunión con los administradores, gerentes, médicos, enfermeras y personal de apoyo en los áreas de parto y postparto	Comité Nacional de CMC		Refrigerios Documentos	El Centro de Salud
El centro de salud analiza el cuidado de los bebés de bajo peso al nacer/prematuros	Enfermera jefe de la unidad de recién nacidos			
Planear e implementar una reunión de orientación para el personal involucrado en el CMC Establecer un comité de CMC del centro de salud	MS o del SNS/ Comité Nacional de CMC Administrador	1 día	Refrigerios Suministros de oficina, documentos	El Centro de Salud
Planear e implementar un tour del centro de salud: ▪ Identificar las adaptaciones estructurales requeridas ▪ Desarrollar un presupuesto para las adaptaciones estructurales requeridas	Comité Local de CMC Administrador	Medio día	Con ingeniero o arquitecto	
Planear e implementar una capacitación del personal que va a implementar el CMC (local o en el centro de excelencia regional*)	Capacitadores maestros Administrador Comité de CMC	4 días	Lugar y comida Capacitadores Materiales educacionales Suministros de oficina equipamiento y suministros de capacitación (muñecas, tela, suministros de prevención de infección, etc.) Transporte para los participantes (a las “aulas” y lugares clínicos de practica)	Financiación distrital Aproximadamente $200 por participante x 15 participantes = $3000

TAREA	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	RECURSOS NECESARIOS	FONDOS Y FUENTES
2. Desarrollar un plan de acción para los centros/el centro de salud	Administrador Comité de CMC	1 -3 meses	Lugar y comida computador y proyector (de ser disponible) o papelografos y papel Suministros de oficina Documentos	Centro de Salud o Departamento
Preparar y recolectar datos de línea de base	Enfermera jefe de la unidad de recién nacidos	2 semanas		Ninguno
Preparar el ambiente: Cambios estructurales	Administrador Comité de CMC Ingenieros, carpintero	Basado en el trabajo requerido		Costo basado en trabajo requerido
Preparar equipamiento y suministros (cunero, camas de dormir en cuarto con la mama, sillas, refrigerador, clínico de seguimiento) (Ver libro de trabajo de Bergh para las listas)	Administrador Comité de CMC	1-3 meses		Depende de la necesidad
Asignar responsabilidades al personal	Administrador			Ninguno
Desarrollar un plan de supervisión de apoyo	Comité de CMC Enfermera Jefe	Ya diseñado		Ninguno
Desarrollar y usar un plan de recolección de datos y análisis	Equipo del centro de salud del MS o del SNS	Ya diseñado		Ninguno
Planear reuniones de CMC con regularidad	Comité de CMC	Mensual		Ninguno
3. Desarrollar un plan de referencia a la comunidad				
Llevar a cabo una reunión/reuniones con lideres y miembros de la comunidad	Comité de CMC Enfermeras de Salud Publica		Lugar y comida Suministros de oficina e impresión de documentos	Centro de Salud

TAREA	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	RECURSOS NECESARIOS	FONDOS Y FUENTES
Desarrollar un plan de monitoreo e evaluación y de supervisión y herramientas de recolección de datos Hacer seguimiento con los recién nacidos que recibieron el CMC y le dieron a alta	Comité de CMC Personal post natal		Basado en el plan nacional de monitoreo e evaluación Lugar y comida para las reuniones Desarrollo/adaptación e impresión de kit de herramientas (traducción, dibujos culturalmente aceptables, etc.).	Centro de Salud
Identificar y capacitar trabajadores y voluntarios de salud comunitarios para que llevan a cabo visitas a domicilio		2 días en servicio	Lugar y comida Capacitadores Materiales educacionales Suministros de oficina Transporte para participantes	Centro de Salud/Departamento
4. Implementar el CMC en el centro de salud Proporcionar el CMC a recién nacidos elegibles de bajo peso al nacer/prematuros Organizar cubrimiento para el cuidado hospitalario de madres y bebés de CMC	Administrador Comité de CMC Personal post natal	1 – 6 meses	Usar nuevos registros, protocolos	Centro de Salud Departamento
Agenda visitas de seguimiento antes de dar a alto	Personal post natal Enfermeras de salud pública			
Recolectar datos sobre el CMC proporcionado	Personal Comité de CMC	En curso		
5. Proporcionar supervisión de apoyo interna al personal de CMC	Comité de CMC		Formatos de supervisión	Centro de Salud
Identificar supervisores (en el centro de salud, incluyendo la partera gerente o enfermera de la unidad de recién nacidos)	Administrador			
Supervisión semanal en la unidad o para cada bebe que recibe el CMC (dependiendo del cargo de trabajo)	Supervisores Internos		Formatos de supervisión	

TAREA	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	RECURSOS NECESARIOS	FONDOS Y FUENTES
6. Evaluar el programa de CMC	Comité de CMC Administrador		Formatos y registros Base de datos electrónico	Centro de Salud CMC Nacional Departamento y Centro de Salud
Recolectar datos diariamente	Trabajadores de salud	Diariamente		
Análisis periódico de los datos	Comité de CMC	Mensual	Tiempo de un analista de datos	
Diseminación periódico de los resultados y análisis de los próximos pasos requeridos	Administrador Comité de CMC Trabajadores de salud Departamento/Provincia/Nación	Como sea requerido	Lugar y comida para diseminación de resultados	