



PANAMÁ

MINISTERIO DE SALUD

**Estrategia de CONE Adecuada
a las Comarcas Indígenas y Áreas Rurales Dispersas**

Documento preparado por Management Sciences for Health bajo el contrato no. SCL/SPH.13.12.00-C y en el marco del Programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud, contrato BID 2563/OC-PN

Personas del MINSA que participaron en la elaboración y validación de la Estrategia

Dirección General de Salud

Dr. Raúl Bravo

Dr. Max Ramírez

Dr. Jorge Jesús Rodríguez Sotomayor

Licda. Maritza Nieto de De Gracia

Licda. Amarelis Quintero

Dirección de Provisión de Servicios de Salud

Dra. María Victoria de Crespo

Dra. Mitzi Ureña

Dr. Jairo Osorio

Dra. Egypcia Lezcano

Dirección de Asuntos Indígenas

Licda. Luz Mery Lasso

Licda. Sol Bergido

Dirección de Promoción de Servicios

Licda. Ida Rosa Castillo

Dirección de Planeación

Dra. Fanía Rivas de Roach

Ing. Atala S. Milord

Dirección Regional de Salud - Guna Yala

Dr. Luis de Urriola

Dr. Jorge Gómez

Dra. Maydel Martinez

Licda. Jazmín Downs

Dirección Regional de Salud – Ngäbe-Buglé

Dra. Marllene Sanmartín

Dra. Naiset Joseph

Dirección Regional de Salud – Darién (Emberá Wounaan)

Dr. Víctor Saldaña

Dra. Marisol Niluz Curundama

Unidad de Gestion de Salud Administrativa y Financiera (UGSAF)

Dr. Enrique Mayo

Dr. Alex Gonzalez

Dra. Tania Chung

Tabla de Contenidos

PERSONAS DEL MINSA QUE PARTICIPARON EN LA ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DE LA ESTRATEGIA	3
TABLA DE CONTENIDOS	5
SIGLAS	7
GLOSARIO	9
I. INTRODUCCIÓN	13
II. PROPÓSITOS Y OBJETIVOS	16
III. ALCANCE DE LA ESTRATEGIA	17
IV. ANTECEDENTES	18
V. MARCO JURÍDICO	21
VI. MARCO CONCEPTUAL	23
A. Maternidad Segura	23
B. Modelo de Las Cuatro Demoras	26
C. Ejes Transversales de la Estrategia	30
VII. ESTRATEGIA DE CONE PARA PANAMÁ	35
A. Componente de Atención	37
B. Componente de Provisión	56
C. Componente de Gestión de los Servicios	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96

Listado de Anexos

- Anexo A Listado de Leyes, Normas, Protocolos y Guías Relacionadas a CONE
- Anexo B Guía Metodológica para la Referencia y Respuesta Adecuada para casos de CONE en el Marco del SURCO
- Anexo C. Flujos de Organización de los Servicios de CONE
1. Atención Preconcepcional, CONE Ambulatorio
 2. Atención Preconcepcional CONE Básico
 3. Atención Embarazadas en CONE Ambulatorio
 4. Atención Embarazadas en CONE Básico
 5. Atención del Parto CONE Ambulatorio
 6. Atención del Parto en CONE Básico
 7. Detección Riesgo Obstétrico
 8. Identificación y Referencias de Complicaciones Obstétricas
 9. Atención RN Unidades CONE
 10. Atención RN sin complicaciones Ambulatorio Institucional
 11. Atención RN complicaciones Ambulatorio Institucional
 12. Atención RN por tipo de CONE
 13. Atención Pre Eclampsia, Eclampsia CONE
 14. Síndrome Hipertensivo Gestacional
- Anexo D Mapa y Cuadros de Micro-redes y Red CONE Básica Comarca Emberá-Wounaan
- Anexo E Mapa y Cuadros de Micro-redes y Red CONE Básica Comarca Ngäbe-Bugle
- Anexo F Mapas y Cuadros de Micro-redes y Red CONE Básica Comarca Guna Yala
- Anexo G Tabla de Indicadores para Monitoreo y Evaluación
- Anexo H Tablas de Talento Humano

Siglas

AINC	Atención Integral de la Niñez en la Comunidad
AMDD	Averting Maternal Death and Disability
AMEU	Aspiración Manual Endouterina
AQV	Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria
CCPPT	Comité Comunitario de Plan de Parto y Traslado
CINUP	Centro de Información de las Naciones Unidas en Panamá
CONE	Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales
CPI	Consulta Prenatal Intensiva
CPN	Control Prenatal
CPP	Cartera de Prestaciones Priorizadas
CS	Centro de Salud
CSS	Caja del Seguro Social
DIGESA	Dirección General de Salud
DIU	Dispositivo Intrauterino
DPSS	Dirección de Provisión de Servicios de Salud
DRSS	Dirección Regional de Servicios de Salud
EBS	Equipo Básico de Salud
ECS	Equipo comunitario de Salud
EEC	Estrategia de Extensión de Cobertura
EFC	Estrategia de Fortalecimiento de Cobertura de Atención Primaria en Salud
ENASSER	Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
ES	Establecimiento de Salud
JAAR	Junta de Acueductos y Alcantarillados Rurales
MAC	Métodos de Anticoncepción
M&E	Monitoreo y Evaluación
MATEP	Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto
MBE	Medicina Basada en Evidencia
MEF	Mujeres en Edad Fértil
MINSA	Ministerio de Salud
MM	Mortalidad Materna
MSH	Management Sciences for Health
OE	Organizaciones Extra institucionales
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organismo No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIB	Producto Interno Bruto
PF	Planificación Familiar

PS	Puesto de Salud
REGES	Registros Médicos de Salud
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
RN	Recién Nacido
RO	Reglamentos Operativos
SCS	Sub Centro de Salud
SIES	Sistema de Información de Estadística de Salud
SISED	Sistema de Información de Salud Para Emergencias y Desastres
SR	Salud Reproductiva
SURCO	Sistema Único de Referencia y Contra referencia
UBA	Unidad Básica de Atención
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UGSAF	Unidad de Salud y Gestión Administrativa
UNFPA	Fondo de Población de Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Glosario

Actitudes: Predisposiciones de un individuo hacia un objeto, tema, persona o grupos, que influyen en que su respuesta sea positiva o negativa, favorable o desfavorable, en una direccionalidad u otra, etc.

Afiche Comunitario de Plan de Parto: Material impreso que registra de manera visible información sobre las señales de peligro del embarazo, parto y puerperio, los medios de transporte y sirve como recordatorio y de convenio entre la comunidad y las instalaciones de salud y a que tiene derecho y obligaciones la mujer y su familia.

Albergue Materno: Hospedaje para la mujer embarazada y su acompañante cerca de una instalación de salud con capacidad de atención de parto, idealmente con CONE completo o en su defecto CONE Básico con capacidad de comunicación y traslado. Ambos pueden quedarse en el albergue desde dos semanas antes del parto, reduciendo así la demora en su atención. La mujer puede quedarse en el albergue después del parto el tiempo considerado necesario por el personal médico de la instalación de salud adjunta.

Cambio de comportamiento en salud: Se define como el adoptar y mantener nuevas actitudes y habilidades que den acceso a servicios y productos que ayudan a disminuir los niveles de riesgo en torno a los problemas de salud (tomado de BCC for HIV/AIDS, FHI).

Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP)¹: es el conjunto de prestaciones que se otorga a los beneficiarios de la Estrategia de Fortalecimiento de Coberturas (de Atención de Primaria en Salud) y que se encuentran cubiertas por el costo per cápita. La CPP responde a necesidades que son susceptibles de ser atendidas en el primer nivel de atención. La CPP está conformada por un total 15 actividades clasificadas en promoción, prevención y atención que contienen intervenciones básicas, enfocadas a garantizar un buen estado de salud en las comunidades.

Casa de Acudientes para Maternidad: Es un hospedaje para la mujer embarazada y su acompañante o madres que necesitan lugares donde quedarse, cumpliendo funciones similares al Albergue Materno. Son ofrecidos por las familias de Guna Yala y están organizados por grupos de mujeres. Su origen se ubica en la tradición local de ofrecer albergue a personas que necesitan permanecer en una isla por la noche para acudir al Congreso Local.

Comunicación para la Salud. Proceso para desarrollar conocimiento, comprensión y habilidades que permiten a la gente llevar a cabo cambios sostenibles en las condiciones que afectan su salud. Estas condiciones incluyen factores sociales, medioambientales y económicos, lo mismo que la conducta de los individuos

Comarca: Territorio constituido de forma legal con forma de autogobierno reconocida por el gobierno Panameño. La comarca es el área geográfica donde los pueblos indígenas en Panamá conviven con su forma de vida propia y su participación política en las esferas del Estado panameño.

Comité Comunitario de Plan de Parto y Traslado: (CCPPT) Conjunto de personas de la comunidad que estarán a cargo de apoyar la implementación y asegurar el funcionamiento del Plan de Parto. Dentro de sus responsabilidades está la organización del equipo de traslado, recepción y ejecución de los

¹ Reglamento operativo. MINSA 2012

fondos, realizar actividades de promoción y prevención relacionadas al Plan de Parto. Estas personas son nombradas por las Autoridades Locales de las comunidades y podría ser el mismo Comité de Salud si está funcionando bien y así lo desea la comunidad.

Comunidad Céntrica: Es la comunidad geográficamente accesible desde la cual el EBS atiende a la población beneficiaria de la misma comunidad y de otras comunidades aledañas con comunicación natural territorial, que en conjunto no superen más de 600 personas.

Comunidad Periférica: Aquella Comunidad geográficamente con comunicación natural territorial hacia una comunidad céntrica en la cual se ejecuta el proceso de atención de los beneficiarios de las estrategias.

CONE: La estrategia de “Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales”, es una estrategia operativa, que ha demostrado su efectividad para reducir la mortalidad materna y de los recién nacidos. El CONE integra una red de servicios de salud con capacidad para la atención de las mujeres en estado grávido o puerperal y de los recién nacidos, se articula por medio de un sistema de referencia y respuesta, que empieza desde la comunidad y está inmersa en el sistema de conducción y gestión local en salud, aumentando con ello la disponibilidad y el acceso a servicios y cuidados obstétricos y neonatales, especialmente en este caso para la población de las comarcas indígenas y de las áreas rurales dispersas.

CONE Ambulatorio: Es una modalidad de la estrategia CONE que se ofrece tanto en la comunidad como en las instalaciones de salud más periféricas, con fines prioritarios de promoción y prevención de la salud. Pretende que las personas, la familia, la comunidad así como las instancias institucionales participen en la prevención de la salud de la mujer embarazada desde la etapa preconcepcional hasta la etapa del recién nacido. El CONE Ambulatorio incluye una gran parte del Plan de Parto, la Estrategia de Cambio de Comportamiento, los Albergues Maternos y las Giras Itinerantes. En las instalaciones de salud y las Giras Itinerantes incluye también la atención en salud con énfasis en el control prenatal y post-parto.

CONE Básico: El CONE Básico incluye además de todos los componentes y acciones del CONE Ambulatorio otros que son: la atención al parto no-complicado por personal profesional calificado las 24 horas, los 7 días de la semana; referencia y traslado al CONE Completo (ver definición abajo); atención inicial de las complicaciones del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido; y cuidados obstétricos claves para la reducción de la mortalidad materna que incluye: aplicación inicial y delimitada de antibióticos y anticonvulsivantes parenterales (sulfato de Mg), extracción manual de placenta, extracción de restos retenidos (AMEU/LUI) y reanimación neonatal inicial.

CONE Completo: Son instalaciones de salud donde además de realizar las funciones de los CONE Básicos se brinda resolución de complicaciones que requieren cirugía obstétrica contando con disponibilidad de sangre segura. Se dividen entre los que disponen de Cuidados intensivos y los que no cuentan con Cuidados Intensivos.

Continuo de la Atención: Este proceso implica el uso racional y apropiado de las nuevas y mejores evidencias disponibles hasta el momento; puestas al servicio de los individuos y sus comunidades durante todas las etapas del ciclo vital. De acuerdo a la lógica del continuo de atención se fomenta la consulta preconcepcional de las mujeres para conseguir un embarazo en las mejores condiciones y disminuir el riesgo de enfermar o morir de la mujer y el recién nacido. Una vez conseguido el embarazo se pretende dar el cuidado de mayor calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio a la mujer y su recién nacido. A partir de este momento continúa el compromiso con los cuidados de la mujer y los cuidados del recién nacido y el niño hasta llegar a la adolescencia.

Diálogo Intercultural: Proceso que comprende un intercambio o interacción abierta y respetuosa entre personas, grupos y organizaciones con diferentes orígenes culturales o visiones del mundo. Entre sus objetivos se encuentran: desarrollar una comprensión más profunda de las diversas perspectivas y prácticas; aumentar la participación y la libertad y la capacidad de tomar decisiones; fomentar la igualdad; y mejorar los procesos creativos.

Equipo Básico de Salud: (EBS) Recurso humano nuclear a tiempo completo y dedicación exclusiva que el MINSA destina para la provisión de la Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP). Está formado por un mínimo de cinco miembros: médico general, enfermera, un auxiliar o técnica en enfermería, un técnico en ciencias de la salud (salud ambiental, educación para la salud) y un chofer. Los EBS pueden ser institucionales o extra-institucionales; es decir contratados directamente por el MINSA o a través de Organizaciones Extra-institucionales, respectivamente. Los EBS están adscritos a una UBA que pueden ser de la Red Itinerante o de la Red Fija.

Equipo Comunitario de Salud: (ECS) Miembros de la comunidad capacitados por el MINSA para que apoyen en la provisión de la CPP y brinden seguimiento a las intervenciones en salud realizadas en la comunidad. Está integrado por promotores de salud, parteras comunitarias, monitoras, auditores sociales y otros actores como líderes de los Comités de Salud y líderes de Juntas de Acueductos Rurales (JAAR).

Equipo de Gestión en Salud: Unidad de apoyo para la gestión, monitoreo, supervisión y evaluación de la Cartera de Prestaciones Priorizadas de las UBA, conformado por un Coordinador de Proyecto, un Coordinador de Salud, un Experto en Registros y Estadísticas de salud y un Captador de datos.

Ficha de Plan de Parto “Mi Plan de Parto”: Es el documento para la mujer embarazada y por extensión su familia en el cual se registra lo acordado o comprometido (programado) por las partes en cuanto a acompañantes, transporte y otros factores que permitan un parto institucional. Este material también sirve de recordatorio de las señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio.

Fondo comunitario: Es un subsidio en calidad de fondos disponibles (anticipo o reembolso o mixto), administrado por organizaciones comunitarias o equivalentes en base a las definiciones establecidas en los planes de parto y los reglamentos de uso de estos fondos. Estos fondos se destinan exclusivamente para el transporte de la embarazada a los albergues maternos o a las instalaciones de la Red Fija aptas para la atención de parto y/o para el traslado de la embarazada, puerpera y-o neonato en casos de emergencia. El reporte del uso de este fondo comunitario lo hará el Equipo Comunitario a las UBA de la Red Fija con documentos probatorios originales y reportes del uso del fondo.

Promoción en salud: Consiste en proveer a las personas de los medios necesarios para mejorar su salud y adoptar un estilo de vida sano.

Plan Comunitario de Traslado de la Mujer Embarazada y de Recién Nacidos: Este documento realizado por el personal de salud en colaboración con el CCPPT, detalla información sobre las instalaciones a las cuales se trasladarán las mujeres y el medio de transporte a utilizar, para los controles prenatales, partos, controles post-parto y posibles emergencias obstétricas y neo-natales.

Unidad Básica de Atención: La UBA abarca los distintos tipos de proveedores de servicios de la Estrategia de Fortalecimiento de Cobertura que el MINSA conforma para la provisión de la Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP). Una UBA puede estar constituida por: Equipos Itinerantes (institucionales o extra-institucionales); instalaciones de salud fijas (centros de salud, sub-centros de salud y puestos de salud); o una combinación de las dos (2) anteriores. El recurso humano de una UBA está conformado por el Equipo de Gestión, el Equipo Básico de Salud y el Equipo Comunitario que trabajan coordinadamente para el logro de los objetivos y alcance de las metas.

I. Introducción

Cada minuto de cada día, en algún lugar en el mundo y, con mayor probabilidad en un país en desarrollo, una mujer muere por complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto o el puerperio; como mínimo, 515.000 mujeres mueren al año. Casi todas las muertes maternas (99%), ocurren en el mundo en desarrollo, convirtiendo la mortalidad materna en la estadística de salud con la mayor disparidad entre los países desarrollados y los países en desarrollo². Cada año, 2,6 millones de bebés mueren antes de nacer, y 2,9 millones de recién nacidos mueren durante el primer mes de vida. Sin embargo, el promedio de reducción anual de mortalidad neonatal hasta la fecha es menor al de la mortalidad materna, 2.1%³.

En Panamá la razón de mortalidad materna esta en 64.9 muertes por cien mil nacidos vivos, lo que impedirá alcanzar la meta marcada por el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) en el 2015 de 13.4 muertes por cien mil nacidos vivos⁴. En las Comarcas Indígenas, la razón de mortalidad materna es aún más elevada, especialmente en Ngäbe-Buglé donde en el 2012 la razón de mortalidad materna fue de 274.3 por cien mil nacidos vivos. De las 49 muertes maternas registradas en el año 2012, 15 se produjeron en Ngäbe Buglé, es decir, el 30.6% de la totalidad de muertes en el país.

Las principales causas de la muerte materna son: enfermedad hipertensiva, hemorragia en el embarazo, parto y puerperio, retención de fragmentos de la placenta o de las membranas, sin hemorragia y la sepsis⁵. De las defunciones registradas en el 2011, el 36% se debieron a causas perinatales⁶. Sin embargo, todas estas causas son muertes evitables con un adecuado acceso y uso de servicios de salud de calidad. En las Comarcas Indígenas y áreas rurales dispersas de Panamá, los elevados índices de mortalidad materna e infantil están principalmente condicionados por las dificultades de acceso a los servicios y un bajo nivel de uso de servicios de atención prenatal, parto, post-parto y atención del recién nacido condicionados a su vez por barreras socio-culturales.

La mortalidad infantil en Panamá, ha venido descendiendo de manera progresiva, en el año 1990, la muerte en menores de un año fue de 18.9 por 1000 nacidos vivos en el 2011, la tasa se redujo a 13.2. Sin embargo, en 2012 la mortalidad infantil aumento a 14.5 por 1000 nacidos vivos. El 55.3 por ciento de estas defunciones, corresponde a muertes neonatales (menores de 28 días) y el 44.7 por ciento restante, a defunciones post-neonatales (de 28 días a 11 meses).

Esta tasa no se comporta igual en todas las provincias y comarcas del país, en Ngäbe Buglé, Bocas del Toro, Guna Yala y Darién se presentan las tasas más altas siendo: 20.8, 20.1, 19.5 y 19.1 respectivamente⁷.

² <http://www.safemotherhood.org/>.

³ UNICEF, WHO, the World Bank. Levels and trends in child mortality: Report 2013.

⁴ http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/situacion_de_salud_panama_2013_0.pdf

⁵ http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/situacion_de_salud_panama_2013_0.pdf

⁶ http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/situacion_de_salud_panama_2013_0.pdf

⁷ Situación de salud de Panamá-Ministerio de Salud 2013

Como consecuencia de esta situación, el Ministerio de Salud de Panamá (MINSA) ha marcado la reducción de la mortalidad materna e infantil como una prioridad institucional en el área de salud, en el marco de las metas propuestas para lograr el objetivo 5 del Desarrollo del Milenio –mejorar la salud materno-infantil- que el Gobierno de Panamá adoptó conjuntamente con 189 países en el año 2000 en la Declaración del Milenio.

La presente Estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) pretende contribuir a la implementación de las medidas que ayudarán a reducir la mortalidad materna e infantil. Con ella, el MINSA se ha propuesto definir los lineamientos que aseguren la atención integral de calidad a las mujeres y a los recién nacidos durante el proceso preconcepcional y reproductivo.

La Estrategia de CONE se basa en la premisa de que una proporción no predecible de mujeres embarazadas, parturientas y durante el puerperio, desarrollarán complicaciones obstétricas que en su mayoría podrían ser detectadas y evitadas. Mediante esta estrategia, el MINSA ofrece servicios integrados y continuos a la madre durante el embarazo, parto y puerperio así como al recién nacido/a hasta los 28 días de vida. La Estrategia además, pretende organizar los servicios de salud en redes integradas, asegurando así el acceso oportuno y una atención de calidad de las complicaciones obstétricas y neonatales, con el fin de salvar vidas y prevenir la morbilidad a largo plazo.

La organización de la atención con enfoque de CONE reconoce la participación de la mujer, la familia y la comunidad asociados con la oferta de salud, durante todo el proceso preconcepcional reproductivo, en base al continuo de la atención y a partir de la definición y puesta en marcha de un sistema de referencia y contra-referencia establecido desde el nivel comunitario (organizaciones sociales y comunitarias), hasta un nivel de mayor capacidad resolutive.

La estrategia de CONE se sustenta conceptualmente sobre Los Cuatro Pilares de la Maternidad Segura, el Continuo de la Atención (Curso de Vida) y el Análisis de las Cuatro Demoras. De una parte, la Maternidad Segura organiza el cuidado de la salud de la mujer durante su vida reproductiva y de su bebe aun desde la etapa prenatal y como neonato desde su nacimiento. De otra, el modelo de las Cuatro Demoras facilita el análisis de los condicionantes de la mortalidad materna y ayuda a focalizar las intervenciones a partir del reconocimiento de las señales de peligro por parte de la mujer, su familia y la comunidad, la decisión de buscar ayuda y su traslado y atención en los servicios de salud.

La estrategia se define partiendo de tres componentes básicos:

1. **Atención:** define a quién se atenderá, en qué ambiente se le brindará la atención, qué servicios se van a ofrecer y cómo y con qué se van a ofrecer.
2. **Provisión de servicios:** establece quiénes prestarán los servicios y la organización de la red de servicios.
3. **Gestión de los servicios:** describe cómo se obtendrán y luego como se manejarán los recursos y los sistemas de apoyo.

Los tres componentes básicos se abordan de manera integral y complementaria a partir de lo que establece el primero de ellos, la atención.

Este documento detalla los procesos, procedimientos y herramientas para el establecimiento y puesta en marcha de la estrategia de CONE en Panamá y su aplicación en los diferentes niveles de atención. Para una mejor comprensión consta de dos secciones claramente definidas, una sección estratégica que incluye la introducción, los antecedentes, propósito, objetivos, alcance, el marco jurídico y legal, el marco conceptual y los ejes transversales; una sección operativa, en la que se describe como se pondrá en marcha la estrategia en sus tres componentes.

II. Propósitos y objetivos

Propósito:

Asegurar servicios de salud de calidad con enfoque de derechos a las mujeres en edad fértil (en sus períodos preconcepcional y reproductivo) y los recién nacido/as hasta 28 días de vida en las tres comarcas indígenas y las áreas rurales dispersas de Panamá, por medio del establecimiento de lineamientos estratégicos y operativos basados en los CONE.

Objetivos:

- Articular la comunidad y las instituciones de salud de manera que las necesidades en materia de cuidados obstétricos y neonatales de la población sean cubiertas por los servicios de salud con oportunidad y calidad.
- Establecer la cartera de servicios y los ambientes donde éstos se ofrecen, basados en estándares de CONE.
- Establecer los distintos niveles de atención accesibles, organizándolos en redes integradas CONE con un sistema de referencia y contra referencia fortalecido, basados en estándares de CONE.
- Definir los mecanismos mediante los cuales los distintos sistemas organizacionales del MINSA fortalecerán los servicios de salud que conforman la red integrada CONE.

III. Alcance de la estrategia

La presente estrategia está dirigida a las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) y los recién nacido/as hasta 28 días de vida cuyo objetivo es asegurar la atención preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y del recién nacido, y de las complicaciones obstétricas y neonatales que puedan derivarse.

Los lineamientos establecidos por la estrategia son aplicables a las comarcas indígenas y a las áreas rurales dispersas de la República de Panamá, y de observancia obligatoria para todo el personal del MINSA

IV. Antecedentes

En el descenso de la mortalidad general en Panamá, el componente de la mortalidad infantil ha sido el más importante. Sus cifras han descendido de una tasa de 50.6 (1,469) muertes por mil nacidos vivos en 1960 hasta 13.4 (910) muertes por mil nacimientos en el año 2010, lo cual se reduce a 13.2 para el 2011. Gran parte de las muertes entre menores de un año, se deben a causas prevenibles. Sobre el particular, de las defunciones registradas en el año 2011, el 36% fue debido a causas perinatales⁸; el 25% se produjeron por malformaciones congénitas, las cuales pueden resultar, en su mayoría, por factores genéticos o relacionados con las condiciones del embarazo; un 8 % por neumonía; un 5% por “diarrea, gastroenteritis” y otro 3% “por accidentes, agresiones y otra violencia”⁹.

Por otro lado, si bien se ha registrado un aumento importante en el acceso a los controles prenatales, éste no es suficiente para la reducción de la mortalidad materna. En el año 2009, las consultas prenatales a nivel nacional registraron un 90% de cobertura. El promedio en la Comarca indígena Ngäbe Bugle fue de 78%¹⁰. Para las comarcas indígenas de Guna Yala y Emberá Wounaan, el 86.1% de embarazadas acudió al menos a una visita de control prenatal, y el mayor porcentaje de mujeres que asisten a su primer control prenatal lo hace en el primer trimestre (61.8% de las encuestadas)¹¹. El porcentaje de mujeres de las comarcas Emberá Wounaan y Guna Yala que acuden al menos a una visita a la instalación de salud con un médico o enfermera durante el embarazo es del 79.6%, y las mujeres que acudieron a cuatro visitas durante su embarazo fue de 40.1%¹².

En relación a las etapas del parto y postparto, el 88.3% de los nacimientos en Panamá se presentan en instalaciones de salud (85.2% en el sector público y 2.9% en el privado). El 11.3% de los partos ocurren en casa de la mujer. Este tipo de parto es más frecuente en las áreas indígenas (55.2%), que en las rurales y urbanas (15.5% y 0.8%, respectivamente)¹³. Otros indicadores de SSSR indican que existe una diferencia importante entre las zonas urbanas y las comarcas indígenas, con datos desfavorables en estas últimas. Por ejemplo, el porcentaje de mujeres que recibieron asistencia profesional durante el embarazo fue de 95.9% a nivel nacional y 76% en las comarcas de Ngäbe-Buglé¹⁴.

La asistencia de partos en una instalación de salud sigue siendo baja en las áreas indígenas, a pesar que en las Comarcas Emberá Wounaan y Guna Yala, según el estudio de SM2015 – línea de base, se registra un mayor porcentaje de asistencia en parto por un médico (64.1%) entre las mujeres que tuvieron CPN, en tanto el parto domiciliario y/o asistido por una partera (42.7%) es aún utilizado por muchas mujeres¹⁵.

⁸ http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/situacion_de_salud_panama_2013_0.pdf

⁹ http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/situacion_de_salud_panama_2013_0.pdf

¹⁰ APLAFA 2011

¹¹ SMI2015, 2014

¹² SM2015, 2014

¹³ Las Comarcas Emberá Wounaan y Ngäbe Buglé son las que tienen los indicadores más alto de parto domiciliario (60.9% y 56.0%, respectivamente) (ENASSER 2009)

¹⁴ ENASSER, 2009

¹⁵ El porcentaje de mujeres con asistencia del parto corresponden a mujeres que habían recibido control prenatal.

En el 2007, el MINSA, realizó un estudio en 19 instalaciones que brindan CONE en las Regiones de Coclé, Veraguas, Comarca Ngäbe-Buglé, Panamá Oeste, Chiriquí y Panamá Metropolitano (Hospital del Niño y Hospital Santo Tomás) para evaluar el acceso, la utilización y la calidad de atención en esos servicios de salud. Los hallazgos relevantes de este estudio fueron: falta de insumos, equipos y personal con las competencias; uso inadecuado del Sistema Informático Perinatal (SIP) y del Sistema Único de Referencia y Contra referencia (SURCO). La Iniciativa SM2015 realizó un estudio en el 2013 en el cual se evidenciaron las mismas deficiencias en las Comarcas de Emberá-Wounaan, Guna Yala y Ngäbe-Buglé¹⁶.

Respecto a PF las comarcas indígenas concentran el mayor porcentaje de demanda insatisfecha, concretamente las mujeres de Ngäbe Buglé (75.2%) frente al 27.4% de la población nacional. Las comarcas Emberá Wounaan y Guna Yala también registran un porcentaje elevado de demanda insatisfecha en PF. Según la Encuesta de SM2015 del 2014, el 97% de las mujeres que necesitaban PF mostraban demanda insatisfecha tras solicitar un método anticonceptivo y no obtenerlo. Según esta encuesta el conocimiento parcial que tienen las mujeres sobre métodos anticonceptivos modernos es alto, especialmente de las inyecciones (85%), las píldoras (62%) y condones masculinos (37%). Las razones por las cuales no quieren utilizar métodos anticonceptivos modernos es por su estado civil, las casadas (18%) o solteras (22%) no usan los métodos porque no lo creen necesario. El desconocimiento (16%) y la oposición a su uso (18%) son también razones para no usar los métodos de PF.

Entre las barreras que afectan la toma de decisiones de la mujer en buscar ayuda y el tiempo para llegar al establecimiento de salud, se mencionan la geográfica, debido a lo distante de las instalaciones de salud de las comunidades; la cultural expresada por la no aceptación de las usuarias y/o sus familias para ser atendidas por hombres, y el rechazo a algunos procedimientos médicos; preferencia por el parto domiciliar para preservar la costumbre de ser acompañadas por sus familiares al momento del parto; la económica, pues los costos influyen en la toma de decisión para movilizarse a las unidades de salud.

La Dirección General de Salud definió la obligatoriedad del registro e investigación de las muertes maternas¹⁷. Las muertes maternas y perinatales son eventos de notificación obligatoria¹⁸. “Que determina los problemas de salud de notificación obligatoria, y señala los procedimientos para la notificación y establece sanciones”. En abril del 2001 se creó la Comisión Nacional de Vigilancia de la Mortalidad Materna y Perinatal¹⁹ con el fin de unir esfuerzos interinstitucionales e intersectoriales.

En el año 2004, el Ministerio de Salud realizó el Diseño estratégico del Plan Nacional de Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal de carácter intersectorial, interdisciplinario e interinstitucional. Ese mismo año, la Presidencia de la República conjuntamente con OPS/OMS, UNFPA, UNICEF, CINUP y Canadá, firmó el Compromiso Nacional a favor de la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal²⁰ que sustenta la Estrategia Nacional de Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Materna y Perinatal en toda la República de Panamá.

¹⁶ SM2015, 2014b

¹⁷ Resolución N° 48 del 7 de mayo de 1998, DIGESA, MINSA Panamá

¹⁸ Decreto Ejecutivo N° 268, del 17 de agosto 2001

¹⁹ Resolución N° 93

²⁰ 13 de noviembre de 2004

El sistema público de prestación de servicios de salud de Panamá está conformado por dos instituciones: el Ministerio de Salud (MINSA) y la Caja de Seguro Social (CSS)²¹, ambas se dividen administrativamente en 14 regiones sanitarias, con presencia paralela y organizada por niveles de complejidad. Ofertan a la población servicios de salud acorde con su capacidad resolutive. También participa como parte del sector salud, el sector privado.

Además debe destacarse la experiencia que ha venido acumulando el MINSA en la implementación de la Estrategia de Extensión de Cobertura desde 1995, que a la fecha se traslada a la red fija mediante la “Estrategia de Fortalecimiento de Cobertura de Atención Primaria en Salud”, con el propósito de incrementar el acceso, uso y calidad de los servicios de salud en las comarcas indígenas.

El propósito de la atención con enfoque CONE, es contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, a través de la organización de los servicios de salud y su funcionamiento en red, tomando como base el continuo de la atención, la accesibilidad las 24 horas del día, los 365 días al año de la atención preconcepcional, del embarazo, parto, puerperio, y del recién nacido y un sistema de referencia y contra referencia, que funcione desde la comunidad (organizaciones sociales y comunitarias) hasta el nivel de mayor capacidad resolutive.

La estrategia que a continuación se detalla parte, para su completa elaboración, de estos antecedentes y las oportunidades que ofrecen para su mejora.

²¹ http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_pan_es.pdf

V. Marco Jurídico

La garantía de la salud de la mujer en edad fértil y los recién nacidos está avalada por la Constitución, códigos y convenios establecidos por la ley en Panamá, y acuerdos asumidos a nivel internacional. Estas leyes son el marco de respaldo para la Estrategia.

A continuación se presentan algunos preceptos legales contenidos en las leyes de referencia que serán el marco referencial de orden legal en que se fundamenta la Estrategia para su aplicación:

Constitución Política de la República de Panamá (Revisión de 2004)

En su Artículo 109, correspondiente al Derecho a la Salud, se sintetiza el espíritu que guía esta Estrategia: *“Es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social”*.

La Constitución establece asimismo en su Artículo 56: *“(…) El Estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores y garantizará el derecho de éstos a la alimentación, la salud, la educación y la seguridad y previsión sociales”*.

Otros artículos constitucionales de relevancia como marco para esta Estrategia establecen la responsabilidad del Estado en materia de salud, específicamente en las funciones de prevención, curación y rehabilitación:

Artículo 110: *“En materia de salud, corresponde primordialmente al Estado el desarrollo de las siguientes actividades, integrando las funciones de prevención, curación y rehabilitación: (...)*

- 2. Capacitar al individuo y a los grupos sociales, mediante acciones educativas, que difundan el conocimiento de los deberes y derechos individuales y colectivos en materia de salud personal y ambiental.*
- 3. Proteger la salud de la madre, del niño y del adolescente, garantizando una atención integral durante el proceso de gestación, lactancia, crecimiento y desarrollo en la niñez y adolescencia.*
- 5. Crear, de acuerdo con las necesidades de cada región, establecimientos en los cuales se presten servicios de salud integral y suministren medicamentos a toda la población. Estos servicios de salud y medicamentos serán proporcionados gratuitamente a quienes carezcan de recursos económicos.*

Artículo 111: *“El Estado deberá desarrollar una política nacional de medicamentos que promueva la producción, disponibilidad, accesibilidad, calidad y control de los medicamentos para toda la población del país”*.

Artículo 112: *“Es deber del Estado establecer una política de población que responda a las necesidades del desarrollo social y económico del país”*.

Artículo 115: *“Los sectores gubernamentales de salud, incluyendo sus instituciones autónomas y semiautónomas, intégrense orgánica y funcionalmente. La Ley reglamentará esta materia”*.

Artículo 116: *“Las comunidades tienen el deber y el derecho de participar en la planificación, ejecución y evaluación de los distintos programas de salud”*.

Código Sanitario de la República de Panamá (1947)

En su Título Tercero – Capítulo Primero, correspondiente a la Protección a la maternidad y a la infancia, el Artículo 154 establece: *“Es primordial obligación del Estado la protección y asistencia gratuita de la maternidad y la infancia que comprende:*

La atención preventiva y la asistencia médico curativa y social de toda mujer durante el embarazo, parto y puerperio, hasta ocho semanas después del parto y de todo niño desde su nacimiento hasta el fin de la edad escolar”. (...)

Código de la Familia de la República de Panamá (1994)

En su Título III – Capítulo II: Sección Segunda, correspondiente a la Protección materno-infantil, el Artículo 699 Establece: *“El Estado ofrecerá en todos los núcleos de población, servicios de asistencia médico-sanitaria gratuitos a la madre gestante durante el embarazo, el parto y el puerperio, si ella no pudiera sufragarlos y también subsidio alimentario si estuviese desempleada o desamparada”.*

Además de los instrumentos legales a nivel nacional, desde la década de los 90, Panamá ha asumido los siguientes compromisos internacionales en materia de salud materno-infantil:

- Conferencia Panamericana de la Salud 1990, Resolución N° XVII aprueba la ejecución del plan regional para la reducción de la mortalidad materna.
- Conferencia Internacional sobre Maternidad Sin Riesgo, Nairobi, Kenia, 1987 y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, China, 1995. En ambas, los países participantes, incluido Panamá, formaron el compromiso de reducir en un 50 por ciento la mortalidad materno-infantil.
- Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo 1994. En el informe final, capítulo VII- derechos reproductivos y salud reproductiva, se insta a los gobiernos e instituciones internacionales fortalecer los esfuerzos para mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres.
- Declaración del Milenio de las Naciones Unidas [A/RES/55/2] (Objetivos del Desarrollo del Milenio –ODM-), Nueva York, 8 de Septiembre de 2000. El objetivo N° 5 *“Mejorar la Salud Materna”* se propone reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna, entre 1990 y 2015.
- Declaración de Panamá, Ciudad de Panamá, Septiembre 2013, *“Una promesa renovada para las Américas: Reducir las inequidades en salud reproductiva, materna e infantil”.*

Las normas, los protocolos de atención y guías específicas a la Estrategia de CONE se encuentran en el Anexo A.

Otras referencias normativas que respaldan las leyes fundamentales en la materia se detallan en la sección bibliográfica de este documento.

VI. Marco Conceptual

El Marco Conceptual de la Estrategia de CONE de Panamá se basa en los principales modelos teóricos que han definido la reducción de la mortalidad materna y neonatal en el campo de la salud pública durante los últimos veinte años. El primero de estos modelos es el de la Maternidad Segura, adoptado por la OMS como parte del Paquete del Binomio Madre-Hijo.

El segundo es el Modelo de las Cuatro Demoras²². Éste establece que para reducir la mortalidad materna hay que entender y dar solución a los factores que contribuyen a que las mujeres no puedan acceder a los servicios de salud esenciales y en situaciones de emergencia obstétrica y neonatal.

A continuación se definen y describen ambos modelos:

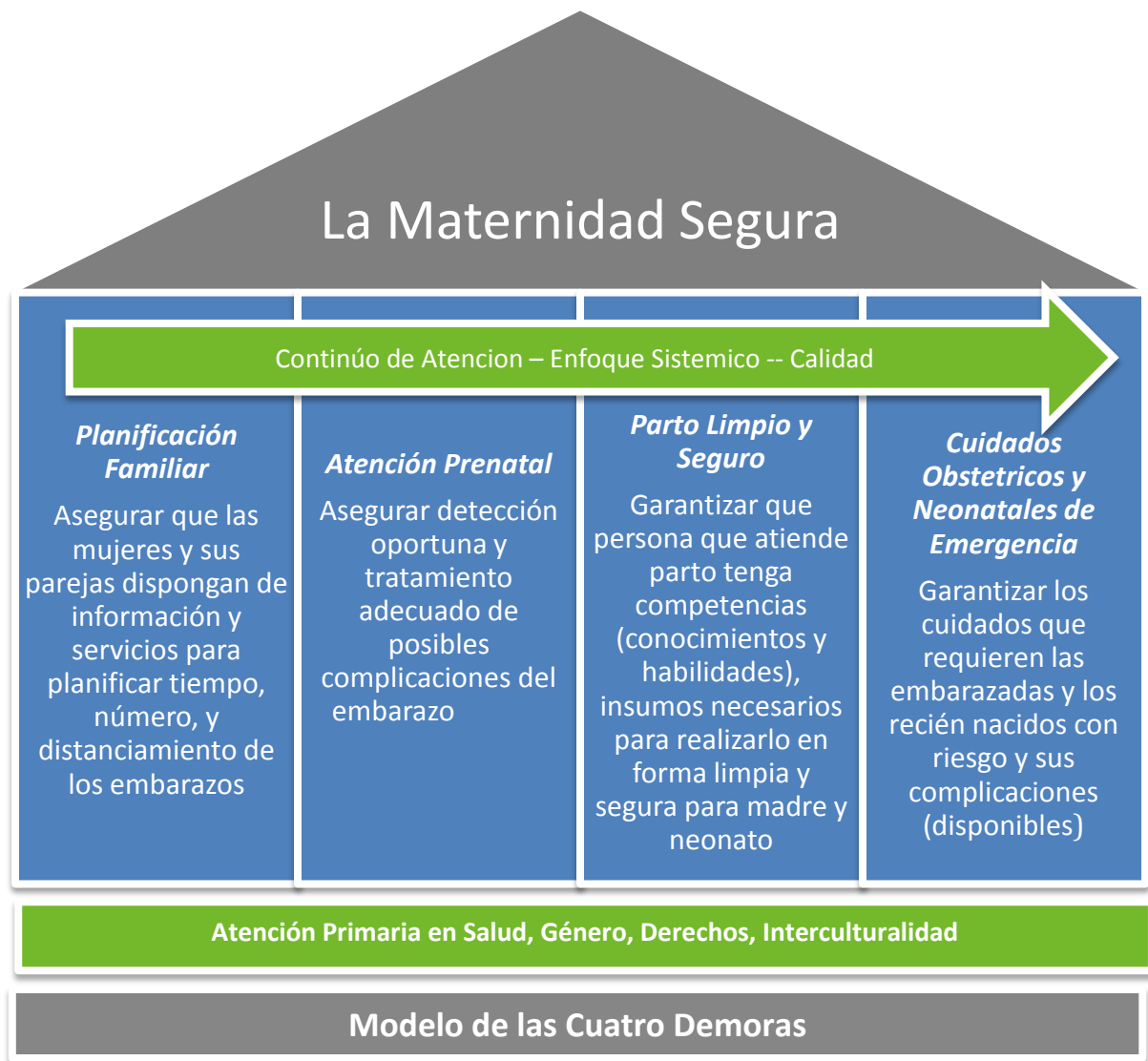
A. Maternidad Segura

La Maternidad Segura se refiere a la promoción y protección del derecho y al disfrute del más alto nivel posible de salud de las mujeres, las madres y los recién nacidos y organiza, bajo el enfoque del continuo de la atención el cuidado de la salud de la mujer durante su vida reproductiva y al neonato desde su nacimiento.

²² Thaddeus y Maine, 1994

A continuación, la Figura 1 describe el concepto de la maternidad segura:

Figura 1: La Maternidad Segura



En Panamá, para que las mujeres en edad fértil tengan una maternidad segura es fundamental desarrollar acciones en función de 4 pilares que lo garanticen. Estos 4 pilares son:

1. **Planificación familiar**, como eje preventivo en la Maternidad Segura implica una intervención de efectividad comprobada para reducir las muertes maternas. Si se previenen los embarazos no planeados/deseados, la mortalidad materna disminuye entre un 25% y 40%²³.

²³ Oona MR Campbell, Wendy J. Graham, Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works on behalf of The Lancet Maternal Survival Series steering group.

2. **Atención prenatal de calidad.** La atención prenatal de calidad, que comprende todas las acciones de promoción y prevención, la detección oportuna y el tratamiento adecuado de posibles complicaciones del embarazo, así como las acciones de consejería para ofrecer a la mujer, la oportunidad de decidir sus opciones incluida planificación familiar y que le sean aplicadas durante el parto o el puerperio.
3. **Atención del parto y del recién nacido en condiciones limpias y seguras,** mediante la aplicación de las mejores prácticas en base a la evidencia. Para ello, es necesario que los partos sean atendidos por profesionales competentes y con las condiciones básicas necesarias. Esto implica que las instalaciones de salud ofrezcan la atención del parto en condiciones culturalmente aceptadas por las mujeres, incluyendo el respeto por la costumbre de ingerir bebidas o comidas tradicionales, estar acompañadas durante el parto, la posibilidad de adoptar la posición más cómoda a la que está acostumbrada en el momento del parto u otras reconocidas.
4. **Atención oportuna y apropiada de las emergencias obstétricas y neonatales;** aspecto fundamental para reducir las muertes maternas. Una vez tratadas, estas emergencias, y la atención del parto normal, se convierten en un momento crucial de consejería para la aceptación de algún método que permita los espaciamientos entre embarazos o evite los embarazos no deseados.

Estos 4 pilares se sustentan en principios que deben tener expresión operativa de manera concreta en todos los contenidos de la estrategia. Estos elementos son: La Atención Primaria en Salud, el género, la interculturalidad y los derechos humanos. A continuación una descripción conceptual de lo que estos principios representan para la estrategia CONE en Panamá:

1. Atención Primaria en Salud

La atención primaria de Salud (APS) es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan cubrir en todas y cada una de las etapas del desarrollo²⁴.

2. Género

El género alude a la construcción sociocultural e histórica de la feminidad y masculinidad. Se refiere a los significados, valores sociales y culturales, otorgados a las diferencias biológicas observables entre los sexos. Cuando se habla de las relaciones de género, se hace referencia a las maneras cómo las sociedades y culturas estructuran la interacción entre las categorías sociales de “hombre” y “mujer”, en un marco de distribución de poder, prestigio, responsabilidades, tareas y beneficios²⁵.

El género es un eje transversal de la maternidad segura en Panamá porque las relaciones de género tienen un impacto profundo sobre las posibilidades de la mujer de tomar decisiones y acciones respecto al número de hijos, su utilización de los servicios de atención, parto y puerperio, e incluso en relación a las emergencias obstétricas. Tanto la evidencia internacional como la experiencia nacional en la

²⁴ Declaración de Alma Ata, Atención Primaria en Salud, OMS, Alma Ata 1978

²⁵ BantHaver 2001

Comarca Ngäbe-Buglé²⁶ han demostrado que la inclusión de una perspectiva de género en los programas de salud es clave para la reducción de la mortalidad materna y neonatal.

3. Derechos

Un enfoque desde los derechos integra las normas, estándares y principios de igualdad, equidad, rendición de cuentas, empoderamiento y participación del sistema internacional de derechos humanos; éste incluye la no-discriminación (por acción u omisión), y la atención de los grupos considerados vulnerables.

Teniendo en cuenta que no existe una definición única y universal de población vulnerable, es fundamental disponer de información desagregada que permita la identificación y adecuación y adaptación de manera específica a cada contexto. En el marco de la Estrategia CONE, el enfoque de derechos incluye principalmente a los derechos sexuales y reproductivos, y los derechos culturales.

4. Interculturalidad

Se entiende por interculturalidad el proceso social de interacción, basado en el reconocimiento, la validez intrínseca, el respeto de las diferencias culturales y la posibilidad de intercambio entre sujetos de contextos socioculturales diversos. La interculturalidad supone el reconocimiento de la diversidad, pero la trasciende al concebir la construcción conjunta por un cambio que beneficia a una colectividad en común²⁷.

En Panamá, la interculturalidad se hace realidad en forma de diálogos interculturales entre los equipos de salud y las comunidades, incluyendo en este diálogo a las autoridades locales, y en base al respeto de las preferencias y costumbres de las mujeres y sus familiares.

La Estrategia servirá para reforzar los compromisos de los proveedores de salud relacionados con la interculturalidad establecidos por las Normas, especialmente en relación al respeto de los deseos de la mujer, entre otros, como tener un acompañante en el parto, posición en la que desea tener su parto, uso de medicamentos tradicionales y recibir consejería sobre planificación familiar adecuada y respetuosa de sus concepciones culturales. También debe servir para fortalecer los compromisos de la mujer, su familia y sus comunidades para la atención calificada profesional de la mujer y del neonato.

B. Modelo de Las Cuatro Demoras

²⁶ Castro, 2012

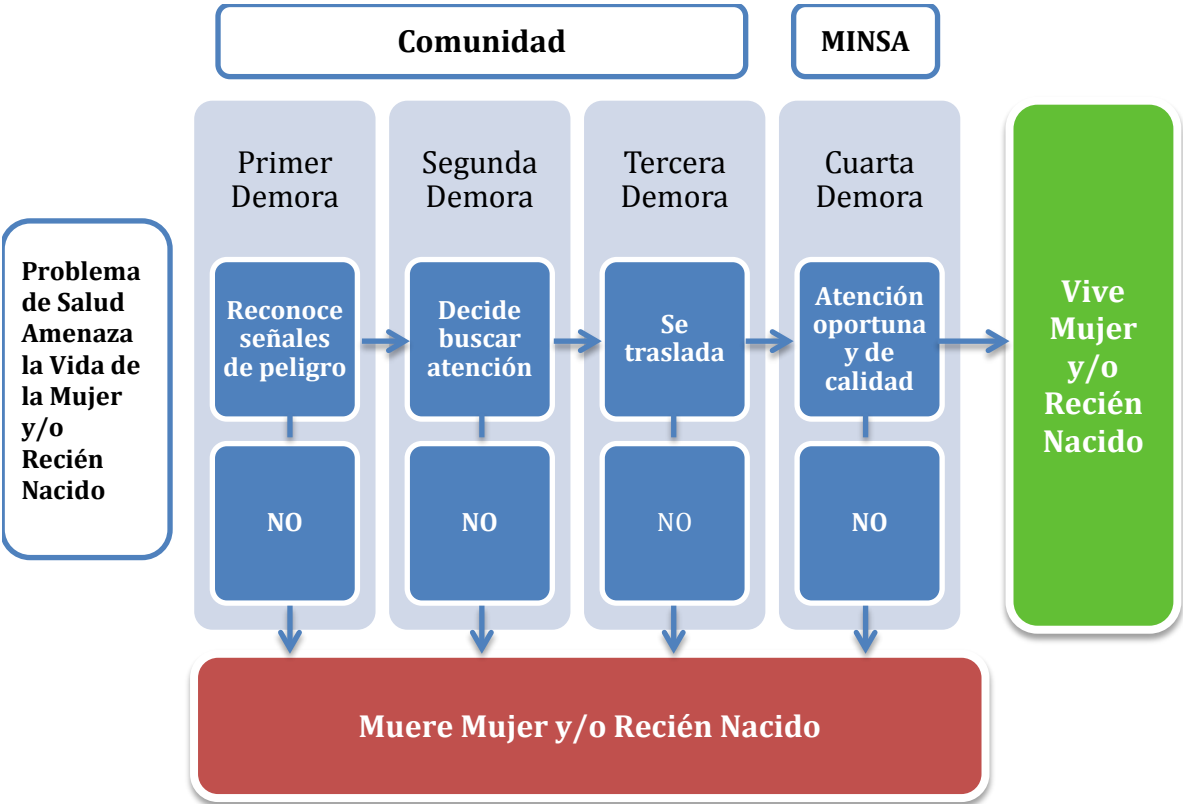
²⁷ BantHaver 2001

El modelo de la Maternidad Segura establece en su cuarto pilar que las emergencias obstétricas y neonatales deben tratarse adecuadamente. Sin embargo, previo a la llegada a los servicios de salud, la embarazada o el neonato con complicaciones a menudo se encuentran con obstáculos que demoran el acceso a los servicios de salud, Estas demoras están relacionadas con la falta de información y de decisión en buscar ayuda, dificultades en el transporte y demoras prolongadas para la obtención de los servicios.

El Modelo de las Cuatro Demoras permite entender y dar respuesta a estos factores condicionantes que limitan el acceso a los servicios de salud en situación de emergencia obstétrica y neonatal.

En la Figura 2 se muestran las 4 demoras y a continuación se explican cada una de ellas.

Figura 2: Las Cuatro Demoras: El camino hacia la supervivencia o Muerte Materna o Perinatal



Fuente: Adaptación del modelo de análisis de Koblinsky, M y Maine, D Las Tres Demoras

1. Primera Demora: Demora en Reconocer las señales de Peligro

La primera demora se refiere al reconocimiento de las señales de peligro asociadas con las complicaciones del embarazo, parto, puerperio, y de los recién nacidos. Dada la relativa baja frecuencia con que se producen complicaciones obstétricas en la mujer y neonatales en el RN, su conocimiento y el de su red social al respecto, es por lo general, bastante limitado. Como consecuencia, las mujeres y su familia no reconocen a tiempo las señales de peligro y su relevancia para la vida de la mujer y del recién nacido. Debido a esta tardanza en reconocer las señales de complicación en cualquiera de las fases, a menudo la decisión de buscar ayuda profesional competente se toma tarde o no se toma.

Esta primera demora puede paliarse con acciones de promoción, comunicación y educación, que contribuyan a mejorar el conocimiento de las señales de peligro entre las mujeres en edad fértil, sus familias y sus comunidades.

2. Segunda Demora: Demora en tomar la decisión de buscar ayuda

La segunda demora se refiere a la tardanza en tomar la decisión de trasladar a la mujer al servicio de salud. En Panamá, esto se debe fundamentalmente a factores socioculturales y de género, tales como:

- La inequidad de género: si bien la mujer reconoce las señales de peligro, quienes toman las decisiones son otros miembros de la familia -la pareja, la suegra, la madre, la abuela, etc.-
- La tendencia inicial a utilizar remedios locales poco efectivos.
- La estructura de poder de la comunidad: quien toma la decisión puede ser la partera o la comunidad misma.

Otros factores son:

- La reputación de los servicios de atención: es probable que las personas no busquen ayuda rápida o no lo hagan en absoluto si piensan que los servicios son de mala calidad.
- Las distancias a los servicios de salud y el coste del transporte o de la atención pueden llevar a una mujer a desistir de acudir al servicio de salud.
- La falta de conocimiento sobre dónde acudir en caso de complicaciones.
- La percepción de que los servicios no tienen los medicamentos y los medios adecuados y que el trato del personal de salud no es agradable, ni adecuado si las mujeres deciden acudir a ellos.²⁸
- El temor de que la alimentación que les proporcionan en el centro de salud u hospital tras el parto, no siempre es acorde a sus creencias y prácticas culturales²⁹.

En el contexto de las Comarcas Indígenas y áreas rurales dispersas de Panamá estos factores son cruciales.

²⁸ Souza, C, 2010. Ward y Bill, 2011

²⁹ Quintero, 2009

3. Tercera Demora: Demora en llegar al establecimiento de salud

La tercera demora está relacionada con el tiempo que lleva el traslado desde la comunidad a la instalación de salud más apropiada. Las barreras de acceso para las mujeres que residen en áreas distantes o de orografía complicada y como consecuencia de difíciles condiciones climatológicas, son de los problemas más citados como barreras a la atención obstétrica / neonatal de emergencia entre la población de las Comarcas Indígenas y áreas rurales dispersas por los estudios en Panamá³⁰. En muchas de éstas, las personas tienen que caminar horas para llegar a una carretera o poder ser transportadas en lancha o bote.

El costo de los traslados y la falta de combustible en algunas comunidades contribuyen enormemente a que se dé la tercera demora. En algunas áreas de las Comarcas el costo de traslado puede ser equivalente o aún más que el ingreso anual de una familia. En el caso de la mujer, pareja o familia que toma la decisión de buscar ayuda, con frecuencia la siguiente dificultad es la extensa duración de su traslado o el de su recién nacido a un establecimiento de salud con capacidad resolutive, pues las largas distancias, asociadas con malas condiciones climatológicas dificultan la llegada a las instalaciones de salud.

La Estrategia CONE establece las siguientes sub-estrategias, fundamentales para mitigar el efecto de las tres primeras demoras: la información asociada al cambio de comportamiento, la creación de albergues maternos, los planes de parto individuales y comunitarios, y un sistema de referencia y respuesta que tome como punto de partida la comunidad.

4. Cuarta Demora: Demora en recibir atención de calidad

La Cuarta Demora está relacionada con el espacio de tiempo desde que la mujer o el recién nacido llegan a una instalación del sistema de salud, hasta que reciben efectivamente la atención que resuelve la complicación obstétrica o neonatal. Esta demora es consecuencia de múltiples factores que afectan la oferta de los servicios, entre otros:

- La ausencia de transporte disponible para el traslado de urgencias del primer nivel de atención a niveles de mayor nivel de resolución.
- La falta de un sistema de referencia acotado a las especificidades de las complicaciones obstétricas y neonatales.
- La falta de capacitación de los proveedores en el manejo de las complicaciones según su nivel resolutivo (incumplimiento de las normas de atención, trámites administrativos que ocasionan retraso en la atención, tratamientos médicos inadecuados e inoportunos e inadecuación de la identificación del riesgo)
- La falta de asistencia oportuna para la atención médica y la falta de cobertura de asistencia médica como consecuencia de la inexistencia de personal, o la falta de disponibilidad.
- La falta de insumos de salud reproductiva importantes para la estabilización de la mujer/recién nacido y/o la resolución de las complicaciones.

³⁰ Ward y Bill, 2011, Quintero, 2009, PAHO, 2007, SMI2015, 2014b

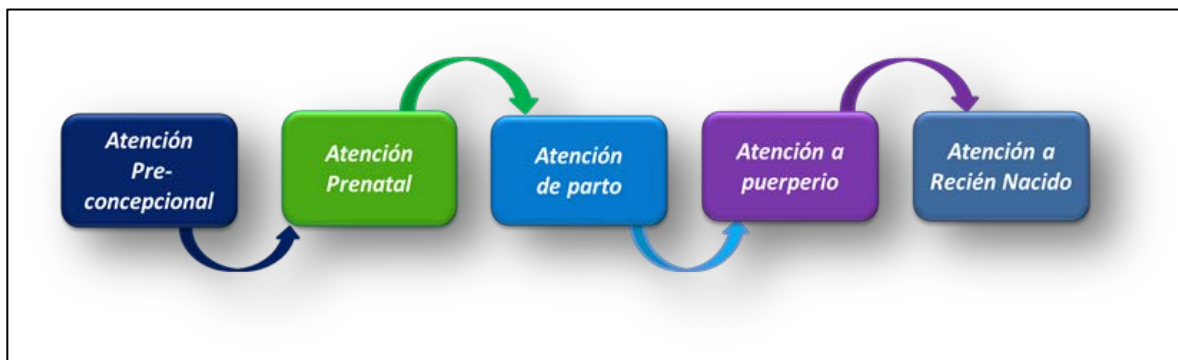
C. Ejes Transversales de la Estrategia

Para la definición de los componentes y sub-estrategias de la Estrategia CONE, se han considerado los siguientes ejes transversales: el continuo de la atención, la calidad y el enfoque sistémico. Para fines de la estrategia estos ejes transversales constituyen atributos sustanciales considerados, en el diseño y serán también considerados en la implementación. A continuación se presenta la definición de cada uno de ellos:

1. Continuo de la Atención

El continuo de la atención identifica los riesgos físicos y sociales presentes durante, los diferentes momentos de los ciclos de vida: de acuerdo a esta lógica se fomenta la consulta preconcepcional de las mujeres para conseguir un embarazo en las mejores condiciones y disminuir el riesgo de enfermar o morir, una vez embarazada se pretende dar el cuidado de mayor calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio y al recién nacido, con la finalidad de lograr una maternidad y nacimientos seguros y limitar la posibilidad de tener resultados negativos en salud en fases posteriores de la vida³¹. Para fines de la Estrategia, el continuo de la atención es la base para la definición del Componente de Atención.

Figura 3: Continuo de la Atención



Fuente: Guías para el Continuo de la Atención de la Mujer y RN focalizada en APS. CLAP. 2010.

2. Calidad

La calidad consiste en el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se sabe que son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tienen la capacidad de producir un impacto sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición³². En consecuencia, la calidad de la atención debe definirse desde las normas técnicas del proveedor y las expectativas del paciente, tomando en consideración el contexto local. Esto implica que una gestión efectiva e integral de la calidad comienza y se fundamenta en un conjunto de “normas”, las que no sólo obedecen a criterios de eficiencia y seguridad técnica del proveedor sino que deben considerar e idealmente sobrepasar las

³¹ Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital. WHO/NMH/HPS/00.2

³² M. I. Roemer y C. Montoya Aguilar, OMS, 1988

expectativas de la población usuaria.

Los programas de calidad basan sus acciones en el modelo de Joseph Juran que consta de tres componentes: diseño, control y mejora continua. Estos componentes se describen a continuación:

Primer componente: Diseño de la Calidad

Comprende e inicia con la planificación de la calidad, definiendo que procesos y procedimientos de atención obstétrica neonatal, se abordan con un enfoque de gestión de calidad. Seguido para cada uno de éstos, identificar o establecer en caso no lo tengan, las normas de calidad.

Los enfoques de gestión integral, incluyen y consideran tanto las normas de entrada como de proceso que incluyen protocolos, guías de prácticas clínicas, etc., así como de resultados. Las normas de calidad, se sustentan y por tanto, para su diseño se aplican las dimensiones de la calidad, que permiten aplicar un enfoque integral, que considera todos los ángulos y perspectivas de la atención de CONE, que aseguran a los equipos una gestión integral de calidad y no exclusivamente de seguridad clínica. Las dimensiones de la calidad a considerar, para contar con Normas de Calidad que permitan implementar un enfoque integral para la gestión efectiva de los servicios de CONE, incluyen:

- Competencia técnica: Relacionado al nivel de conocimientos, habilidades, capacidad, experiencia y desempeño actual en CONE, del personal clínico, de apoyo técnico y administrativo.
- Acceso y Rapidez de los Servicios: Grado en el cual el otorgamiento de los servicios obstétricos neonatales, brindados en forma oportuna, al momento de ser requeridos y estos no son restringidos por barreras geográficas, económicas, sociales, culturales, organizacionales o lingüísticas.
- Eficacia: Grado de relación entre un procedimiento aplicado de CONE y los resultados esperados.
- Relaciones Interpersonales: La calidad de la interacción y el trato, interés y actitud entre proveedores y clientes, gerentes y proveedores de servicios de CONE, y el equipo de servicios de la unidad de salud y la comunidad.
- Eficiencia: Consiste en suministrar el mayor beneficio, la mayor cantidad de productos; bienes o servicios de CONE con los recursos que se cuenta. Esto incluye las mayores coberturas y metas de producción al menor costo o un costo asequible.
- Continuidad: Grado en el cual los clientes reciben la serie completa de servicios de CONE que necesitan sin sufrir interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento.
- Seguridad: Implica la reducción de riesgos, de infecciones, complicaciones, efectos colaterales perjudiciales u otros peligros que pudieran relacionarse con la prestación de servicios de CONE.
- Comodidades: Las características de los servicios de salud donde se brindan los de CONE, que no están directamente relacionados con la eficacia clínica, pero que agregan valor y acrecientan la satisfacción del cliente y su deseo de volver en el futuro. Incluye la privacidad y comodidad para los diversos procedimientos de CONE, como los de consejería, entre otros.

Para cada procedimiento de CONE, se identifican y seleccionan aquellas dimensiones que constituyen factores críticos a medir y asegurar su cumplimiento de forma continua y sistemática, que no pueden faltar para asegurar un desempeño con calidad de dicho procedimiento. Por ejemplo, para el caso de consejería, las más importantes dimensiones a considerar sean la competencia técnica, la eficacia, las relaciones interpersonales, la seguridad y las comodidades.

Identificadas las dimensiones críticas y esenciales para asegurar un desempeño de calidad en cada procedimiento de CONE, es fundamental establecer la situación de calidad deseada.

El conjunto de Normas de Calidad de los procesos de CONE, corresponden a la “situación deseada o esperada” y todo el personal de la unidad de salud debe ser comunicado y orientado sobre éstas para su efectivo cumplimiento. Para medir su cumplimiento es preciso identificar o construir el o los indicadores a utilizar. En muchas ocasiones las normas de calidad disponibles en los diferentes programas del MINSA, cuentan ya con los indicadores para medir su desempeño / cumplimiento.

Es muy probable que no se logre satisfacer al 100% de mujeres atendidas, todo el tiempo, por lo que habrá que definir un “UMBRAL” o rango de normalidad a aceptar. Quizás lo esperado será un umbral de 90 a 100%. Este umbral de lo que se considerará el rango de normalidad a aceptar hay que definirlo para cada indicador. Algunos indicadores, sobre todo los relacionados a la dimensión de seguridad técnica o clínica, como el caso de las buenas prácticas de consejería, puede que no permitan un umbral, en cuyo caso este corresponderá al 100% de los casos atendidos, pues cualquier margen por debajo, implicará atender a alguna usuaria con riesgos de producir complicaciones o lesiones que no deben de suceder bajo un enfoque de calidad de la atención.

Segundo componente: El control

Acá se monitorea o verifica el cumplimiento de las normas de calidad, que incluye la aplicación de las prácticas que han sido universalmente probadas y son seguras y necesarias para brindar servicios CONE de calidad a través del uso de indicadores para medir de forma objetiva y cuantitativa su desempeño, registrándose la información de su cumplimiento en los formatos e instrumentos de registros vigentes por el MINSA o en aquellos que habrán de diseñarse para el efecto. Esta información brinda la evidencia acerca del desempeño o situación “real” que se analiza comparativamente contra la situación deseada o esperada previamente diseñada en el primer momento; en otras palabras establecida en las normas de Calidad de los diferentes procesos de CONE. Esto permite identificar si existe o no una brecha o variación en su cumplimiento, también conocida como problema u oportunidad de mejora. De existir alguna se procede a un tercer componente o momento.

Tercer componente Mejora Continua.

Éste analiza la brecha, variación o problema, entre la norma y el desempeño, identificando sus causas más relevantes y se elabora un plan para reducirlas o eliminarlas o bien de mejora o innovación. Seguidamente, se implementa dicho plan, se continúa su monitoreo y registra su evolución sistemáticamente. De existir mejoras de forma continua y permanente, se comienza otro nuevo ciclo y así sucesivamente.

Para promover y fortalecer la aplicación del enfoque de calidad de manera integral y efectiva, es necesario:

1. Elaborar y/o actualizar periódicamente un programa de desarrollo / actualización de competencias a equipos multidisciplinarios a cargo de la prestación de servicios de CONE.
2. Seleccionar y organizar los equipos participantes de los programas periódicos de desarrollo / actualización de competencias en el enfoque de gestión integral de la calidad de los servicios de CONE.

3. Desarrollar / actualizar los materiales a emplear.
4. Llevar a cabo procesos periódicos y sistemáticos de desarrollo / actualización y certificación de competencias a equipos seleccionados. Preferentemente de forma anual, para involucrar y desarrollar las competencias requeridas de aquellos nuevos miembros que se incorporaron a la prestación de servicios de CONE y/o actualizar a aquellos miembros que lo requieran.
5. Desarrollo / validación / ajustes a nuevas técnicas y herramientas para la mejora continua de la calidad que se requiera implementar.
6. Formación y fortalecimiento de equipos permanentes de análisis y mejora continua de la calidad de la atención en CONE en las unidades de salud del MINSA.
7. Orientar los programas de incentivos a la calidad, a equipos cuya contribución a una gestión efectiva e integral de la calidad en los servicios de CONE sea relevante y significativa.
8. Mantener un programa permanente de difusión, comunicación y orientación sobre los avances, logros y retos de la calidad a nivel de las jurisdicciones, sus establecimientos y equipos de atención en CONE.

El MINSA, dentro de los diferentes programas, cuenta con diversas normas e indicadores para medir el desempeño y el cumplimiento en sus procesos, de las dimensiones mencionadas en el componente de diseño de la calidad. En aquellas áreas donde hasta la fecha no se cuenta con normas definidas, el MINSA se compromete a elaborarlas e implementarlas mediante programas adecuados y en base a los lineamientos establecidos para una gestión de la calidad.

3. Enfoque sistémico

Los componentes de la estrategia: **Atención, Provisión y Gestión**, funcionan articuladamente como un sistema, ya que para brindar **Atención** se necesita de normas y protocolos de atención (que nos indican como hacerlo), insumos básicos, medicamentos, materiales e instrumentos (con que hacerlo), organizar la red de para la **Provisión** de los servicios (que nos señala en el ámbito donde se prestará la atención) y es a través de la **Gestión** de los servicios que se garantiza que se brinde la atención y se organice la provisión de los servicios.

El enfoque sistémico visualiza la atención Materna Neonatal y el modelo de las cuatro demoras, como conceptos íntimamente interrelacionados en el marco del Sistema de Salud. Éstos parten de los cuatro pilares de la maternidad segura, sustentados a su vez en la participación comunitaria, transformados en procesos de atención. Su aplicación se inicia con la atención preconcepcional y finaliza con la atención durante el puerperio y del neonato. La Figura 4 muestra la interrelación de los modelos, principios básicos y ejes transversales de la estrategia en el sistema de salud.

La aplicación del enfoque sistémico, permitirá interrelacionar los procedimientos de atención que se corresponden con la perspectiva de la oferta y visión de los proveedores de servicios; con la demanda y cosmovisión de la población demandante de los mismos.

Figura 4: Procesos de atención materno-neonatal



VII. Estrategia de CONE para Panamá

La estrategia CONE está basada en la premisa que todas las mujeres requieren cuidados desde la etapa pre-concepcional y hasta el puerperio y recién nacido, además parte de la premisa que el 15% de mujeres en estado grávido o puerperal desarrollarán complicaciones obstétricas y el 10% de los neonatos complicaciones neonatales.

La estrategia CONE en Panamá establece los lineamientos técnico-normativos que aseguran las condiciones óptimas para que las mujeres en edad fértil y los recién nacido/as hasta 28 días de vida de las tres comarcas indígenas y áreas rurales dispersas de Panamá reciban una cartera de servicios de salud de calidad basados en la atención primaria en salud y con enfoque de derechos, género e interculturalidad en el marco de la salud sexual y reproductiva.

CONE es una estrategia operativa que ha demostrado alta efectividad, organizando la entrega de la cartera de servicios en tres niveles de atención de complejidad y capacidad resolutoria creciente desde la comunidad hasta los hospitales. Estos niveles de atención se dividen en CONE ambulatorio (que tiene una expresión comunitaria e institucional), CONE Básico y CONE completo, estos dos últimos funcionan las 24 horas del día, todos los días del año. Estos niveles de atención se organizan en redes de servicios CONE los cuales son apoyados por medio de sistemas organizacionales del MINSA que aseguren las condiciones de operación óptimas.

La operativización de la estrategia CONE, se organiza en tres componentes; atención, provisión y gestión, los cuales permiten enfocar las acciones en la demanda y organizar sistemáticamente la oferta, con el fin de asegurar la atención oportuna y de calidad a la población objetivo. El esquema de este modelo se detalla a continuación en la Figura 5.

Figura 5: Componentes básicos de la Estrategia CONE en Panamá



Estos Componentes básicos no están aislados, sino que están inscritos y vinculados “Sistémicamente” con la funcionalidad y prioridad del MINSA, el Sector Salud, el Sector Público y lo Suprasectorial como es la relación y vínculos necesarios con los otros Ministerios Sociales y sobre todo el Ministerio de Economía y Finanzas, la Asamblea Legislativa, la Contraloría General de la República y otros actores de posibilidades potenciales para la Estrategia como las Agencias Multilaterales, Donantes, entre otros, que resultaran en perspectiva determinantes para lograr los recursos necesarios para la sostenibilidad, continuidad e institucionalización de la Estrategia, además de potenciarla como políticas de estado en el tiempo mas allá de los cambios de autoridades.

La estrategia está planificada para atender a las mujeres y a los recién nacidos de manera integral, considerando su entorno socio cultural y sus necesidades a lo largo del curso de la vida.

El **componente de atención** responde a las cuestiones:

- ¿A quiénes atenderemos?
- ¿Qué servicios les ofreceremos?
- ¿En qué ambiente los brindaremos?
- ¿Cómo?, ¿Con qué les atenderemos?

El componente de **provisión de servicios** responde a:

- ¿Quiénes prestarán los servicios?
- ¿Cómo organizaremos la red de servicios de salud?

El componente de **gestión de servicios** por su parte responde a:

- ¿Cómo se obtendrán los recursos, insumos y procesos de los sistemas involucrados?
- ¿Cómo se manejarán los recursos, insumos y procesos de los sistemas organizacionales directos y los de apoyo?

Para que funcionen todos estos componentes, son necesarias la integración y la adicionalidad de las acciones (representadas por las flechas que atraviesan los distintos componentes en la figura 5). Partiendo de la demanda, seguimos por definir cómo se va a dar respuesta a la misma con la mejor calidad y seguridad posibles y dentro de los lineamientos de gestión que permitan la sostenibilidad y la relación costo-efectividad para el logro de los objetivos planteados. A continuación veremos en detalle la definición de cada uno de estos tres componentes.

A. Componente de Atención

La atención se refiere a los cuidados en sí mismos que reciben la mujer y el neonato, desde el período pre-concepcional y durante el embarazo, parto y puerperio, permitiendo asegurar la evolución normal del proceso reproductivo, y al mismo tiempo, identificar tempranamente las señales de peligro y las complicaciones. Este componente define la cartera de servicios que se presta a la mujer y al niño en el marco del continuo de la atención –definida anteriormente–, en qué ambiente(s), cómo y con qué normas, protocolos y manuales se brindarán dichos servicios.

El componente de atención de la Estrategia CONE en Panamá, amparándose en la normativa nacional y en los protocolos aplicables a cada proceso de atención, identifica la población objeto y define la cartera de servicios que se brindarán y los ambientes donde se ofrecerán dichos servicios. A continuación se detallan estos tres elementos:

¿A qué población o segmento de la población atenderemos? (de acuerdo al curso de vida):

- A la mujer en período preconcepcional
- A la mujer embarazada
- A la mujer en atención de parto
- A la mujer puérpera
- Al neonato

¿Qué servicios les ofreceremos?: un conjunto de servicios de promoción, prevención y atención de:

- Atención preconcepcional
- Atención prenatal
- Atención del parto limpio y seguro
- Atención de la mujer en el puerperio
- Atención del neonato

¿En qué ambientes los brindaremos? De acuerdo a los ambientes que plantea CONE:

- Comunitario (CONE ambulatorio comunitario)
- Institucional (CONE ambulatorio institucional, básico y completo)

¿Cómo les atenderemos?: Siguiendo los flujos de atención (algoritmos) y diseñando o adaptando aquéllos necesarios para cada servicio que se ofrecerá, según niveles resolutivos de atención.

¿Con qué les atenderemos? Mediante la aplicación de la normativa nacional y de las Guías de Práctica Clínica para cada proceso de atención; para ello proporcionaremos los lineamientos –basados en evidencia científica- que habrán de seguirse para brindar una atención segura, efectiva y con el menor riesgo posible en la atención a la población objetivo.

1. Niveles de Atención CONE

Para garantizar la atención dentro de la estrategia CONE, esta se organiza en tres niveles de atención con distinto grado de complejidad y capacidad resolutiva, definidos a su vez según las necesidades de la demanda en la población objetivo. Estos niveles de atención son: CONE ambulatorio (comunitario e institucional), CONE básico y CONE completo. Estos niveles de atención son la base sobre la cual se construirán las redes integradas CONE. A continuación se detalla la formación y composición de cada uno de ellos.

a. CONE Ambulatorio (comunitario e institucional)

CONE Ambulatorio: Es una modalidad de la estrategia CONE que se ofrece tanto en la comunidad como en las instalaciones de salud, con fines prioritarios de promoción³³ y prevención³⁴ de la salud. Busca que las personas, la familia, la comunidad así como las instancias institucionales participen en la prevención de la salud de la mujer embarazada desde la etapa pre-concepcional hasta el recién nacido. El CONE Ambulatorio incluye el Plan de Parto, la Estrategia de Cambio de Comportamiento, los Albergues Maternos y las Giras Itinerantes. En las instalaciones de salud y las Giras Itinerantes incluye también la atención, incluyendo el control prenatal y post-parto.

El CONE ambulatorio en su expresión Comunitaria incluye intervenciones (sub-estrategias) mediante las cuales se realizan las acciones de promoción, prevención y atención del proceso reproductivo de acuerdo al continuo de atención. Para ser implementadas con éxito, estas sub-estrategias requieren de una fuerte y amplia participación comunitaria, formada por comités de salud, voluntarios, parteras, médicos tradicionales, organizaciones comunitarias, actores y líderes clave.

Para implementar con éxito estas intervenciones es necesario contar con una fuerte y amplia plataforma comunitaria conformada por comités de salud, voluntarios, parteras, terapeutas tradicionales,

³³ La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud. Carta de Ottawa, 1986. OMS.

³⁴ La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. adaptada del Glosario de Términos utilizado en la serie Salud para Todos, OMS, Ginebra, 1984.

organizaciones, actores y líderes clave³⁵. Cuanto mayor sea el conocimiento y alcance de la comunidad, más numerosas serán las acciones para promover la salud, y mayor la participación conjunta en la búsqueda de soluciones para satisfacer las necesidades de salud materna y neonatal.

El CONE AMBULATORIO en su expresión Institucional, tiene la finalidad primordial de brindar atención de promoción, prevención y atención de la salud en los servicios del primer nivel de atención del MINSA. Para **finés de esta estrategia**, son los siguientes:

- Puestos de Salud
- Sub-centros de Salud
- Centros de Salud sin camas
- Giras itinerantes

Giras itinerantes

Con el objetivo de reforzar la prestación de servicios de atención primaria en salud en poblaciones alejadas y en situación de pobreza (a más de una hora de centros de salud con médico y enfermera), se aprovecha de las giras itinerantes.

Las giras itinerantes, tal como se establece en los reglamentos operativos de provisión del MINSA, obedecen a una modalidad de atención itinerante cuyo objetivo central es reforzar los servicios y apoyar con el aumento de cobertura de servicios preventivos y de atención básica en las comunidades más alejadas.

Las giras itinerantes están dentro del nivel CONE ambulatorio y se insertan en las microrredes CONE brindando una Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP) de promoción, prevención y atención básica, incluidos los servicios de salud materno-infantiles. Las giras itinerantes en lo que respecta a las prestaciones de CONE se articularán a los centros de salud cabecera de micro-red y cabecera de red CONE.

Cada uno de estos servicios de salud, junto con sus comunidades asignadas, conforma un CONE ambulatorio que deberá ser analizado de acuerdo a su capacidad resolutoria en función de los criterios que se definan para la posterior conformación de redes.

Las principales funciones del **CONE ambulatorio** son:

1. Organizar y fortalecer los comités para el apoyo a las sub-estrategias de salud materna y neonatal a nivel comunitario.
2. Desarrollar sub-estrategias comunitarias específicas para el mejoramiento de la salud materna y neonatal. Por ejemplo, un plan de parto, un sistema de comunicación para el cambio y adopción de prácticas saludables, albergues maternos, etc.
3. La atención prenatal normal.
4. La atención excepcional del parto y del recién nacido (cuando el parto es inminente o de

³⁵ La resolución OMS/ICM/FIGO-2003.70 dice: “la promoción de la salud debe ser realizada por y con la gente, sin que se le imponga, ampliando la capacidad de las personas para obrar y la de los grupos, organizaciones o comunidades para influir en los factores determinantes de la salud”.

embarazadas en trabajo de parto con dificultades de acceso a CONE básico de acuerdo a la norma).

5. La referencia inmediata de la mujer y su recién nacido normal luego de un parto inminente o domiciliario
6. La atención de recién nacido normal ya referido por el CONE Básico.
7. La atención del puerperio durante los siete días posteriores al parto, ya visto por el CONE Básico.
8. La detección y referencia inmediata de casos con signos de peligro / alarma o con riesgos obstétricos y neonatales.
9. Detección temprana, manejo inicial de estabilización y referencia inmediata de complicaciones obstétricas y del neonato.

b. CONE Básico

El **CONE BÁSICO** tiene la finalidad de atender los partos y recién nacidos normales, el reconocimiento del riesgo y la identificación, diagnóstico, estabilización (manejo inicial) y referencia de las complicaciones obstétricas y neonatales surgidas durante el proceso de atención del parto institucional o del referido a su instancia. Para **fines de esta estrategia**, lo componen:

- Los Centros de Salud que atienden partos
- Los MINSA-CAPSI
- Los Hospitales Rurales

Las principales funciones del **CONE básico** son, además de la totalidad de las funciones del CONE ambulatorio, las siguientes:

1. Atención del parto normal
2. Aplicar antibióticos parenterales
3. Aplicar oxitócicos parenterales (oxitocina)
4. Aplicar anticonvulsivantes parenterales (sulfato de Mg)
5. Extracción manual de placenta
6. Extraer los productos retenidos (AMEU/LUI)
7. Realizar reanimación neonatal (bolsa, ambú, máscara)

c. CONE Completo

El **CONE COMPLETO** tiene la finalidad de atender los partos normales (cuando así lo defina la cartera de servicios) y resolver las complicaciones obstétricas y neonatales. Los CONE completos pueden ser sin Cuidados Intensivos o con Cuidados Intensivos. Para **fines de esta estrategia**, lo componen el Hospital General, los Hospitales Regionales, Hospitales especializados y algunos Hospitales Rurales.

Cada uno de estos servicios de salud constituye en sí mismo un CONE completo. Éste a su vez será analizado según su capacidad resolutoria conjuntamente con los CONE ambulatorio y básicos de los que provienen las mujeres o neonatos. Posteriormente, con los CONE ambulatorio

y básicos, en función de los criterios que se definan, se conformarán en redes obstétricas neonatales.

Las principales funciones del **CONE completo** son, además de la totalidad de las funciones de los CONE básicos, las siguientes:

1. Atención neonatal normal y complicado
2. Disponibilidad de sangre segura
3. Cirugía obstétrica: las cesáreas o asociados

2. Sub-estrategias para la Operativización

La estrategia CONE cuenta con sub estrategias, que facilitan su operativización y están dirigidas principalmente a fortalecer aspectos relacionados a la demanda, con un importante énfasis en la comunidad y sus actores estas líneas de acción son sub estrategias y se describen a continuación:

a. Plan de Parto

El propósito central del plan de parto es contribuir a la reducción de la mortalidad materna y neonatal mediante intervenciones que promuevan la participación de la pareja, la familia y la comunidad organizadapara asegurarles un acceso más conveniente y oportuno a las redes de servicios de salud, en un marco de respeto a la cosmovisión de las poblaciones indígenas³⁶. El plan de parto es implementado por el servicio de salud incluido en el CONE ambulatorio, mediante la organización de equipos Comunitarios, responsables de operativizar la sub-estrategia en cada comunidad. Las actividades para ello incluyen, entre otras, la organización del traslado de la mujer y acompañante a la instalación de salud, la implementación de actividades de promoción y prevención del Plan de Parto. El ámbito de aplicación son los tres niveles de CONE ambulatorio, básico y completo.

La conceptualización y los mecanismos de operación para la sub-estrategia de Plan de Parto están contenidos en los Lineamientos Operativos del Plan de Parto del MINSA.

b. Cambio y Adopción de Prácticas en Salud

El propósito de la sub-estrategia de Cambio y Adopción de Prácticas en Salud es incrementar la demanda de los servicios de salud reproductiva, transfiriendo a las mujeres en edad fértil, y a los actores de sus redes sociales, los conocimientos que les permitan desarrollar una percepción positiva de los servicios de salud, y les motiven para demandar oportunamente esos servicios cuando sientan que lo necesitan, para tener embarazos y partos más seguros y obtener los medios para tener un control consciente sobre su fertilidad.

La estrategia sigue una serie de fases que actúan de manera paralela. La primera fase tiene por objetivo **canalizar a la población objetivo hacia los servicios de salud** donde recibirán orientación y consejería, lo que constituye la columna vertebral de la comunicación para el cambio de comportamientos. Esta primera etapa abarcará a todas las audiencias para que las de índole secundaria estimulen a las mujeres en edad fértil a buscar la atención de los servicios de salud prioritariamente para atender sus partos. El propósito es aumentar la demanda de los servicios de salud en relación a atención de los embarazos, los partos institucionales, la atención del neonato y la planificación familiar.

Paralelamente, una estrategia aplicada en los servicios de salud **proporcionará a los proveedores las capacidades, competencias y herramientas educativas** para ofrecer a la población de las Comarcas una atención de calidad y la orientación necesaria sobre las prácticas concretas mejoradas que las mujeres necesitarán aplicar para asegurar un embarazo y parto seguros. El objetivo de esta fase es

³⁶ Lineamientos Operativos del Plan de Parto., 2014

asegurar que las mujeres que utilicen los servicios de salud reciban una atención satisfactoria, convirtiéndoles en promotoras de los servicios entre sus pares, y contribuyendo con ello a la desaparición de los prejuicios existentes sobre las debilidades de los servicios de salud. Para ello, las mujeres compartirán sus testimonios en los medios de comunicación locales y las redes sociales de las comarcas, con el aval de las autoridades comunales. Estas usuarias satisfechas, utilizando los materiales de comunicación sobre cada práctica, se convertirán en multiplicadoras, integrándose en las organizaciones comunales existentes y con el aval de las asambleas y autoridades comarcales, y dando a conocer la importancia de las prácticas de salud mejorada, y los resultados que se obtienen con ellas.

Como resultado se espera que aumente el número de mujeres en edad fértil que apoyen la estrategia y hagan uso de los servicios de salud, convirtiéndose igualmente en promotoras de los buenos resultados de la mejora de las prácticas.

Esta sub-estrategia se detalla en el documento *Estrategia de Cambio de Comportamiento para las Comarcas Indígenas y Áreas Rurales Dispersas*.³⁷

c. Albergues Maternos (AM) y Casas de Acudientes Maternas (CAM)

El Albergue Materno (AM) es un hospedaje para la mujer embarazada y su acompañante situado cerca de una instalación de salud con capacidad de atención de parto, idealmente con CONE completo o en su defecto, con ambulancia. La mujer y su acompañante pueden quedarse en el albergue durante las dos semanas que preceden al parto, reduciendo así las demoras asociadas a la mortalidad materna.

La Casa de Acudientes Maternas (CAM) se refiere al hospedaje que en su vivienda ofrecen las familias de Guna Yala a mujeres embarazadas que necesitan un lugar donde hospedarse cuando asisten a dar a luz a una instalación con CONE básico o completo. La idea de estas casas nace de los cuatro pilares de la cultura Guna basados en la solidaridad, el acompañamiento, la hermandad y la integralidad en las relaciones sociales de la población Guna. Las Casas de Acudientes están basadas en la tradición local de ofrecer hospedaje a personas que necesitan permanecer en una isla por actividades laborales o reuniones con el Congreso Local y que carece de un lugar de descanso.

Si bien los Albergues Maternos Maternos se encuentran en los alrededores de los establecimientos de salud CONE Básico, se considera que es el punto de convergencia entre las acciones comunitarias y las institucionales, ya que su utilización depende en gran medida del grado de aceptación de las mujeres y su familia, esto condicionado por las actividades de promoción desarrolladas en el ámbito comunitario. Los hospedajes maternos tienen que ser adaptados a las culturas y especificidades de cada comarca por lo tanto la modalidad de Casas Acudientes Maternas, son la alternativa culturalmente aceptada por las comunidades Gunas; igual representan la oportunidad de acercar los servicios del parto institucionales a las mujeres con dificultad en el acceso.

El propósito de los AM y las CAM es aumentar el acceso al parto institucional asistido por personal calificado, y reducir así la tercera demora -relacionada con los traslados. Además, mediante estos

³⁷ MINSA, 2014c

espacios físicos, el MINSA busca garantizar la atención profesional del parto en las instalaciones de salud que brinden atención del parto y la resolución de las complicaciones obstétricas (CONE Básico y/o CONE Completo).

En ellos se brindará hospedaje temporal a mujeres embarazadas de las áreas de difícil acceso con los siguientes objetivos: 1) aumentar el acceso al parto institucional facilitado por personal profesional cualificado de las mujeres embarazadas que residen a más de una hora de distancia de una instalación de salud con capacidad de resolución; 2) facilitar el traslado oportuno a las instalaciones de salud con capacidad de CONE Completo y Básico de las mujeres embarazadas o de puérperas y los recién nacidos que presentan complicaciones; 3) incrementar los conocimientos de la mujer embarazada y su acompañante relacionados con el embarazo, puerperio, planificación familiar, cuidados del recién nacido, detección de signos de alarma, lactancia materna y apego temprano; 4) promover la continuidad del hospedaje conjunto para favorecer la lactancia materna exclusiva y el apego precoz mediante el acercamiento emocional de la madre y su hijo o hija.

Las mujeres embarazadas que viven a más de una hora de una instalación de salud con CONE Básico o Completo tienen derecho a hospedaje en un AM o CAM durante las dos semanas que preceden al parto y pueden permanecer en esta instalación hasta dos semanas después –según sea necesario en cada caso–.

Entre las tareas asignadas a las AM y CAM se encuentran actividades de educación y consejería para mejorar el autocuidado.

En las Comarcas de Ngäbe-Buglé y Emberá-Wounaan (Región Darién) se utilizarán AM, un tipo de instalación situada en el mismo espacio físico de la instalación de salud. La responsabilidad de mantenimiento de la AM es del MINSA.

En Guna Yala las CAM son casas particulares. El hospedaje de los viajeros en casas particulares forma parte de la tradición Guna, y las CAM son una variante creada para garantizar el alojamiento a las mujeres embarazadas. La responsabilidad del MINSA consiste en asesorar y colaborar con los grupos comunitarios para la reglamentación y el financiamiento de las estadías en las CAM. Esta colaboración entre el Ministerio y las comunidades es fundamental para asegurar la adecuación cultural de los AM y el funcionamiento de las CAM. Para ello se requiere la elaboración y firma de convenios de colaboración, los cuales pueden contribuir positivamente a la sostenibilidad del modelo.

La descripción y las guías operativas para la puesta en marcha y el funcionamiento de los AM y las CAM se encuentran en *Los Lineamientos Operativos para Albergues Maternos y Casas de Acudientes para Maternidad*³⁸.

³⁸ MINSA 2014

d. Trabajo con actores de la comunidad

Parteras Las parteras son aliadas comunitarias importantes para implementación de la Estrategia de CONE en las áreas Comarcales de Panamá. No obstante, las parteras son un vínculo positivo entre las mujeres, las familias, las comunidades, las autoridades y los servicios del MINSA.³⁹.

Las funciones de las parteras son de:

- Identificar las señales de alarma y realizar la referencia oportuna de la mujer durante el embarazo, el parto, el postparto y del recién nacido.
- Negociar con las mujeres, la familia y la comunidad la transferencia oportuna a los AM o a las CAM de las mujeres embarazadas para la atención del parto.
- Participar en los procesos de capacitación comunitaria y en la difusión de la información de salud en la comunidad y en las familias.
- Convocar a la población para su participación en las Giras Itinerantes.
- Apoyar en la ejecución de las actividades de Plan de Parto y su ficha “Mi Plan de Parto”
- Alentar y acompañar a las mujeres en el uso de la atención esencial prenatal y de postparto, así como en la concurrencia para recibir atención cualificada durante el parto.
- Apoyar a las mujeres y sus recién nacidos para el autocuidado y en la observancia de recomendaciones sobre tratamiento, administración de suplementos, vacunación, visitas programadas, lactancia materna planificación de los embarazos y respuesta en situaciones de emergencia, alimentación del lactante.
- Brindar apoyo social durante y después del parto.
- Promover la planificación familiar.

Promotores comunitarios de salud: Son personas de la comunidad que hablan el idioma local y se capacitan con el propósito de promover conductas de autocuidado, promoción y prevención; que ofrecen la información necesaria sobre el tema y generan una red que multiplica las conductas saludables.

Sus funciones son, entre otras:

- Captar y referir a las mujeres para control prenatal,
- Captar y referir a los recién nacidos para el control postnatal
- Promover la Planificación familiar
- Referir a la población a jornadas de vacunación y de planificación familiar
- Promover la conformación y el funcionamiento de los comités de salud comunitarios
- Participar en los procesos de capacitación comunitaria

³⁹ OMS/ICM FIGO 2003.70

- Promover la elaboración, el seguimiento y la conclusión exitosa de los Planes de Parto
- Convocar a la población para que haga uso de los Grupos Itinerantes.

Los Medicos Tradicionales y Guias Espirituales son actores y líderes en las comunidades que tienen una relación con la salud y deben de ser considerados en las actividades relacionadas la CONE ambulatorio en la comunidad. Pueden apoyar la estrategia en las siguientes funciones:

- Referir a la población a jornadas de vacunación y de planificación familiar
- Promover la conformación y el funcionamiento de los comités de salud comunitarios
- Participar en los procesos de capacitación comunitaria
- Promover la elaboración, el seguimiento y la conclusión exitosa de los Planes de Parto
- Convocar a la población para que haga uso de los Grupos Itinerantes.

El trabajar con el equipo comunitario es responsabilidad del personal de salud que trabajen en el CONE Ambulatorio.

e. Vigilancia de la mortalidad materna y perinatal

En el marco conceptual se plantea como uno de los elementos fundamentales del mismo, el enfoque de las Cuatro Demoras para el análisis de la mortalidad materna y neonatal, esta sub-estrategia busca operativizar este análisis.

La vigilancia de la mortalidad materna y perinatal es una actividad clave para el análisis de causalidad de la mortalidad, permitiendo la identificación de factores contribuyentes al riesgo de muerte y la recomendación de medidas correctivas en los servicios de salud. El análisis puede brindar una relación de los factores condicionantes asociados con la primera y segunda demoras en la búsqueda de servicios de atención materna, en especial en los casos con signos de peligro / alarma o propiamente de emergencias obstétricas neonatales.

La cuantificación y el análisis adecuado de la morbilidad materna severa, junto con la mortalidad materna neonatal, otorgará visibilidad a la verdadera magnitud de los déficits de calidad de la atención del proceso reproductivo.

La Norma-Técnico-Administrativa de Atención Integral a la Mujer incluye los lineamientos técnicos para la vigilancia de la mortalidad materna. Por su parte, la normativa para la vigilancia de la mortalidad materna y perinatal incluye la captación, la documentación, la certificación y el análisis de las muertes maternas y neonatales. Para asegurar que esta vigilancia sea sistemática y oportuna se requiere una comunicación fluida y permanente entre los diferentes niveles que conforman la red integrada de CONE.

3. Componente de Atención por ciclo de vida

Siguiendo el esquema del continuo de la atención mostrado en las secciones a continuación se describen la cartera de servicios, los ambientes, la forma y los recursos en cada etapa.

a. Atención preconcepcional

La **atención preconcepcional** se define como el conjunto de intervenciones que se realizan a la mujer antes del embarazo para identificar y modificar factores de riesgo cuando sea posible, y para reducir daños o evitarlos en futuros embarazos.

• Planificación Familiar

La orientación / consejería en planificación familiar se ofrece a todas las mujeres en edad fértil en todas las consultas, incluyendo aquellas con mujeres adolescentes u otras no consideradas de urgencia o morbilidad grave. Esto incluye la oferta de servicios de orientación / consejería en las consultas pediátricas.

La orientación/consejería se ofrece utilizando los lineamientos de las Normas Técnico Administrativas de Atención Integral a la Mujer La Herramienta de toma de decisiones para clientes y proveedores de Planificación Familiar de la OMS y/o el Modelo de Orientación/Consejería en Planificación Familiar Intercultural. En el caso de los servicios de orientación/consejería para adolescentes, la base son las Guías de Integración y Manejo de Adolescentes y sus Necesidades (IMAN). Los proveedores de salud deben ofrecer a la mujer una amplia gama de métodos entre los que poder decidir, a partir de una discusión directa con el proveedor.

• Consulta inicial de Atención Preconcepcional

El propósito del asesoramiento en esta etapa es que la mujer y su pareja reciban toda la información necesaria para tomar decisiones conscientes sobre su futuro reproductivo. La consulta preconcepcional consiste en una entrevista programada previa al embarazo entre una mujer (o una mujer y su pareja) y el equipo de salud, con el objetivo de identificar, corregir, eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo y/o tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo. La meta del asesoramiento preconcepcional es que la mujer y su pareja reciban toda la información necesaria para tomar decisiones conscientes sobre su futuro reproductivo. A continuación, la Tabla 1 detalla la cartera de servicios y los ambientes en que se atenderán a las mujeres y/o sus parejas en el periodo preconcepcional:

Tabla 1: Cartera de Servicios y Ambientes para CONE en el periodo Pre-concepcional		
CONE Ambulatorio (comunitario e institucional)	CONE Básico	CONE Completo
Atención pre-concepcional normal - identifica y refiere complicaciones	Atención pre-concepcional normal, estabiliza y refiere complicaciones.	Focaliza en diagnóstico, manejo y resolución de complicaciones pre-concepcionales
Brindado por personal de: Nivel comunitario: Comité de Salud	Brindado por personal de: Centros de Salud que atienden partos	Brindado por personal de: Hospitales Regionales Hospitales Generales

Tabla 1: Cartera de Servicios y Ambientes para CONE en el periodo Pre-concepcional		
CONE Ambulatorio (comunitario e institucional)	CONE Básico	CONE Completo
Atención pre-concepcional normal - identifica y refiere complicaciones	Atención pre-concepcional normal, estabiliza y refiere complicaciones.	Focaliza en diagnóstico, manejo y resolución de complicaciones pre-concepcionales
Parteras Promotores comunitarios CCPPT Nivel institucional : Giras Itinerantes Puestos de Salud Sub-centros de Salud Centros de Salud sin camas	MINSA CAPSI Hospital Rural Hospital Distrital	Hospitales Nacionales (III nivel)
Nivel Comunitario e institucional Promoción_Orientación/Consejería sobre: Planificación Familiar. Importancia de controlar las enfermedades crónicas, (diabetes, hipertensión). Hábitos y estilos de vida (fumar, ingerir licor etc.) Prevención de infecciones (VIH, hepatitis B, rubeola, tétanos, sífilis, otras ITS, infecciones bucodentales, etc.) Oferta sistemática de todos los servicios ambulatorios	Promoción/Orientación/Consejería sobre: Planificación Familiar. Importancia de controlar las enfermedades crónicas, (diabetes, hipertensión). Hábitos y estilos de vida (fumar, ingerir licor etc.) Prevención de infecciones (VIH, hepatitis B, rubeola, tétanos, sífilis, otras ITS, infecciones bucodentales, etc.) Oferta sistemática de todos los servicios ambulatorios Elaboración del plan de parto	Funciones de CONE básico Oferta de todos los métodos anticonceptivos disponibles (temporales hormonales, de barrera y de larga duración) Realización de esterilización quirúrgica voluntaria después de un evento obstétrico y/o de intervalo Atención de las enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión) descompensadas. Manejo de ITS complicadas
Solo Nivel Institucional Prevención Prescripción y entrega de Ácido Fólico, de acuerdo a las normas nacionales. Aplicación de vacunas de acuerdo a esquemas de inmunización nacional.	Prevención Prescripción y entrega de Ácido Fólico, de acuerdo a las normas nacionales. Aplicación de vacunas de acuerdo a esquemas de inmunización nacional.	

Tabla 1: Cartera de Servicios y Ambientes para CONE en el periodo Pre-concepcional		
CONE Ambulatorio (comunitario e institucional)	CONE Básico	CONE Completo
Atención pre-concepcional normal - identifica y refiere complicaciones	Atención pre-concepcional normal, estabiliza y refiere complicaciones.	Focaliza en diagnóstico, manejo y resolución de complicaciones pre-concepcionales
Oferta de todos los métodos anticonceptivos disponibles Referencia a consulta odontológica Detección, atención inicial/estabilización de complicaciones y referencia oportuna. Identificación de MEF (incluye adolescentes) con enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión) y referencia. Atención ambulatoria de la puérpera y su recién nacido	Oferta de todos los métodos anticonceptivos disponibles (temporales hormonales, de barrera y de larga duración -DIU) Atención odontológica a MEF (incluye adolescentes) Detección, tratamiento inicial/estabilización y referencia de las complicaciones Atención a MEF (incluye adolescentes) con enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión) controladas. Realiza pruebas para VIH Identificación y manejo de ITS no complicadas Atención ambulatoria de la puérpera y su recién nacido	
La atención durante el post-parto será realizada según las Normas-Técnico Administrativas- y Protocolos de Atención- Atención del Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido, Atención Integral de la Mujer, Planificación Familiar y Vigilancia de la Mortalidad Materna y Perinatal - Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, MINSA, CSS (2014), Panamá, y de las Guías para el Manejo de Complicaciones del Embarazo -MINSA, CSS (2014)		

b. Atención Prenatal

La **atención prenatal** es el segundo pilar de la maternidad segura. Su importancia radica en detectar tempranamente el embarazo para valorar el estado de salud de la mujer y su bebe y, en consecuencia, poder indicar medidas nutricionales y suplementarias adecuadas, definir el inicio o la compleción del esquema de inmunización, apoyar a la mujer y su familia con un plan educativo y controlar las posibles condiciones de riesgo o patologías que puedan presentarse en el transcurso del embarazo.

A continuación, la Tabla 2 detalla la cartera de servicios y los ambientes en que se atenderá a las mujeres durante el embarazo.

Tabla 2: Cartera de Servicios y Ambientes para CONE en el Embarazo

CONE Ambulatorio (comunitario e institucional)	CONE Básico	CONE Completo
Atención prenatal normal, identifica riesgos y signos de peligro, estabiliza y refiere complicaciones.	Atención prenatal normal, identifica riesgos y signos de peligro, estabiliza y maneja o refiere complicaciones.	Focaliza en diagnóstico, manejo y resolución de complicaciones durante el embarazo.
Brindado por personal de: Nivel comunitario: Comité de Salud Parteras Promotores comunitarios CCPPT Nivel institucional : Giras Itinerantes Puestos de Salud Sub-centros de Salud Centros de Salud sin camas	Brindado por personal de: Centros de Salud que atienden partos MINSA CAPSI Hospital Rural Hospital Distrital	Brindado por personal de: Hospitales Regionales Hospitales Generales Hospitales Nacionales (III nivel)
Nivel Comunitario e Institucional Promoción Orientación sobre signos y síntomas de peligro Elaboración del Plan de Parto y traslado Orientación nutricional Promoción de la lactancia materna exclusiva Promoción y consejería sobre planificación familiar. Consejería individualizada a embarazadas según necesidades Educación sobre alimentación y nutrición durante el embarazo, puerperio y la lactancia.	Promoción Orientación sobre signos y síntomas de peligro Plan de Parto y traslado Orientación nutricional Promoción de la lactancia materna exclusiva Promoción y consejería sobre planificación familiar. Consejería individualizada a embarazadas según necesidades Educación sobre alimentación y nutrición durante el embarazo, puerperio y la lactancia.	Funciones de CONE básico Realiza cirugía obstétrica y transfusión de sangre Identifica y maneja las complicaciones del embarazo.
Solo Nivel Institucional Prevención Inmunizaciones de acuerdo a la norma nacional	Prevención Inmunizaciones de acuerdo a la norma nacional Control prenatal de acuerdo a la	

Tabla 2: Cartera de Servicios y Ambientes para CONE en el Embarazo

CONE Ambulatorio (comunitario e institucional)	CONE Básico	CONE Completo
Atención prenatal normal, identifica riesgos y signos de peligro, estabiliza y refiere complicaciones.	Atención prenatal normal, identifica riesgos y signos de peligro, estabiliza y maneja o refiere complicaciones.	Focaliza en diagnóstico, manejo y resolución de complicaciones durante el embarazo.
Control prenatal de acuerdo a la norma Evaluación nutricional, referencia si es necesario según norma Identificación de señales de peligro y/o complicaciones y referencia oportuna Prescripción y entrega de Hierro y Ácido Fólico, de acuerdo a las normas nacionales. Referencia a consulta odontológica Referencia a CONE básico para exámenes de laboratorio de rutina para CPN	norma Identificación de señales de peligro. Estabilización, tratamiento inicial y referencia de las complicaciones Aplicación de antibióticos y anticonvulsivantes parenterales Determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL/RPR Determinación del grupo sanguíneo ABO y Rh Prescripción y entrega de Hierro y Ácido Fólico, de acuerdo a las normas nacionales. Evaluación nutricional Atención odontológica Detección del VIH en mujeres de alto riesgo y de otras ITS.	
La atención durante la gestación será realizada según las Normas-Técnico Administrativas- y Protocolos de Atención- Atención del Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido, Atención Integral de la Mujer, Planificación Familiar y Vigilancia de la Mortalidad Materna y Perinatal - Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, MINSA, CSS (2014), Panamá, y de las Guías para el Manejo de Complicaciones del Embarazo -MINSA, CSS (2014)		

c. Atención durante el parto

La atención a la mujer durante el parto es el tercer pilar de la maternidad segura. Su importancia radica en garantizar que el personal que atiende el parto tenga las competencias (conocimientos y habilidades) y los insumos necesarios para llevarlo a cabo en forma limpia y segura, tanto para la madre, como para

el bebé.

La Tabla 3 detalla la cartera de servicios y los ambientes en que se atenderán a las mujeres durante el parto.

Tabla 3: Cartera de Servicios y Ambientes para CONE durante el parto		
CONE Ambulatorio (comunitario e institucional)	CONE Básico	CONE Completo
Atención de gestante con parto inminente o sin posibilidad de llegar a tiempo a CONE básico (por inaccesibilidad). Identifica signos de peligro y/o complicaciones maternas. Manejo inicial/ Estabiliza y refiere.	Atención de gestante con parto normal. Identifica signos de peligro y/o complicaciones maternas - Manejo inicial/estabiliza y refiere.	Atención de gestante con parto normal, instrumental o quirúrgico. Identifica signos de peligro y/o complicaciones maternas. Diagnostica y resuelve las complicaciones maternas.
Brindado por personal de: Nivel comunitario: Comité de Salud Parteras Promotores comunitarios CCPPT Nivel institucional : Giras Itinerantes Puestos de Salud Sub-centros de Salud Centros de Salud sin camas	Brindado por personal de: Centros de Salud que atienden partos MINSA CAPSI Hospital Rural Hospital Distrital	Brindado por personal de: Hospitales Regionales Hospitales Generales Hospitales Nacionales (III nivel)
Nivel Comunitario e Institucional Promoción Signos de peligro durante el trabajo de parto, parto y post-parto inmediato Activación del Plan de Parto y traslado Importancia de la Atención Institucional del parto Prevención CCPPT: Activa plan de traslado de	Vigilancia del Trabajo de parto, uso del partograma Identificación de signos de peligro durante el trabajo de parto, manejo inicial/estabilización según norma y referencia Atención del parto normal de acuerdo a normas Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto (MATEP) Identificación de signos de peligro durante el parto, manejo	Funciones de CONE Básico Identifica y maneja las complicaciones del trabajo de parto, parto, post parto inmediato Atención de la gestante referida con signos de peligro o complicaciones Manejo de los riesgos y complicaciones maternas identificadas de acuerdo a normas Realiza cirugía obstétrica y transfusión de sangre

Tabla 3: Cartera de Servicios y Ambientes para CONE durante el parto

CONE Ambulatorio (comunitario e institucional)	CONE Básico	CONE Completo
Atención de gestante con parto inminente o sin posibilidad de llegar a tiempo a CONE básico (por inaccesibilidad). Identifica signos de peligro y/o complicaciones maternas. Manejo inicial/ Estabiliza y refiere.	Atención de gestante con parto normal. Identifica signos de peligro y/o complicaciones maternas - Manejo inicial/estabiliza y refiere.	Atención de gestante con parto normal, instrumental o quirúrgico. Identifica signos de peligro y/o complicaciones maternas. Diagnostica y resuelve las complicaciones maternas.
gestantes a albergue materno o instalación de CONE Básico para atención institucional del parto o de complicaciones durante el trabajo de parto y parto. Garantiza apoyo a la mujer y su familia Diagnóstico y referencia de gestantes en trabajo de parto a instalaciones con CONE básico o completo Atención del parto inminente o domiciliar y otro por inaccesibilidad, identificación de signos de peligro o complicaciones maternas y referencia.	inicial/estabilización según norma y referencia Aplicación de antibióticos, oxitócicos (MATEP) y anticonvulsivantes parenterales según norma	
Solo Nivel Institucional Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto (MATEP) Identificación de factores de riesgo y signos y síntomas de peligro durante el trabajo de parto y parto Manejo inicial/estabilización y referencia oportuna a instalación de CONE básico o completo según corresponda		
La atención durante el parto será realizada según las Normas-Técnico Administrativas- y Protocolos de Atención- Atención del Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido, Atención Integral de la Mujer, Planificación Familiar y Vigilancia de la Mortalidad Materna y Perinatal - Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, MINSA, CSS (2014), Panamá, y de las Guías para el Manejo de Complicaciones del Embarazo -MINSA, CSS (2014)		

d. Atención durante el Post parto

La importancia de la atención en el post parto inmediato y mediato radica en asegurar la calidad de vida futura de la madre y del neonato. Para ello, el personal que les atiende durante el puerperio debe tener las competencias técnicas, los insumos y los instrumentos necesarios.

La Tabla 4 detalla la cartera de servicios y los ambientes en que se atenderán a las mujeres durante el postparto.

Tabla 4: Cartera de Servicios y Ambientes para CONE durante el post-parto		
CONE Ambulatorio (comunitario e institucional)	CONE Básico	CONE Completo
Atención del post parto inmediato y mediato normal (de parto inminente, domiciliar u otro por inaccesibilidad). Identifica signos y síntomas de peligro o complicación. Estabiliza y refiere	Atención del post parto inmediato y mediato. Identifica signos y síntomas de peligro o complicación. Estabiliza y refiere	Focaliza en diagnóstico, manejo y resolución de complicaciones durante el post parto inmediato y mediato, de partos normales, instrumentales o quirúrgicos
Brindado por personal de: Nivel comunitario: Comité de Salud Parteras Promotores comunitarios CCPPT Nivel institucional : Giras Itinerantes Puestos de Salud Sub-centros de Salud Centros de Salud sin camas	Brindado por personal de: Centros de Salud que atienden partos MINSA CAPSI Hospital Rural Hospital Distrital	Brindado por personal de: Hospitales Regionales Hospitales Generales Hospitales Nacionales (III nivel)
Nivel Comunitario e Institucional Promoción Signos y síntomas de peligros en el post parto Cuidados de la puérpera y del recién nacido Orientación sobre lactancia materna y planificación familiar Activación del plan de parto y traslado	Vigilancia de signos vitales, involución uterina y sangrado en las primeras 2 horas post parto cada 15 min. Identificación de signos de peligro o complicaciones maternas y manejo inicial/estabilización y referencia Aplicación de antibióticos	Funciones de CONE Básico Diagnóstico y manejo de complicaciones post parto Oferta de Anticoncepción Post Evento Obstétrico definitivo (Esterilización quirúrgica voluntaria, si la mujer la eligió) Realiza cirugía obstétrica y transfusión de sangre

Tabla 4: Cartera de Servicios y Ambientes para CONE durante el post-parto

CONE Ambulatorio (comunitario e institucional)	CONE Básico	CONE Completo
Atención del post parto inmediato y mediano normal (de parto inminente, domiciliario u otro por inaccesibilidad). Identifica signos y síntomas de peligro o complicación. Estabiliza y refiere	Atención del post parto inmediato y mediano. Identifica signos y síntomas de peligro o complicación. Estabiliza y refiere	Focaliza en diagnóstico, manejo y resolución de complicaciones durante el post parto inmediato y mediano, de partos normales, instrumentales o quirúrgicos
<p>Importancia de asistir a l control puerperal</p> <p>Prevención</p> <p>Vigilancia del post parto inmediato y mediano de parto inminente, domiciliario u otro por inaccesibilidad</p> <p>Identificación de signos y síntomas de peligro o complicación y referencia</p> <p>CCPPT: Activa el plan de traslado. Garantiza apoyo a la mujer y su familia</p>	<p>(sepsis), oxitócicos (HPP) y anticonvulsivantes (HIE)</p> <p>Consejería en cuidados de la puérpera, recién nacido, lactancia materna exclusiva y planificación familiar</p> <p>Inmunizaciones que requiera según norma</p> <p>Oferta de métodos anticonceptivos disponibles</p>	
<p>Solo nivel Institucional</p> <p>Vigilancia de signos vitales, involución uterina y sangrado en las primeras 2 horas post parto cada 15 min.</p> <p>Identificación de signos de peligro o complicaciones y manejo inicial/estabilización y referencia</p> <p>Inmunizaciones que requiera según norma</p> <p>Oferta de métodos anticonceptivos disponibles</p>		
<p>La atención durante el post parto será realizada según las Normas-Técnico Administrativas- y Protocolos de Atención- Atención del Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido, Atención Integral de la Mujer, Planificación Familiar y Vigilancia de la Mortalidad Materna y Perinatal - Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, MINSA, CSS (2014), Panamá, y de las Guías para el Manejo de Complicaciones del Embarazo -MINSA, CSS (2014)</p>		

B. Componente de Provisión

El componente de Provisión de la Estrategia CONE en Panamá responde las preguntas:

- ¿Quiénes prestarán los servicios de salud?
- ¿Cómo se organizará la red de servicios de salud para prestarlos?

La provisión estará a cargo de un conjunto de proveedores de servicios, organizados y articulados en Redes Integradas de Servicios de Salud, por niveles de atención, que a través de procesos de referencia y respuesta, garantizarán el acceso, la integralidad de la atención, así como el cumplimiento de las metas y resultados en la salud, con criterios de costo efectividad y sostenibilidad.

1. Las Redes Integradas de Servicios de Salud

La OMS define las redes integradas de servicios de salud como “*una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve*”⁴⁰. Los servicios, organizados de esta manera, mejoran la accesibilidad del sistema, reducen la fragmentación del cuidado asistencial, mejoran la eficiencia global del sistema, evitan la duplicación de infraestructura y servicios, disminuyen los costos de producción, y responden mejor a las necesidades y expectativas de las personas. La red aquí definida incorpora las redes sociales y las organizaciones comunitarias, éstas últimas como parte integrante de la red.

Las redes de servicios son el brazo operativo de todo este sistema y su funcionamiento fortalece la atención materna-neonatal, acercando a la mujer y/o su hijo/a los procedimientos que salvan sus vidas, en el menor tiempo posible, en las mejores condiciones, y con la participación de la comunidad mediante las micro redes expresadas en las instalaciones de salud, la organización comunitaria, el plan de parto y las giras itinerantes.

La integración de instalaciones de salud en redes es primordial en la estrategia de CONE por tratarse del mecanismo mediante el cual se articulan los diferentes niveles de servicios. Esta integración favorece la ubicación de los recursos humanos, los equipamientos y otros medios o recursos claves en puntos estratégicamente seleccionados para servir a las mujeres y los recién nacidos que enfrentan dificultades; facilitando así la referencia de las complicaciones de acuerdo a su complejidad. Esto es especialmente importante en Panamá donde los recursos humanos y materiales son escasos y hay que optimizar su utilización.

⁴⁰ Modificado de Shortell, SM; Anderson DA; Gillies, RR; Mitchell JB; Morgan KL. Building integrated systems: the holographic organization. Healthcare Forum Journal 1993;36 (2):20–6.

El manejo de las complicaciones materno neonatales contribuye sustancialmente a disminuir la mortalidad de mujeres y los neonatos. Para ello, es necesario poner al alcance de la población los servicios de salud de forma articulada, de manera que cada nivel de la red se complemente con el siguiente y así, consecutivamente responder apropiadamente a las demandas de la situación de salud o complicación de la mujer y/o su hijo/a.

2. Criterios para la conformación de las redes integradas CONE

Los criterios relevantes para la conformación de las redes de atención se definen en base a la demanda y la oferta. Estos criterios deben ser flexibles y adaptados a la realidad local.

Desde el punto de vista de la **demanda**, los criterios principales son:

a. La Población: El criterio de población en las Comarcas y áreas rurales dispersas de Panamá se refiere al número de personas que han de ser atendidas en cada comunidad.⁴¹

b. El acceso a las instalaciones de salud: criterio referido al tiempo que las personas tardan en llegar al CONE Básico, por sus medios locales convencionales. El acceso está condicionado por el estado de las vías de comunicación, el clima y los ciclos estacionales, la distancia de la instalación de salud, y el costo de la movilización en situación de urgencia dependiendo del momento en que ésta se produzca (combustible, en la madrugada, fin de semana, días festivos, etc.).

c. Los flujos de población: criterio referido a las vías por dónde la gente se moviliza para realizar sus actividades principales socioeconómicas. Por lo general, este criterio está condicionado por factores de tipo geográfico, económicos (ej. ubicación de mercados), y disponibilidad o ausencia de medio de transporte.

Factores relacionados con la **oferta**:

d. La capacidad resolutive, por medio de la cual se define si la instalación de salud de acuerdo al nivel de atención CONE (ambulatorio, básico y completo) responde, de manera integral, oportuna y con calidad, a las necesidades de la demanda de la población en sus áreas de influencia.

Este criterio, se aplica una vez se han analizado y aplicado todos los criterios relacionados con la demanda. En función de los resultados se decidirá si es o no necesaria una reclasificación del tipo de instalación (sea de ascenso o disminución de un nivel del tipo de unidad de salud).

⁴¹ Según la OMS debe haber: un CONE completo por cada 500,000 habitantes, 4 CONE Básicos y 1 CONE Ambulatorio por cada 5,000 habitantes como mínimo. Este criterio mínimo no aplica a las Comarcas y áreas rurales dispersas.

3. Procedimiento para la conformación de las redes CONE en las Comarcas indígenas y áreas rurales dispersas de Panamá

Basado en los niveles de atención de CONE, y mediante la aplicación de los criterios descritos en la sección anterior, las redes integradas de CONE en Panamá se han organizado de la siguiente manera:

- a. **La Micro-redes**, esta constituida por un centro de salud (con médico) que sirve de referencia a sub-centros de salud, puestos de salud y giras itinerantes las que en su conjunto brindan la atención Ambulatoria descrita arriba en la seccion de Atencion.
- b. **La Red básica**, esta constituida por una instalación de salud que atiende partos y los micro-reds que acceden a ella. En su conjunto cumplen las funciones de CONE Basico (descritas arriba en la seccion de Atención). Las instalaciones de salud céntricas de la Red Basica (incluyen Centros de Salud que atienden partos, MINSA CAPSI, Hospitales Rurales y Hospitales Distritales).
- c. **Red Integrada CONE**, constituida por Hospitales Regionales, Hospitales Generales y Hospitales Nacionales (III nivel), con las respectivas redes básicas que acceden a ellos.. Brindan la atención de CONE Completo (incluyendo la el Basico y Ambulatorio).

La conformación de estas redes se ha realizado mediante la aplicación de los criterios definidos desde el punto de vista de la demanda y de la oferta, utilizando un procedimiento diferente para cada una de las tres etapas (una para cada tipo de red).

Al mismo tiempo, es importante tener en consideración las siguientes informaciones para la conformación de las redes integradas CONE:

- Mapas por regiones con la ubicación de todos los servicios de salud (con la ubicación clara de las vías de comunicación y acceso y las características topográficas).
- Número de población por corregimiento, dividida por servicio de salud y comunidad que accede a cada servicio de salud.
- Número de personal de las regiones que conocen en detalle las características geográficas y climatológicas de la zona.
- Capacidad resolutive de cada servicio de salud (equipamiento, recursos humanos, horarios, etc.).

A continuación, se describen los pasos que deben seguirse en cada etapa para la conformación de los diferentes tipos de redes:

PRIMERA ETAPA: Conformación de las micro-redes

Paso 1: Revisar y confirmar las instalaciones de salud de la comarca, con su nombre, población y categoría, y el número de comunidades que acceden a ellas (utilizar para ello el cuadro con información de población).

Paso 2: Ubicar en los mapas todas las instalaciones de salud de la comarca, independientemente de su capacidad resolutive.

Paso 3: Identificar sobre el mapa los centros de salud céntricos con médico donde confluyen las vías de comunicación de dos o más instalaciones de salud periféricas.

Paso 4: Identificar si entre las instalaciones periféricas/aledañas a las instalaciones de salud céntricas identificadas existen obstáculos que imposibilitan el acceso a las mismas. Por ejemplo, el estado de las vías de comunicación, el clima y los ciclos estacionales, la distancia a la instalación de salud, el tiempo de demora para acceder al centro de referencia, el costo de la movilización normal y en situación de urgencia.

Paso 5: Verificar si los flujos poblacionales de las comunidades periféricas se producen, efectivamente, hacia la unidad céntrica definida. En ocasiones, la población accede a lugares donde no necesariamente conducen las vías de comunicación.

Paso 6: Analizar los tres pasos previos y confirmar si la unidad seleccionada responde efectivamente a los tres criterios analizados. En caso afirmativo ésta sería la unidad de referencia para la micro-red. En caso contrario, si se concluyera que ésta no es la unidad céntrica ideal, se repetiría de nuevo el proceso, seleccionando una unidad céntrica diferente; siendo el criterio mandatorio los flujos naturales poblacionales.

Paso 7: Una vez seleccionada la instalación sede, proceder a sumar la población que servirá la instalación verificando que no exceda su capacidad real que para el caso de las Comarcas y Areas Rurales Dispersas sería referencial de 1 medico por 5,000 habitantes.

Paso 8: Analizar el tipo de centro que funciona en dicha comunidad actualmente y proponer convertirlo, si fuera necesario, en un centro de salud (en caso que en esta comunidad funcionase un puesto o sub centro de salud). Asimismo, analizar las instalaciones periféricas y definir, de acuerdo a la población y las vías de acceso, si su status debe ser modificado, es decir, si de centro de salud con médico pudiera convertirse en sub-centro de salud o puesto de salud.

Este proceso debe ser repetido cuantas veces sea necesario para conformar la totalidad de las micro redes.

SEGUNDA ETAPA: Conformación de la Red Básica

Esta etapa comenzará una vez las micro redes se hayan conformado en su totalidad.

Paso 1: Ubicar en los mapas los centros de salud que atienden partos, los anexos materno-infantiles, y el número de micro redes que acceden a ellas.

Paso 2: Revisar y confirmar los centros de salud que atienden partos y los anexos materno-infantiles en los mapas, e identificar el número de micro redes que acceden a ellos de acuerdo a los flujos de población y las vías de comunicación.

Paso 3: Identificar si para acceder desde las micro-redes a los centros de salud que atienden partos y anexos materno-infantiles identificados existen obstáculos. Por ejemplo, el mal estado de las vías de comunicación, el clima y los ciclos estacionales, la distancia de la instalación de salud, el tiempo de demora para acceder al centro de referencia y el costo de la movilización normal y en situación de urgencia.

Paso 4: Verificar si los flujos poblacionales del área de influencia de las micro-redes se producen, efectivamente, hacia los centros de salud que atienden partos y anexos materno-infantiles.

Paso 5: Analizar los tres pasos previos y confirmar si los centros de salud que atienden partos y anexos materno-infantiles seleccionados responden, efectivamente, a los tres criterios analizados. Si es así, éstos constituirán una red básica.

Paso 6: Si se concluyera que éstos no son los centros y anexos ideales, se repetiría el análisis nuevamente con otro grupo de micro-redes, siendo el aspecto mandatorio los flujos naturales poblacionales y de las micro-redes.

Paso 7: Una vez seleccionados los Centros de Salud u Hospitales Rurales sumar la población de las micro-redes, y verificar que el total de población no excede la capacidad de la instalación.

Paso 8: Analizar el tipo de centro que actualmente funciona y proponer convertirlo si fuera necesario, en una instalación de mayor complejidad (si se tratara de un centro de salud sin camas).

TERCERA ETAPA: conformación de las redes integradas CONE

Paso 1: Una vez conformadas las redes básicas se debe identificar en el mapa, de acuerdo a las vías de comunicación, el hospital con capacidad resolutive para CONE completo al que accede cada una de estas redes básicas (hospitales regionales, hospitales generales, hospitales nacionales de tercer nivel).

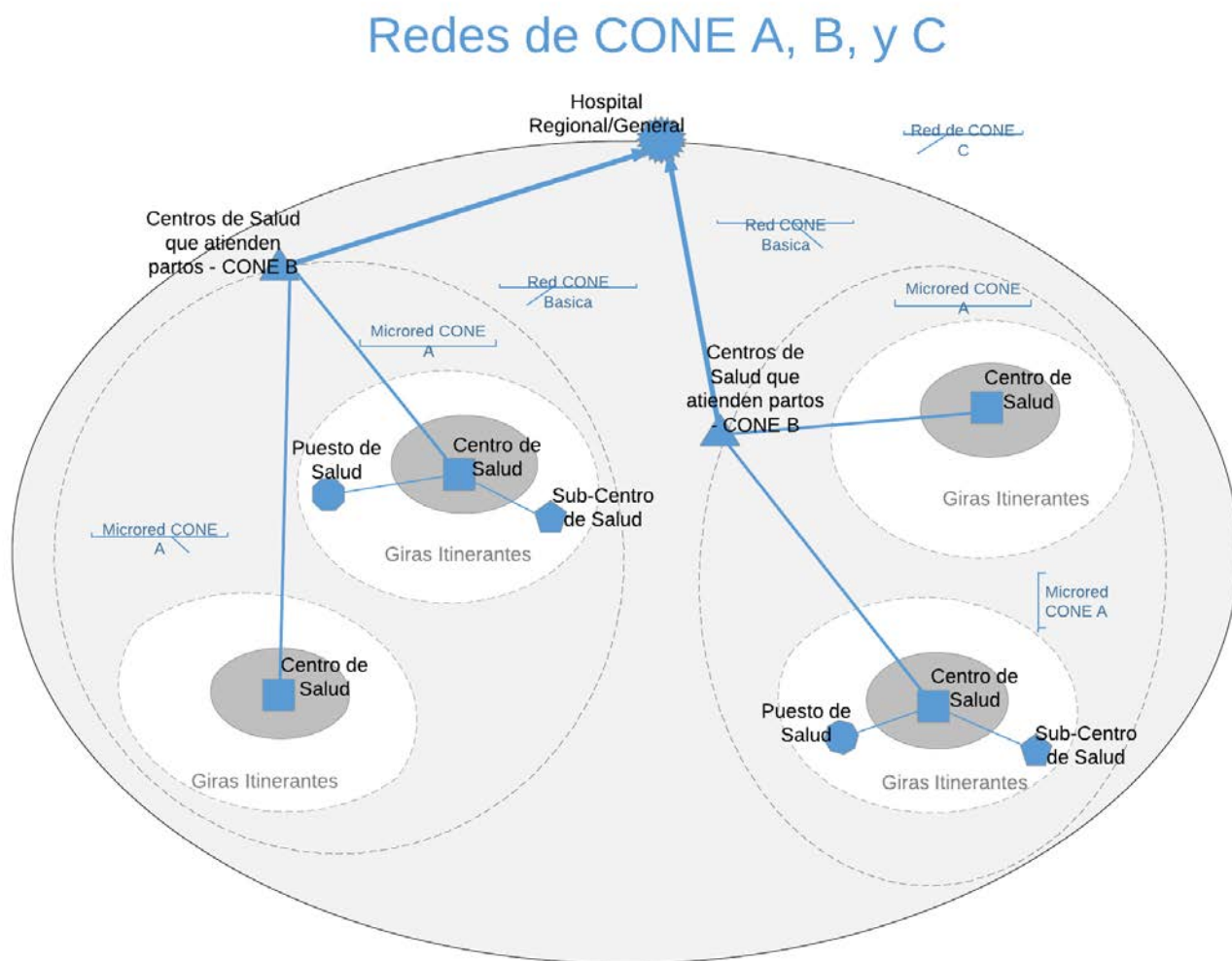
Paso 2: Las redes básicas definidas que confluyen en un hospital categoría CONE completo se constituyen en una red integrada CONE.

Paso 3: Aplicar los criterios de acceso y los flujos naturales de población para confirmar la viabilidad de la red integrada CONE.

Si se encontraran dificultades durante la definición del hospital de referencia CONE completo, se repetiría el análisis a fin de analizar la posibilidad de establecerlo en otro lugar mediante la aplicación de estudios econométricos.

La Figura 6 a continuación describe un ejemplo genérico de una de las Redes CONE Comarcales. Como se puede ver en la Figura 6 las micro-redes están conformadas en torno a un Centro de Salud que ofrece CONE Básico. En algunos casos la instalación de CONE Básico refiere directamente al Hospital General y en otros casos refiere a un Hospital Rural que ha sido habilitado para ofrecer CONE Completo.

Figura 6: Ejemplo de Una Red de CONE incluyendo CONE A, B y C



4. Las redes en las Comarcas y Áreas Rurales Dispersas

En la presente sección se resume algunos de los problemas de Acceso de las tres Comarcas para asegurar una atención más efectiva y oportuna a las mujeres y los recién nacidos. Se pueden encontrar los detalles de las características de cada Comarca y se especifica cómo se conformara la Red para cada Comarca en términos resumidos. La conformación de las redes integradas de CONE completo con sus respectivas redes básicas de CONE y micro-redes para cada Comarca se encuentra en los cuadros incluidos en los Anexos D - F

a. Comarca Emberá Wounaan / Región de Darién

La comarca Emberá Wounaan está situada en la Provincia de Darién y consta de dos (2) distritos: Cémaco y Sambú. Al igual que el resto de la Provincia, la Comarca presenta una baja densidad de población, con un total de 11,583 habitantes –un total de 65,273 habitantes en la provincia de Darién-. La población está distribuida a lo largo de la rivera de los grandes ríos y sus vertientes (Chucunaque,

Tuira, Balsas, Chico, Jaqué, Sambú y Río Bagre), utilizados como vías de comunicación para acceder a centros poblacionales mayores, donde los habitantes llevan a cabo actividades comerciales y de gestión en instituciones gubernamentales. El medio de transporte mayormente utilizado para movilizarse dentro de la comarca es la piragua y el tiempo necesario para acceder a las instalaciones de salud varía en función de la época del año (mayor tiempo en verano debido al descenso del caudal de los ríos que obliga a buscar transporte alternativo por vía terrestre).

Las veinte (20) instalaciones de salud de la Comarca se encuentran localizadas en comunidades con mayor concentración de población. Para la atención de CONE Básico disponen de dos (2) Centros materno-infantiles y un Hospital Regional. Las referencias para atención de CONE Completo se hacen al hospital de Chepo -perteneciente a la Caja del Seguro Social- y al hospital Santo Tomás, situado en la Ciudad de Panamá. Las referencias a estos desde Yaviza y Metetí se hacen por vía terrestre. Las referencias desde Sambú se hacen por vía aérea cuando las condiciones climatológicas lo permiten y la gravedad de los casos así lo exige. En la Comarca de Emberá Wounaan ninguna de las instalaciones que atienden partos dispone de albergue materno o equivalente.

Redes CONE para conformación en la Región de Darién: La Red CONE incluye todas las instalaciones de salud y está incluida en Cuadros en el Anexo D.

b. Comarca Guna Yala

La Comarca Guna Yala, está conformada por 46 islas habitadas y, aproximadamente, 30 grupos poblacionales viviendo en zonas cercanas a la costa. En 2014, la población total de la Comarca se estima en 41,500 personas.⁴² El número de instalaciones de salud existentes es de 21 y están situadas en las islas, entre las cuáles, la única vía de comunicación es la marítima. A menudo, el acceso se complica debido fundamentalmente a la ocurrencia de tormentas, y más aún durante el verano (meses de enero a marzo) debido a los vientos.

Por lo general, las instalaciones de salud atienden exclusivamente a la población isleña, bien de la isla en cuestión donde está situada la instalación, bien procedente de las islas cercanas. En algunos casos, las instalaciones clasificadas como puestos de salud pueden realizar referencias directas de casos con complicaciones a hospitales de la Ciudad de Panamá. Para ello, el MINSA contrata un servicio aéreo de helicópteros. Sin embargo, este servicio presenta algunas limitaciones cuyo impacto es clave en la efectividad del mismo. En primer lugar, los helicópteros no viajan durante la noche; en segundo lugar, las evacuaciones no son posibles cuando las condiciones climatológicas no lo permiten. Un cálculo de las horas oscuras, los meses de viento y las tormentas frecuentes conlleva a la conclusión que, anualmente los helicópteros pueden volar aproximadamente un 30% del tiempo en un año⁴³.

⁴² INEC, 2014.

⁴³ De 8,760 horas en un año, los helicópteros se pueden movilizar aproximadamente 2,632 horas

En la Comarca de Guna Yala, el MINSA ha identificado a las Casas de Acudientes Maternas (CAM) como una sub-estrategia adecuada para la realidad del contexto. La tradición Guna incluye ofrecer hospedaje a las personas que por la(s) razón(es) que sean, necesitan permanecer en la isla. Para ello, la comunidad se organiza de manera que las diferentes familias toman turnos para ello. Por ejemplo, en la isla de Ailigandi es un grupo comunitario de mujeres el encargado de organizar un sistema de alojamiento para Acudientes, donde las familias brindan hospedaje a las embarazadas en casas cercanas a la unidad de salud durante la espera del parto. Dada la relevancia cultural y la conveniencia de dicho sistema, la DRSS de Guna Yala buscara de ampliar este concepto de Casas Acudientes Maternas a otras islas de la Comarca.

Redes CONE a ser conformadas en la Comarca de Guna Yala: Debido a las características propias de la comarca, no es posible la conformación de micro-redes en una gran parte de la Comarca, sin embargo, se hace necesario realizar algunos ajustes a la red de servicio para asegurar que haya una Red CONE funcionando y se encuentran en el Anexo E.

c. Comarca Ngäbe-Buglé

Ngäbe Buglé, con una densidad de población de 27 habitantes por Km² es la Comarca indígena de Panamá de mayor extensión a la que se aplicará esta estrategia de CONE. Colindante con las provincias de Chiriquí, Veraguas y Bocas del Toro, la dispersa población de Ngäbe Buglé se divide entre más de 900 comunidades, muchas de las cuales conforman pequeños poblados.

La accesibilidad constituye un criterio clave en el análisis del sistema de salud en esta Comarca y sus limitaciones relevantes. En primer lugar, debido a la dispersión de la población en la cordillera que atraviesa la Comarca, y en las zonas costeras e insulares. La movilización para la búsqueda de atención tiene lugar a pie, por vía acuática (marítima y fluvial) o aérea, dependiendo de las condiciones climatológicas y los medios de transporte disponibles. Por lo general, la demora en llegar a un establecimiento de salud es entre una hora y dos días.

En la actualidad, Ngäbe Buglé cuenta con cinco AM, cuatro de ellos situados dentro de un Centro de Salud que atiende partos, o junto a éste. El quinto AM está situado en San Félix, a cinco minutos del Hospital Rural con el mismo nombre. El centro para referencias con CONE completo para la mayor parte de la población es el Hospital José Domingo de Obaldía localizado fuera de la Comarca en David, Provincia de Chiriquí.

Al igual que las otras 2 comarcas donde se impulsa la estrategia CONE, Ngäbe Buglé, tiene sus propias características entre las que destacan que:

- El tiempo que demora la población en algunas comunidades para la búsqueda de atención puede ser hasta de 2 días.
- Existen comunidades donde la única forma de acceder a las instalaciones de salud es caminando. (área de cordillera)
- Es la única de las comarcas que tiene la experiencia de estar implementando los Albergues Maternos.
- Producto de la presencia de organismos y ONG en las comarcas, hay mayor participación comunitaria voluntaria.

Redes CONE a ser conformadas en la Comarca Ngäbe-Buglé: Considerando los criterios establecidos para la conformación de micro-redes y redes CONE se conforma una Red CONE que se encuentra detallado en el Anexo F.

d. CONE Completo en las Comarcas

Implementar la Red CONE en las tres Comarcas es una parte esencial de la Estrategia de CONE. Para asegurar su funcionamiento implica habilitar tres Hospitales a nivel del CONE Completo.

- Hospital de Meteti para la Comarca Emberá y Región Darién
- Hospital Marbel Iglesias en Ailigandi en la Comarca de Guna Yala
- Hospital de San Felix, Chiriqui para la Comarca de Ngäbe Bugle

La elevación de estos tres Hospitales al estatus de CONE Completo es un paso importante para mejorar el acceso real a los servicios para emergencias obstétricas y neonatales. Además de salvar vidas ayudaría a disminuir la sobre-carga de casos de emergencia en el Hospital de Santo Tomas y el Hospital del Niño.

En 2014, la Iniciativa SM2015 en Panamá llevo a cabo un estudio para analizar los costos y la efectividad de habilitar un CONE Completo en cada Comarca y compararlo con la alternativa del actual modelo de traslado a hospitales fuera de las mismas. Los hallazgos indicaron que el costo de establecer y gestionar un CONE Completo en cada Comarca por 5 años seria ligeramente más bajo (\$18.2 millones de Balboas) en comparación a \$19.8 millones de Balboas que cuesta la opción de los traslados de todas las complicaciones en 5 años. Dado que la opción de la ubicación de un CONE Completo en la Comarca, es altamente efectivo, comparado con la alternativa de traslados fuera de la Comarca; la opción del CONE Completo es significativamente más costo efectivo que los traslados.

5. Sistema de Referencia y Contra-referencia para CONE

Para la funcionalización de las redes de servicios, es necesario el establecimiento de un sistema EFECTIVO de referencia y contra-referencia. Este sistema tiene como propósito asegurar que las mujeres y los recién nacidos pueden utilizar prioritariamente las instalaciones de salud más cercanas a sus lugares de residencia con la certeza de poder ser referidos a otras instalaciones con mayor nivel de resolución cuando las circunstancias lo requieran. Este sistema de redes articuladas es crítico para reducir la Cuarta Demora relacionada a los servicios de salud.

El MINSA de Panamá cuenta con un Sistema Único de Referencia y Contra-referencia (SURCO). A continuación se detallan los aspectos relevantes en relación a CONE (a) y se describe la Guía Metodológica para CONE que lo complementa en la sección (b). En la sección (c) se señala otros aspectos claves para el funcionamiento del SURCO adecuado a CONE:

a. Mecanismos generales claves establecidos por el SURCO

- Formatos de referencia y contra-referencia necesarios para vincular cada nivel de atención.
- Comunicación efectiva y rápida entre el médico o personal de salud tratante o emisor, y el médico consultor o receptor para facilitar la continuidad en la atención de los pacientes.
- Certeza de que el médico o personal de salud tratante o emisor adjunta a la referencia la copia de los resultados de tratamientos Laboratorios, EKG, Partograma, Carnet Perinatal, Referencia de la Partera (en caso provenga de la comunidad) y otros estudios pertinentes según el protocolo de atención, previa la realización de la referencia.
- En caso de urgencia, notificación telefónica de la condición de la paciente al médico coordinador del servicio de urgencias. Para cada referencia se utilizará como guía los Protocolos de Atención.
- Traslado en ambulancia u otro medio de transporte adecuado según criterio médico y protocolos de atención, acompañadas por un proveedor de salud calificado para el caso de las pacientes referidas para atención de urgencia a una instalación de mayor complejidad.

b. Guía Metodológica de Referencia y Respuesta para las Complicaciones Obstétricas y Neonatales.

Para asegurar el traslado efectivo el MINSA ha creado una Guía Metodológica de Referencia y Respuesta para las Complicaciones Obstétricas y Neonatales que complementa el SURCO y tiene el carácter de uso obligatorio del mismo⁴⁴. Esta Guía con su respectiva Hoja Única de Referencia y Respuesta para CONE facilita la referencia oportuna y se encuentra en el Anexo B.

⁴⁴ MINSA 2014

c. Mecanismos adicionales esenciales para articular las redes y asegurar el traslado para CONE.

Junto con los lineamientos establecidos por el SURCO, el MINSA -en sus diferentes niveles- debe:

- **Establecer claramente la posibilidad de referir directamente al CONE Completo a cualquier mujer/neonato con signos de alarma.** En líneas generales el CONE Ambulatorio refiere al Segundo Nivel de atención (CONE Básico). Por su parte, el Segundo Nivel refiere al Tercer Nivel (CONE Completo). Los hospitales del segundo nivel de atención refieren al tercer nivel las urgencias y hospitalizaciones protocolizadas como “complejidades no ofertadas” en la cartera de servicio. Ahora bien, es importante que la población y el personal de salud conozca la posibilidad de referir directamente al Tercer Nivel de atención (CONE Completo) si la patología y el protocolo de atención así lo indican, especialmente en el caso de complicaciones que pongan en riesgo la vida de la mujer y/o su hijo/a, y que ameriten atención en servicios de mayor capacidad resolutive.
- **Organizar y promover el uso de los AM - CAM y del Plan de Parto como parte integral de las redes de servicio.** Esto facilitará las referencias y los servicios oportunos, permitiendo la continuidad de la atención y minimizando los riesgos y complicaciones de la madre, del feto o del recién nacido.
- **Asegurar los recursos necesarios para el pago de servicios de transporte de las mujeres/neonatos con signos de alarma o complicaciones** cuyas características excedan lo usual (por ejemplo, transporte en lancha, helicóptero o pago del combustible).
- **Asegurar la disponibilidad del presupuesto y los recursos necesarios para el retorno seguro y adecuado al lugar de residencia de las madres y sus hijos.** Esto es responsabilidad de todo el equipo de salud y no debe delegarse únicamente al(os) trabajador(es) social(es), privilegiando los procesos de coordinación intra- y extra-sectoriales para lograr el regreso exitoso de las mujeres y sus hijos a su entorno habitual.
- **Asegurar la disponibilidad de recursos médicos permanentemente.** El funcionamiento de los centros de llamadas (*call center*) atendidos por especialistas las 24 horas del día, los 7 días de la semana en los centros de mayor capacidad resolutive, así como centros de atención a usuarios que aseguren las citas para la(s) referencia(s), orienten a los pacientes, hagan efectiva la atención en el idioma local, y comuniquen la respuesta para un seguimiento en los niveles correspondientes.
- **Asegurar la disponibilidad del equipamiento y la capacitación de personal para el transporte exitoso de mujeres / neonatos con complicaciones.** El equipamiento incluye la provisión de incubadoras de transporte para los neonatos, necesaria para asegurar su supervivencia durante el traslado a las instalaciones de mayor complejidad. Es necesario capacitar al personal de salud en la utilización del “Método Canguro” durante el transporte cuando no haya incubadoras disponibles.
- **Sistematizar el uso de la telemedicina.** Crear un sistema mediante dispositivos móviles - celulares, tabletas, laptops y otros- para facilitar la comunicación, consulta, resolución rápida y la referencia oportuna y adecuada para la seguridad de la paciente

B. Componente de Gestión de los Servicios

El Componente de Gestión constituye el marco de referencia que ofrece los lineamientos para planificar, organizar, administrar, conducir y controlar la provisión de servicios de salud y para la adquisición, uso y control apropiado, eficiente y transparente de los recursos que permitan el logro de los objetivos en CONE. Este componente da respuesta a las siguientes preguntas:

¿Cómo se obtendrán los recursos, insumos y procesos de los sistemas involucrados?

¿Cómo se manejarán los recursos, insumos y procesos de los sistemas organizacionales directos y de apoyo?

El MINSA gestiona los servicios de CONE, así como sus recursos, insumos y procesos para la efectiva provisión de bienes y servicios con calidad. Estos recursos incluyen los recursos humanos, infraestructura y equipos, métodos anticonceptivos e insumos médicos y no médicos.

Para la gestión efectiva de los servicios CONE, se requieren procesos y procedimientos administrativos y financieros de apoyo intra-institucional y extra-institucional), con productos generales que completen la planificación necesaria para estimar los insumos que requiere cada Comarca e instalación de salud. Esta información se completará con una valorización traducida en un presupuesto a lograrse con Finanzas u otra alterantiva; para que apoye la compra, y garantice la existencia de los productos, en los lugares adecuados, cuando la situación lo requiera. Una gestión efectiva requiere, en definitiva, de procesos y procedimientos intra-institucionales y extra-institucionales que permitan sistematizar la información, mejorar su aprovechamiento y uso para tomar decisiones oportunas para asegurar una atención materna neonatal de calidad.

Para llevar a la práctica este componente, el MINSA necesita fortalecer ocho **elementos básicos de su gestión**. Estos elementos son los siguientes (ver Figura 7):

1. Programación de los servicios
2. Organización de los procesos o flujos de atención de salud
3. Monitoreo, supervisión y evaluación
4. Gestión estratégica de la información
5. Logística de insumos y medicamentos
6. Equipamiento básico
7. Talento humano
8. Financiamiento

Es importante que la gestión de los servicios de CONE por parte del MINSA se lleve a cabo de manera efectiva, oportuna y con calidad. La ausencia o debilidad en uno de estos elementos, tiene un impacto directo negativo en la viabilidad, productividad y calidad de la atención a la población usuaria. El Financiamiento y la Programación requerirán un trabajo interno, pero sobre todo externo con actores sectoriales y extrasectoriales (Finanzas, Asamblea y otros) para incidir en lograr asegurar los recursos

necesarios (¿Cómo se obtendrán los recursos?) para efectivizar todos los demás pasos o dimensiones de una adecuada gestión orientada a lograr la atención materno neonatal esperada.

Figura 7. Sistemas para la gestión de CONE



1. Programación

La programación es el ejercicio mediante el cual se planifican las actividades e insumos requeridos para la prestación de servicios de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales. La programación debe estar basada en la demanda y en los datos reales de uso y la capacidad de los servicios de salud que conforman la red de CONE.

La programación tiene como objetivo cubrir el 100% de la demanda esperada de estos servicios obstétricos y neonatales. El departamento Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, en conjunto con Sección de Salud Sexual y Reproductiva y la Sección de Niñez y Adolescencia del Departamento de Atención a la Población, disponen de una herramienta destinada a establecer las metas de población que se deben atender en las áreas de planificación familiar, prenatal, parto, postparto, y recién nacido.

Con el fin de garantizar una protección y mejora eficaces de la salud, las metas deben ser realistas y guardar relación con las condiciones locales (incluidas las condiciones económicas, ambientales, sociales y culturales), así como con los recursos financieros, técnicos e institucionales. Generalmente, esto conlleva el examen y actualización periódica de las prioridades y las metas y, a su vez, la actualización periódica de reglamentos y normas con arreglo a estos factores y los cambios de la información disponible. Por ello, aunque lo ideal es proponer metas de atención del 100% de la población objeto, los programas proyectan metas de acuerdo a las condiciones locales.

La programación de actividades de CONE por el MINSA de Panamá es vital para la atención materna neonatal desde un punto de vista estratégico pues, mediante la utilización de los instrumentos y procedimientos necesarios, permite establecer metas de atención por ciclo de vida, lo que contribuye a atender la demanda con calidad y calidez de la población más vulnerable; en este caso, mujeres en estado grávido puerperal y el recién nacido. Por otro lado, la programación debe facilitar el abordaje y tratamiento oportuno y efectivo de las posibles discapacidades maternas y neonatales.

a. Elementos fundamentales en la Programación de los Servicios de CONE

La Gestión de la Programación de las actividades de CONE es un proceso gerencial en el que deben participar los distintos niveles de la red de servicios esenciales de salud. Ésta debe incluir cinco elementos:

- Conocimiento de la demanda y sus necesidades
- Identificación de la capacidad resolutive de las instalaciones de salud
- Relación de la capacidad resolutive utilizada versus la disponible
- Definición de metas para cada comarca o provincia (de acuerdo con el análisis comparativo de la demanda esperada, proyectada y la capacidad de la oferta instalada y disponible)
- Estrategias para el cierre de brechas de atención y suministros.

A continuación se explica cada uno de ellos:

Conocimiento de la demanda y sus necesidades

La demanda comprende la población de un área determinada que requiere o requerirá de servicios de atención en salud. Estos requerimientos están determinados por sus necesidades actuales y/o potenciales de atención médica asistencial, identificada ésta como un producto y/o servicio de salud requerido. Ésta demanda puede ser espontánea, promovida (inducida) o potencial.

La demanda se define de acuerdo a los siguientes criterios:

- La población que debe ser atendida o cubierta por los servicios CONE en las comarcas o áreas rurales dispersas está definida por la Dirección Nacional de Planificación del MINSA, a través del del Departamento de Registros y Estadísticas, en conjunto con la Dirección General de Salud, establece sus metas anuales.
- La población que debe ser cubierta por las instalaciones de salud, calculada mediante utilización de los datos de población estimada y de producción reportada históricamente.

Para programar el número de población que se espera atender, debe utilizarse la herramienta diseñada por Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Esta herramienta establece los criterios para cada población objetivo.

La tabla 6 resume la información programática que los equipos de las Direcciones Regionales y de las áreas de salud deberán rellenar en base a los datos de población estimada por la Contraloría General de la República de Panamá, y la cantidad de población que se espera recibirá atención en instalaciones del MINSA; en las Comarcas y áreas rurales dispersas se estima que sea del 100%.

Tabla 6: Programación por institución

Demanda esperada por institución	Estimación de población Contraloría General de la República- INEC	Población que cubre el MINSA
Población		
Total		
Mujeres en Edad Fértil		
Embarazos esperados		
Partos esperados		
Partos institucionales		
Partos domiciliarios		
Nº de RN Normales		
Nº de RN complicados		
Complicaciones obstétricas esperadas (15% de embarazos esperados)		
Nº de Abortos esperados (13% de todos los		

Demanda esperada por institución	Estimación de población Contraloría General de la República- INEC	Población que cubre el MINSA
embarazos)		
Nº de Puerperios esperados a atender		

Identificación de la capacidad resolutive de las instalaciones de salud

Como se explicó en el capítulo sobre el componente de provisión, la capacidad resolutive, a cargo de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud del MINSA, define si el establecimiento de salud, de acuerdo al nivel de atención de CONE (ambulatorio, básico y completo), responde de manera integral, oportuna y con calidad, a las necesidades de la demanda de la población en sus áreas de influencia. Según este concepto, todas las instalaciones de salud en las comarcas y provincias de Panamá deben estar en condiciones de atender la demanda de acuerdo al tipo de CONE establecido. Es decir, deben contar con la cantidad y calidad de talento humano, recursos físicos, medicamentos, suministros médicos y tecnología necesarios para atender a la población de acuerdo a la norma.

Determinación de la capacidad resolutive utilizada y disponible⁴⁵

La determinación de la capacidad resolutive se define mediante los pasos siguientes:

1. Determinación de la efectividad de la capacidad resolutive utilizada en cada establecimiento de salud y en la red en su totalidad hasta la fecha, y de la capacidad presupuestada pero aún no utilizada.
2. Determinación de la población servida durante el año o período(s) previo(s).
3. Proyección de los servicios que se cree demandará la población, y las necesidades de insumos médicos y no médicos para el próximo período.
4. Análisis de consistencia para verificar que el estudio de la demanda corresponde a la cartera de servicios específicos de la unidad de salud.

Definición de las metas de producción por cada Comarca o Área Rural Dispersa

En base al cierre de brechas de la demanda de cada una de las atenciones previamente descritas, así como sus particularidades, estimar las metas anuales por cada Comarca indígena y provincia con áreas rurales dispersas. Para lograr esto el MINSA utiliza su formulario de “*Programación y evaluación de actividades de atención maternal*” adaptado para CONE que se presenta a continuación en la Tabla 7.

⁴⁵ Lineamientos Operativos para la Estimación de Metas de Resultados en Una Gestión Descentralizada Hospitalaria. Colindres Héctor. Tegucigalpa, Honduras ULAT II, Junio de 2013.

Tabla 7: Metas anuales y evaluación por comarca o provincia

República de Panamá
Ministerio de Salud
Departamento Materno Infantil

Programación y evaluación de actividades de atención maternal

Provincia/Comarca: _____ Establecimiento de Salud _____ Tipo de CONE: A ____; B ____ C ____
Período _____

Programación Anual					Evaluación																											
Planificación Familiar, preconcepcional		Universo	Población Meta		Nº		%		Planificación Familiar, preconcepcional		Nº	% de cumplimiento de meta		Usuarios por MAC																		
Usuaris nuevas									Usuaris nuevas					Método																		
Subsecuentes									Subsecuentes					DIU																		
Total de usuarias									Total de usuarias					Orales																		
														Otros																		
														MAC																		
Control Prenatal		Universo	Población Meta		Concentración de atención		Actividades programadas		Actividades realizadas		% cumpl. de metas		Captación por trimestre de Gestación																			
													1º		2º		3º															
													Nº		Nº		Nº															
													%		%		%															
Total de CPN																																
CPN Alto Riesgo																																
CPN Bajo Riesgo																																
Inmunización TT																																
Anti rubéola																																
Atención de Parto		Universo	Población Meta		Nº		%		Atención de Parto		Nº de mujeres según control recibido al final del embarazo																					
											Control		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10	
Parto por personal capacitado													Nº																			
Parto institucional																																
Total de partos																																
Anticoncepción Post evento obstétrico		Universo	Población Meta		Nº		%		Anticoncepción Post evento obstétrico		Nº		%																			
Puerperas con consejería																																
Con método anticonceptivo																																
Total de Puerperas																																

Atención de Puerperio		Universo	Población Meta		Nº		%		Puerperas atendidas		Nº		%	
Puerperio inmediato									Puerperio inmediato					
A los 7 días									A los 7 días					
Total de usuarias									Total de usuarias					
Complicaciones Obstétricas y Neonatales a atender		Nº		%		Complicaciones Obstétricas y Neonatales atendidas		Nº		%				
Obstétricas						Obstétricas								
Neonatales						Neonatales								
Total						Total								
Mujeres para toma de Paps		Nº		%		Mujeres a quienes se tomó Paps		Nº		%				
Nuevas						Nuevas								
Subsecuentes						Subsecuentes								
Total						Total								
Embarazo en adolescentes		Nº		%		Mortalidad		Nº		Tasa				
Menor de 15 años						Materna								
15 a 19 años						Perinatal								
Total						Total								

Actualización para CONE, del formato elaborado por el: Departamento Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud
Fuente: Departamento Materno Infantil, Ministerio de Salud -Panamá

Estrategias para el cierre de brechas de atención

El reto de cerrar las brechas de la demanda insatisfecha en atención materna neonatal implica el planteamiento de estrategias innovadoras, con criterios de costo-efectividad y calidad. Esto a su vez requiere el aprovechamiento de la capacidad social local instalada, involucrando a los gobiernos locales, a la familia y a la comunidad organizada, así como otros actores clave como por ejemplo, la seguridad social, el Servicio Nacional Fronterizo (SENAFRONT, en el caso de comarca de Emberá Wounaan) y actores de la sociedad civil como las ONG, OE, entre otros.

Este nuevo modelo de programación, centrado en reducir de manera progresiva las brechas de demanda insatisfecha, incluye, además del planteamiento de metas de prestación de servicios de acuerdo al presupuesto, un ejercicio de gerencia activa, proactiva, participativa e innovadora. Esta nueva gerencia de servicios públicos abarca todos los niveles de dirección, y requiere la búsqueda de nuevas formas de prestación de servicios y nuevas alianzas para alcanzar el objetivo final, este es: el acceso universal a la atención materna neonatal de calidad.

b. Pasos en la Programación

Paso 1

La Dirección General de Salud, a través del Departamento de Atención a la Población, realizará la programación anual de metas utilizando el formato diseñado por el Departamento, y enviará sus respectivos instructivos a las Direcciones Regionales de Salud para que adecúen las metas al nivel comarcal o provincial.

Paso 2

Realizar un taller para la estimación de necesidades/programación de metas para CONE para el manejo de los datos de consumo y estadísticas de servicio. Este taller contará con la participación de los Directores Regionales el personal de salud de las áreas de primer nivel y representantes de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud del MINSA.

Paso 3

Capacitar al personal de las Regiones y de las instalaciones de salud del primer nivel en el uso del instrumento de Programación de metas y evaluación de actividades de atención materna.

Paso 4

Entrega de la programación de metas anuales a la Dirección Regional del Salud por parte de cada responsable del establecimiento de salud dos (2) semanas después del taller de capacitación en el uso del instrumento Programación de metas y evaluación de actividades. El (la) coordinador(a) del programa de salud sexual y reproductiva, el de atención la niñez y adolescencia en conjunto con el coordinador(a) regional provisión de servicios de salud, revisarán, analizarán y acordarán con el responsable del área de salud en cuestión, los compromisos para el cumplimiento de metas anuales programadas.

Paso 5

Una vez las metas sean aprobadas, la Dirección Regional de Salud preparará el consolidado de la estimación de los insumos y medicamentos necesarios para el cumplimiento de metas regionales de CONE en base a su consumo histórico, la morbilidad esperada, y los inventarios de existencias disponibles y los enviará a la Dirección de Provisión de Servicios de Salud del MINSA y a DIGESA.

Esta propuesta de Programación Regional debe ser aprobada por el (la) Coordinador(a) de Salud Sexual y Reproductiva y por el (la) Coordinador (a) Regional de Provisión de Servicios de Salud, con el visto bueno del(a) Director(a) Regional de Salud para un posterior envío al nivel central del MINSA.

Paso 6

Envío de los consolidados de programación anual regionales a la DIGESA y a la Dirección de Provisión de Servicios de Salud,- para su revisión y aprobación en un margen de cinco (5) días desde su recepción.

Para su resolución:

- En caso de desacuerdo, se negociará con el nivel Regional
- En caso de acuerdo, se incorporará al consolidado nacional previa aprobación de DIGESA y de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud

Paso 7

El Depto. de Salud y Atención Integral a la Población debe presentar el consolidado de programación anual de CONE, sus metas y sus costos, a la DIGESA y a la Dirección de Provisión de Servicios de Salud, para su aprobación, para su aprobación.

Paso 8

El Departamento de Monitoreo y Evaluación de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud será responsable del seguimiento, supervisión, monitoreo y evaluación de la Estrategia CONE del MINSA.

c. Responsabilidades del nivel Nacional

La institucionalización y conducción de la estrategia CONE es responsabilidad de DIGESA, en tanto, la atención, provisión y gestión de servicios está a cargo de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud del nivel central del MINSA y en ese marco las principales responsabilidades son:

- Creación de un Comité Coordinador de la Estrategia CONE.
- Desarrollar un proceso de implementación sistemático y ordenado de la estrategia CONE.
- Determinar las necesidades de recursos humanos, materiales y financieros, para definir la planificación operativa y financiera en base a la revisión de oferta y demanda. Este proceso debe incluir la participación de DIGESA, Planificación, Provisión de Servicios de Salud, UGSAF, Alta Dirección MINSA, etc. en las instancias Extrasectoriales (Ilamese Finanzas, Asamblea u otras

pertinentes) para lograr al máximo posible los recursos necesarios y suficientes para la Estrategia CONE y asegurar su sostenibilidad.

- Desarrollar la negociación con las instancias extrasectoriales para asegurar los recursos financieros.
- Con lo anterior, estimar las cantidades de insumos que podrán adquirirse de forma centralizada, y las cantidades de insumos que podrán adquirirse en las Comarcas según el presupuesto logrado asignado y los fondos disponibles.
- Desarrollar un plan de monitoreo de todo el proceso que permita identificar brechas y definir acciones que solucionen o anticipen problemas en la implementación.
- Rendir cuentas al Despacho Superior, a las autoridades comarcales y la sociedad civil de forma sistemática anualmente.

2. Organización de los Procesos o Flujos de Atención de los Servicios

La organización de los servicios constituye la manera en que las unidades de salud estructuran sus procesos de atención para asegurar que las personas que asisten a las mismas, gozan de su derecho a la salud materno neonatal, con pleno respeto de su dignidad. En ese sentido, este componente tiene como objetivo ordenar y establecer los procesos de atención que le corresponde brindar a cada unidad de las redes de servicios de salud, conforme al nivel de atención, a la capacidad resolutive y a la categorización de CONE. Cada uno de estos procesos de atención materna neonatal, deberá contener los diferentes pasos que los equipos de salud responsables deben seguir para brindar una atención segura y de calidad. Estos pasos se denominan flujos de atención.

La organización de los servicios asegura una atención uniforme y estandarizada de acuerdo a las normas y a la capacidad resolutive, facilitando un desempeño efectivo de dichos servicios y de los equipos de salud.

Los flujos definidos para la estrategia de CONE agregan valor en la atención a la población usuaria. Para ello, se han eliminado pasos innecesarios que reducirán los tiempos de espera e incrementarán la rapidez y oportunidad de los servicios. Además, los flujos de atención optimizarán la utilización de los recursos y los espacios disponibles en las unidades fijas y móviles de atención. Asimismo, orientarán a la población usuaria en la obtención de los servicios, eliminando demoras e incrementando su satisfacción.

A continuación se presenta una lista de flujos de atención para cada nivel de CONE, en base a las Normas Técnico-Administrativas y Manual de Procedimientos, al Programa de Salud Integral de la Mujer (en revisión actualmente), y a la estructura existente de los diferentes tipos de unidades del MINSA. Los flujos de atención serán definidos localmente debido a las particularidades de cada centro de atención.

1. Atención Preconcepcional en CONE Ambulatorio
2. Atención Preconcepcional en con CONE Básico
3. Atención de Embarazadas en CONE Ambulatorio
4. Atención de Embarazadas en CONE Básico
5. Atención de Parturientas en CONE Ambulatorio
6. Atención de Parturientas en CONE Básico
7. Atención de RN en CONE Ambulatorio
8. Atención del RN en CONE Básico y Completo
9. Detección Oportuna del Riesgo Obstétrico y Neonatal en la Red de CONE
10. Identificación y Referencia de Emergencias Obstétricas y Neonatales
11. Pre Eclampsia Severa y Eclampsia en CONE Básico y Completo
12. Manejo de Hemorragia post parto en CONE Basico

Recomendaciones para la implementación de los flujos

- Todo el personal de la unidad de salud (ambulatorio o básico) debe ser capacitado en la totalidad de los flujos de atención, enfatizando las de su nivel de CONE respectivo.

- La unidad de salud debe organizarse para lograr el mejor aprovechamiento de su capacidad instalada.
- La unidad de salud debe estar señalizada para facilitar a los(as) usuarios(as) la orientación y saber adónde dirigirse en búsqueda de atención.
- La distribución del equipo, el mobiliario y el recurso humano requerido para poner en práctica cada paso del proceso de atención materno-neonatal debe definirse de acuerdo a estos flujos.

3. Monitoreo, Supervisión y Evaluación de la Estrategia de CONE

El objetivo del monitoreo, supervisión y la evaluación de la Estrategia de CONE de Panamá es asegurar el cumplimiento de las metas y los objetivos, los cuales están basados en la evidencia de las prácticas que conllevan a la reducción de la mortalidad materna y neonatal. El proceso de monitoreo, supervisión y evaluación, responsabilidad de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud, debe de culminar en la toma de decisiones oportunas para asegurar que las acciones desarrolladas en el marco de la estrategia garanticen el cumplimiento de las metas que posibiliten las condiciones óptimas de salud de la población objetivo.

a. Monitoreo

El monitoreo se define como el proceso continuo y sistemático que clarifica si se están realizando las actividades programadas. El monitoreo está relacionado con el grado de cumplimiento de las normas de atención y calidad, con la disponibilidad de los recursos (humanos y materiales), y con el cumplimiento de las metas de producción relacionados a los CONE.

b. Supervision

La supervisión es un proceso clave para asegurar el cumplimiento de las actividades. Ésta se lleva a cabo periódicamente en las instalaciones de salud y su objetivo es verificar el cumplimiento de los procesos de atención, la confiabilidad en el registro y la recolección de datos que servirán para la construcción de los indicadores de CONE mencionados en la Tabla de Indicadores del Anexo H. Además, la supervisión debe garantizar el seguimiento del uso, análisis y toma de decisiones y de la retroalimentación oportuna que asegure la mejora continua de los servicios. La supervisión se debe realizar siguiendo los lineamientos establecidos por el proceso de aseguramiento de la calidad. Para ello, se utilizan instrumentos como las visitas de equipos de calidad a las instalaciones de salud y a los equipos hospitalarios.

La supervisión es el proceso de orientación, educación y apoyo al colaborador ejecutor de acciones de salud para que realice su función en forma eficaz y eficiente. Para el mejoramiento de los procesos técnico asistenciales y técnico administrativos, basada en una relación entre personas, el supervisor y el supervisado, que tiene como objetivo la identificación de los procesos que deben ser fortalecidos para mejorar la calidad de los servicios, la satisfacción de las necesidades del usuario y la instauración de cambios organizacionales que los aseguren.

La supervisión capacitante se refiere al acompañamiento y orientación del desempeño de otros y transferencia de conocimientos, actitudes y destrezas esenciales para el éxito de las actividades de MyE.

Ofrece la oportunidad de aprender del trabajo que se ha realizado; reflexionar en forma crítica al respecto; proporcionar retroalimentación al personal local, y cuando sea apropiado, proveer orientación específica para hacer mejoras⁴⁶.

c. Evaluación

La evaluación analiza si se están obteniendo los resultados deseados. Por lo tanto la evaluación trata de determinar si los objetivos de la Estrategia se están cumpliendo. Para la Estrategia de CONE esto incluye la medición del grado hasta el cual las mujeres en edad fértil y recién nacidos de las Comarcas y áreas rurales diversas tienen acceso a servicios de calidad con un enfoque de género y que los mecanismos e intervenciones establecidos en la implementación están teniendo los resultados en cuanto a aumentos en la utilización de servicios y efectividad de las mismas.

El monitoreo y la evaluación de la Estrategia de CONE utilizará datos provenientes de los sistemas y procesos ya establecidos en el MINSA. Para la medición de los resultados de CONE, se identificará un número limitado de indicadores clave basados principalmente en datos disponibles. A éstos se les agregarán unos pocos indicadores que complementen los datos actuales, sin que ello requiera de esfuerzos adicionales por parte de los proveedores de servicios.

A continuación se detallan los indicadores clave para la Estrategia de CONE:

d. Indicadores Claves para la Estrategia de CONE

Pre-concepción

1. % de instalaciones que en cualquier momento experimentaron un desabastecimiento de métodos anticonceptivos durante un período determinado
2. % de mujeres en edad fértil que usaron un anticonceptivo

Atención prenatal

3. % de mujeres embarazadas que recibieron por lo menos 4 controles prenatales
4. % de mujeres embarazadas captadas en el 1er trimestre de embarazo

Parto y Puerperio

5. % de mujeres embarazadas y/o puérperas de las Comarcas o áreas rurales dispersas que han utilizado un albergue materno o CAM
6. % de partos atendidos por personal calificado
7. % de mujeres con parto institucional en los que se aplica el MATEP
8. % de mujeres embarazadas que recibieron un control del puerperio a los 8 días postparto

⁴⁶ ONUSIDA (Octubre 2008). Marco de Trabajo para la Organización de un Sistema Nacional Funcional de Monitoreo y Evaluación en VIH.

9. % de mujeres que egresan con método anticonceptivo post-evento obstetrico

Emergencias Obstétricas

10. % de abastecimiento de insumos clave para el manejo de emergencias obstétricas en los CONE Básicos.
11. % de complicaciones obstétricas esperadas en la población que llegan a la instalación de CONE Básico o CONE Completo (por tipo de complicación)
12. % de mujeres con complicaciones obstétricas tratada de acuerdo a los protocolos de atención

Recién nacidos

13. % de recién nacidos que reciben atención postnatal en los primeros 2 días de vida
14. % de recién nacidos que reciben lactancia materna en la primera hora de vida
15. % de recién nacidos con complicaciones tratados de acuerdo a los protocolos de atención

Resultados finales

16. Tasa de mortalidad neonatal
17. Razon de mortalidad materna

El Anexo G contiene las definiciones de cada indicador, su construcción, y las fuentes de información específicas para la recolección de datos.

4. Fuentes de Información de Indicadores Clave

Producción de servicios:	Datos generados por los equipos de salud, tanto de la red fija como de las Giras itinerantes. La fuente primaria de datos son los siguientes formularios y registros existentes:
Planificación Familiar:	Hoja de Registro Diario de Actividades
Control Prenatal:	Hoja de Registro Diario de Actividades y Sistema Informático Perinatal.
Atención del Parto:	Libro de partos, y Sistema Informático Perinatal.
Atención del Puerperio:	Hoja de Registro Diario de Actividades y Sistema Informático Perinatal.
Uso de Albergues Maternos:	Libro de Registro de los Albergues Maternos
MATEP:	Expediente clínico (registrar en la nota de parto)
PF postparto:	Sistema Informático Perinatal, expediente clínico.

Además de los formularios ya existentes, el monitoreo y la evaluación de la Estrategia de CONE agregará información sobre las complicaciones obstétricas y neonatales para asegurar el manejo adecuado de las mismas.

Complicaciones Obstétricas: Hoja de record de parto/Hoja de registro diario de actividades

Actualmente, los servicios que atienden partos no tienen registro de las complicaciones obstétricas y neonatales, de manera que no es posible averiguar cuándo ocurren y cómo se refieren y/o se resuelven) El presente documento contiene un modelo del documento: El Libro de Registro de Complicaciones Obstétricas y Neonatales que incluye los datos generales de la paciente, el tipo de complicación, las acciones de estabilización llevadas a cabo, y los detalles de su referencia. La fuente para el mismo será la Historia Clínica y Hojas de Atención.

Estimaciones poblacionales: La Estrategia de CONE incluye una serie de actividades relacionadas con la comunidad; incluye indicadores que miden los resultados en base a la población total de las áreas servidas, además de las usuarias actuales de los servicios. Para construir estos indicadores se utilizan estimaciones de población del INEC /Contraloría proporcionadas por el MINSA a las Direcciones Regionales de Salud, quienes entregan a su vez la información a los equipos de áreas sobre:

- Mujeres en edad fértil,
- Embarazos esperados,
- Partos esperados

5. Gestión estratégica de la información para la Estrategia de CONE

El objetivo del sistema de información es el de diseñar los registros y almacenar los datos e información que documentan y soportan la manera en que se vienen prestando los servicios de salud en los CONE; habilitando su uso para la toma de decisiones oportunas por parte de los responsables de los diferentes procesos y procedimientos relacionados con el funcionamiento de la estrategia CONE.

Actualmente existen en el MINSA dos herramientas para contar con información estadística, los cuales se mencionan a continuación:

- Sistema de Información y Estadísticas en Salud (SIES) operado por el Departamento de Registros y Estadística de Salud (REGES), el cual toma como base de información los registros diarios de actividades.
- Sistema de Registro en Salud (SIREGES), es parte del Sistema de Información para la Estrategia del Fortalecimiento de Cobertura en Salud. Este sistema es un sistema nominal que da respuesta a los indicadores de desempeño del programa de extensión de cobertura y usa como base de información los expedientes clínicos.
- Sistema de Información Perinatal (SIP), operado por el Departamento de Registros y Estadística de Salud, el cual toma como base la información de la tarjeta de control perinatal.

1. Proceso del Flujo de la Información en el SIES

El flujo de información que se sigue para alimentar el SIES es el siguiente:

- a. Diseño de Formularios
- b. Captación de datos
- c. Verificación de la calidad de la información
- d. Digitalización de la información
- e. Producción de información

a. Diseño de Formularios

Es el procedimiento mediante el cual el equipo del Departamento de Estadística conjuntamente con los coordinadores de los programas, que para el caso de la estrategia CONE, corresponde al Programa de Salud Materno Infantil, se reúnen para llevar a cabo el diseño del formulario y los datos que serán necesarios recolectar en campo de acuerdo con los fines del programa.

b. Captura y registro de datos

Los diferentes responsables de brindar la atención del servicio de salud en campo deberán emplear los instrumentos oficiales (formularios previamente socializados) para registrar los datos que ingresarán al sistema de información.

c. Verificación de la calidad de la información

Una vez registrada la información, se entrega al técnico del REGES, quién procederá a verificar que la información o el dato corresponda con la normatividad y los protocolos de atención para la población y los objetivos que atiende el programa (esta verificación se realiza en los niveles locales, regionales y nacionales). El técnico de REGES tiene la responsabilidad de retroalimentar al personal de atención respecto a la calidad de los datos.

d. Digitalización

La información captada por los responsables de atención del servicio de salud a nivel local (en los diferentes CONE) es entregada al técnico del REGES, quien la consolida y envía al nivel regional. En el nivel regional el responsable del REGES consolida la información proveniente de las diferentes instancias locales, verifica la calidad de la información, la consolida y envía electrónicamente (sistema Web) REGES al departamento de Registro y Estadística en la Dirección de Planificación.

e. Producción

Una vez es recibida la información por el REGES en el nivel nacional, se monitorean los volúmenes de registro llevados a cabo por las regiones, se revisa la calidad de la información y se elaboran los informes y boletines para el despacho ministerial. También se genera información específica que soliciten las diferentes Direcciones o entidades externas.

2. Proceso del Flujo de información en el SIREGES

a. Captura y registro de datos

La herramienta SIREGES emplea para la captura de datos, las fuentes oficiales que establece el MINSA, es decir los diferentes formularios estandarizados. Los datos igualmente son captados y registrados por el personal encargado de la atención de los servicios de salud.

b. Digitalización de datos

Los Equipos de Gestión de las UBAs son los encargados de digitar la información, consolidarla y emitirla a la DRS, quien a su vez la consolida y envía a la DPSS.

c. Control de Calidad de la Información

Los controles de calidad de la información son realizados principalmente por el Departamento de Monitoreo y Evaluación de la DPSS. También se incluyen controles realizados por el Departamento de Epidemiología. . Estos controles incluyen dos momentos importantes que comparten tanto la herramienta SIES como el SIREGES:

- **Confiabilidad del dato:** este momento consiste en verificar la confiabilidad de la información, mediante la revisión periódica del diligenciamiento de expedientes y formularios empleados para la recolección de datos.
- **Capacitación:** Un elemento fundamental para asegurar la calidad de la información, es la capacitación del recurso humano de los servicios de salud en dos aspectos: i) sobre el correcto uso de herramientas tecnológicas y ii) en el diligenciamiento adecuado de los formularios.

3. Utilización Estratégica de la Información

La importancia de la gestión estratégica de la información radica en su utilización para la toma de decisiones. A continuación se describe el flujo que sigue la información según la herramienta informática que se emplee:

Como muestra la Figura 8 el proceso de recolección y consolidación de información se completa con la distribución en los niveles superiores del MINSA, y de éstos, a las DRS y a las UBAs para su uso en la toma de decisiones. La información será utilizada de manera estratégica si ésta es discutida durante las reuniones mensuales y semestrales en las UBAs, en las Direcciones Regionales, y en las reuniones semestrales de la UGSAF. La Figura 8 muestra el flujo de la de la información:

Figura 8: Flujo de la Información del SIES



El MINSA entrará a revisar, consensuar e integrar modificaciones menores a la hoja de registro diario y implementará otros tipos de registros que vienen empleando actualmente las regiones y que permiten evaluar el CONE como

- Libro de registro de albergues
- Libro de complicaciones obstétrica

En este mismo sentido, también revisará la información de formatos que se emplean actualmente como la Historia Clínica Perinatal, con el fin de asegurar que las variables necesarias para levantar los indicadores se estén registrando o sean incluidas de manera efectiva. Este es el caso particular de la información sobre la aplicación del MATEP, donde la hora de aplicación es un dato fundamental.

La herramienta SIREGES responde a los requerimientos del levantamiento de datos para la evaluación del Programa de Extensión de Cobertura, así como permite la evaluación y monitoreo de cada beneficiario y de los indicadores de desempeño.

Figura 9: Flujo de Información en el SIREGES:



a. Utilización de los datos para la toma de decisiones

Los datos provenientes de estas herramientas de información serán analizadas por el Comité Coordinador de la Estrategia CONE, que se reunirá bimestralmente para asegurar el seguimiento continuo de la Estrategia y tomar las decisiones necesarias de manera oportuna. La información y las directrices generadas se deberán comunicar ampliamente a las direcciones nacionales y regionales y a los niveles locales.

b. Diseminación de la Información

En forma semestral el Comité Coordinador informara al Despacho Superior sobre los avances y los resultados de la Estrategia. Anualmente se realizará un Foro de Avance de la Estrategia CONE a Nivel Nacional y Regional. Los resultados del avance de la estrategia de CONE deberán presentarse anualmente a las autoridades comarcales.

5. Logística de Medicamentos e Insumos en CONE

La gestión de la cadena de suministros tiene por objetivo planificar, implementar y controlar los flujos de distribución para que sean eficientes y eficaces, el almacenamiento de productos, los servicios y la información relacionada entre el punto de partida y el punto de consumo, a fin de responder a las exigencias de los clientes.

El éxito de la gestión de los suministros radica en obtener los insumos en el tiempo, calidad y cantidad oportuna y suficiente para que los servicios de salud cuenten con todos los insumos requeridos para la atención de CONE, de manera que éstos puedan entregarse a la población que los necesita según marca la norma. La gestión efectiva debe evitar el desabastecimiento o el sobre-abastecimiento y resultar en un abastecimiento adecuado.

El MINSA está desarrollando un esfuerzo para mejorar y fortalecer el sistema de logística de los medicamentos esenciales con el apoyo del BID. Dicho esfuerzo tomara en cuenta los siguientes elementos y pasos.

a. Elementos para asegurar una Gestión Efectiva de la cadena de suministros:

Selección

La selección de productos está directamente relacionada con la atención al usuario. Ésta define los productos que se adquieren y su uso en el sistema de salud, así como la variedad de productos que un usuario puede recibir. La limitación de la variedad de productos utilizados y disponibles en las instalaciones del sector público puede ayudar a que la cadena de suministros sea más manejable. Esto sucede porque si el personal del almacén central cuenta con una lista concreta de productos, le será más sencillo familiarizarse con ellos y garantizar así la cobertura de las necesidades del programa y el monitoreo y mantenimiento de los niveles de existencias de todos los productos en el sistema. Por otro lado, la selección de productos permite el desarrollo y la implementación de un sistema logístico a nivel nacional, y hace posible la redistribución de los productos en el sistema, proporciona un acceso a precios de insumos más asequibles por medio de economías de escala, y la reducción del costo de ciertos insumos -ya que se requiere una mayor cantidad de una lista reducida de productos-.

Adquisición

La adquisición es el proceso de toma de decisiones seguido para la compra de productos. Para ello hay muchas opciones. Una buena adquisición depende de una documentación y transparencia rigurosas que aseguren la confianza de las partes en la objetividad del proceso y ausencia de favoritismos. Esto requiere una estandarización y reglamentación conformes a las leyes y regulaciones públicas que a menudo hace que el proceso de adquisición consuma mucho tiempo. Es importante que los administradores de suministros, los administradores de programa, las unidades de adquisiciones y otros actores interesados en la administración de cadenas de suministros entiendan la duración del proceso de adquisición para asegurar la continua disponibilidad de los productos y sean capaces de planificar la coordinación de las adquisiciones y encargar pedidos en un plazo razonable.

Distribución

La distribución de los productos requiere de las siguientes actividades:

Recibir el material e inspeccionarlo. Esta actividad se lleva a cabo durante la descarga de vehículos e incluye la inspección visual de los paquetes entregados para asegurar que los productos no sufrieron daños durante el transporte. Además, es importante comprobar las cantidades de productos recibidas y compararlas con la lista de empaque o la factura de envío.

Guardar los suministros. Esta actividad implica llevar los productos desde el lugar de descarga -o el área de recepción tras la entrega- hasta la zona específica de almacenamiento (estante, anaquel, piso, etc.).

Preparar y empacar. Para preparar los pedidos -o listas de empaque- se deben localizar los productos, sacar del inventario y prepararlos para el envío.

Embarcar. Para garantizar la precisión del embarque, previa la preparación de los documentos de embarque necesarios y la carga de las mercancías para el transporte, se tiene que comparar la lista de productos y sus cantidades, con los pedidos de envíos -o solicitudes-.

Uso Racional

Comprende los procedimientos de buenas prácticas de prescripción, dispensación y uso por parte de la población usuaria. Es importante entender que los prescriptores solicitan y brindan insumos y medicamentos que deben ajustarse a lo que se les asigna y lo que define la norma. Esta información es más importante aún para las compras con distribución directa.

La información de consumo de productos (demanda atendida) en las instalaciones de salud alimenta la información requerida para la proyección de necesidades, debiendo ser cruzada con la demanda potencial y esperada.

Pasos para fortalecer el suministro en una gestión efectiva de los servicios de CONE:

1. Reclutar y capacitar al personal adicional encargado de la gestión de los suministros.
2. Identificar el espacio y las condiciones de almacenamiento a nivel central para proteger los insumos y medicamentos para CONE según los estándares de buenas prácticas de almacenamiento.
3. Identificar los medios de transporte requeridos y las rutas de distribución.
4. Desarrollar un sistema de información ágil que permita al personal responsable de garantizar los suministros, identificar oportunamente las probabilidades de desabastecimiento.

6. Equipamiento Básico

Los proveedores de servicios de CONE requieren del uso de un equipo básico para brindar servicios conforme a las normas, protocolos y guías de prácticas clínicas. El equipo básico consiste en las diversas intervenciones que garantizan la disponibilidad en todo momento de los equipos necesarios y en condiciones adecuadas de funcionamiento para la atención integral y segura de la población usuaria en CONE.

El uso del equipo básico ha de hacerse en condiciones apropiadas según determina el cumplimiento de la normativa y de las prácticas clínicas. Este equipo debe estar siempre disponible y en condiciones de funcionamiento seguras, garantizando el máximo de beneficio de la ciencia médica para la población usuaria sin someterla a riesgos innecesarios. La falta o mal funcionamiento de dichos equipos tiene por tanto un impacto directo en la calidad y seguridad de la atención en CONE. Para evitar cualquier debilidad o limitación se deben llevar a cabo una serie de acciones de prevención y control debidamente planificadas, oportunas y efectivas de forma periódica y sistemática.

La Gestión de Equipamiento básico que asegure la calidad de la atención parte del diagnóstico de la existencia - ausencia, y de las condiciones de funcionamiento seguro de los equipos necesarios para brindar los servicios de CONE.

Tabla 8. Listado de Equipo Básico (Mínimo) por nivel de atención CONE

EQUIPO	CONE Ambulatorio	CONE Básico	CONE Completo
Estetoscopio	+	+	+
Esfigmomanómetro	+	+	+
Fetoscopio de Pinard o DeLee-Hillis	+	+	+
Balanza de pie	+	+	+
Cinta obstétrica del CLAP	+	+	+
Tecnología perinatal del CLAP	+	+	+
Martillo de reflejos	+	+	+
Equipo para parto	+	+	+
Equipo inserción de DIU		+	+
Equipo de AMEU		+	+
Tanque de oxígeno		+	+
Dopler portátil		+	+
Laringoscopio		+	+
Canulas orofaríngeas		+	+
Bolsa de reanimación para adulto		+	+
Bolsa de reanimación neonatal		+	+
Equipo para cesárea			+
Equipo para legrado uterino			+
Máquina de anestesia			+
Tanque de Óxido nitroso			+
Esterilizador de calor seco / Autoclave			+
Monitor para signos vitales			+
Desfibrilador			+
Monitor Fetal		+	+
Medio de Comunicación (telefónica o radio)	+	+	+
Medio de Transporte		+	+
Combustible		+	+

El equipamiento básico incluye dos elementos esenciales:

La adquisición / reposición periódica del equipo básico requerido conforme a normas Se debe prever de manera periódica la adquisición y/o reposición del equipo básico a partir del inventario actualizado que permita brindar los servicios de calidad conforme a las normas, los lineamientos técnicos y guías de prácticas clínicas específicos para cada proceso de atención en CONE.

El uso y mantenimiento apropiado y efectivo del equipo Se debe planificar, desarrollar y monitorear el cumplimiento de planes de uso apropiado del equipo, así como del mantenimiento tanto preventivo como correctivo y de urgencia del equipo.

a. Pasos para fortalecer el equipamiento indispensable para los servicios de CONE

Debe incluir entre otros, los siguientes pasos:

1. Actualizar anualmente el inventario del equipo disponible, con su vida útil de acuerdo a las especificaciones del fabricante y sus condiciones de funcionamiento, así como del equipo básico faltante, de cada unidad y del equipo prestador de servicios de CONE de acuerdo a los requerimientos establecidos en las normas, los lineamientos técnicos y las guías de prácticas clínicas según su nivel de atención y capacidad resolutoria dentro de la red de servicios.
2. Elaborar y hacer uso de un plan anual de adquisiciones y reposición de equipo requerido - concluida su vida útil-, asegurar su distribución, de manera que quede garantizada su disponibilidad permanente y el funcionamiento efectivo y seguro del equipamiento.
3. Diseñar, ejecutar y monitorear el cumplimiento de un plan anual de capacitación dirigido a sus usuarios y el personal a cargo de brindar el mantenimiento correspondiente para el uso correcto del equipamiento.
4. Controlar de acuerdo a las normas de los períodos de mantenimiento preventivo, predictivo y correctivo, para los equipos disponibles para la atención de CONE por unidad de servicio.
5. Diseñar, ejecutar y monitorear el cumplimiento de un plan de mantenimiento preventivo, predictivo y correctivo, así como de las acciones a tomar en caso de requerirse un mantenimiento de urgencia del equipamiento.

7. Gestión del Talento Humano

La Gestión moderna del Talento Humano está orientada a la administración, no sólo *de* las personas sino *con* las personas. Este nuevo modelo pretende lograr que las personas se sientan y actúen como socias del MINSA, participen activamente en el proceso de desarrollo continuo a nivel personal y organizacional, y sean los protagonistas del cambio y las mejoras, logrando conciliar las necesidades y los objetivos de las personas con los del MINSA de Panamá.

El MINSA se propone lograr este objetivo mediante el fortalecimiento de las capacidades y el aprendizaje continuo de su personal. Para ello invertirá en la preparación, medición y mejora continua de sus conocimientos.

a. Elementos esenciales para la Gestión Efectiva del Talento Humano

Para fines de la estrategia de CONE, el MINSA de Panamá identifica los siguientes elementos básicos como necesarios e imprescindibles para el desarrollo de la Gestión del Talento Humano:

Calidad, cantidad y disponibilidad del talento humano

La OMS ha establecido un estándar de 23 proveedores de atención por cada 10,000 habitantes (entre médicos, enfermeras y parteras) como cifra mínima necesaria para prestar servicios esenciales de salud materna e infantil.⁴⁷ En Panamá de acuerdo a datos de INEC de 2012, existen en las instalaciones de salud: 29 (médicos y enfermeras) por cada 10,000 habitantes. Sin embargo en las Comarcas como Darién la dotación de médicos es mucho menor. En Guna Yala y Darién la relación es de 11 (médicos y enfermeras) por cada 10,000 habitantes en cambio en Ngäbe Buglé esta relación es de 2.2 (médicos y enfermeras) cada 10,000 habitantes.⁴⁸

Reconociendo el déficit en personal disponible para la atención en las Comarcas indígenas y considerando que la estrategia CONE demanda que los establecimientos y equipos de salud dispongan del número de personas necesarias disponible cuando/donde se le requiere, debidamente orientadas y con la garantía de tener el conocimiento y la experiencia requerida por el perfil del cargo para brindar los servicios de CONE con calidad, se proponen las siguientes acciones a nivel regional en coordinación con el nivel central de Salud :

Desarrollo Permanente del talento humano. Asegurar que existan actividades de desarrollo y actualización continua en servicio de los conocimientos y habilidades necesarias del personal que se desempeña en las redes de CONE para implementar y aplicar efectivamente las normas, procedimientos, ayudas de trabajo (flujogramas, guías de bolsillo, etc.), equipamiento e insumos a fin de asegurar prácticas efectivas y seguras.

Establecer programas de educación continua en los establecimientos de salud de las comarcas y zonas rurales dispersas, que sean de utilidad al personal médico y de enfermería para su certificación anual.

Motivación y estímulo del personal Se aplicarán estrategias efectivas de incentivos a la productividad y al desempeño en base al cumplimiento de metas. Se asegurará que los ambientes de trabajo cumplan con las normas de bioseguridad y de control de infecciones que garanticen un ambiente laboral seguro y sin riesgos para el personal a cargo de la prestación de servicios.

Para implementar los componentes de la estrategia CONE, es necesario identificar:

- El personal por tipo de instalación de salud;
- La cartera de servicios que brinda cada instalación de salud;
- Las competencias necesarias del recurso humano para brindar la cartera de servicios CONE asignada a la instalación.

⁴⁷ http://www.who.int/hrh/workforce_mdgs/es/

⁴⁸ Indicadores Básicos de Salud, Ministerio de Salud Panamá, 2014

Siguiendo los elementos anteriormente definidos, las tablas en el Anexo H (indicar nombre del anexo...) detalla el personal necesario por instalación de salud, los conocimientos que debe manejar y las competencias que debe poseer.

b. Pasos para fortalecer la gestión efectiva del talento humano

El proceso de capacitaciones es permanente con capacitaciones o actualizaciones periódicas, basadas en evaluación de resultados de la atención y diagnósticos objetivos de necesidades, asimismo deben ser debidamente planificadas y estandarizadas según las normas y protocolos. Es necesario monitorear y apoyar cuando sea necesario, sistemáticamente el desempeño de los proveedores.

Debe incluir entre otros, los siguientes pasos:

- Mantener el actualizado el inventario del personal disponible por tipo de instalaciones del Estado que brindan servicios de CONE en cada región, conforme al perfil y descripción de los cargos o puestos de trabajo para asegurar que dichos puestos de trabajo estén ocupados por personal debidamente cualificado.
- Dotar a las unidades donde se identifiquen necesidades, con el personal cualificado de acuerdo al perfil del cargo.
- Desarrollar competencias para aplicar e implementar las prácticas descritas para la atención, la provisión y la gestión de los servicios de la Estrategia de CONE, en base a los lineamientos, las normas y protocolos del MINSA
- Se debe asegurar la disponibilidad de insumos y equipamiento necesarios por tipo de instalación de la Red de CONE para que los proveedores cualificados se desempeñen de acuerdo a las normas y protocolos nacionales.

A continuación se describen algunas de las metodologías para la capacitación continua del personal de salud y personal comunitario.

c. Metodología y herramientas para el desarrollo de capacidades⁴⁹

Las capacitaciones serán basadas en la adquisición de las competencias necesarias para la implementación de la Estrategia CONE y las metodologías a utilizarse serán participativas e incluirán ejercicios prácticos, y prácticas supervisadas con modelos anatómicos y luego en el servicio clínico, guidas con listas de verificación cuando corresponda.

Se utilizaran las siguientes metodologías para fortalecer las capacidades de los proveedores de servicios:

- Exposiciones dialogadas, estudio de casos
- Talleres prácticos de desarrollo de competencias con modelos anatómicos y listas de verificación

⁴⁹ Estrategia Metodológica de los Servicios de Planificación Familiar para Hospitales, Secretaria de Salud, Honduras, 2008. Capítulo 9: Capacitaciones para el Desarrollo de la Estrategia de Planificación Familiar en Hospitales, Págs. 100-104.

- Practicas simuladas para algunas de las técnicas de educación, orientación y consejería
- Practicas clínicas supervisadas en el servicio según corresponda
- Seguimiento y reforzamiento de habilidades en servicio

El MINSA cuenta con una serie de herramientas que apoyan el desarrollo de capacidades de los proveedores de atención, las que deben ser utilizadas para el desarrollo de la capacitación de la Estrategia CONE y sus Sub-Estrategias. Estas herramientas incluyen entre otros:

- Manual de Capacitación en las Normas Técnico-Administrativas del Programa de Salud Sexual y Reproductiva y Atención Integral de la Mujer.
- Manual de Capacitación en el Manejo de las principales Complicaciones del Embarazo
- Manual de Capacitación de la Estrategia de Cambio de Comportamiento
- Manual de Capacitación del Plan de Parto
- Programa de desarrollo de competencias en Orientación/ Consejería en Anticoncepción dirigido a proveedores de instalaciones de salud en comarcas indígenas y áreas rurales dispersas con su Manual de Orientación/Consejería y Guías de Apoyo en Anticoncepción para Proveedores de Servicios en comarcas indígenas y áreas rurales dispersas
- Programa de desarrollo de competencias en Orientación/ Consejería en Anticoncepción dirigido a personal comunitario en comarcas indígenas y áreas rurales dispersas con su Manual de Orientación/Consejería y Guías de Apoyo en Anticoncepción para Proveedores que trabajan directamente con la Comunidad

d. Inducción de personal nuevo

La capacitación en la Estrategia CONE formará parte del paquete de inducción que debe recibir todo el personal nuevo antes de asumir su respectivo puesto de trabajo.

e. Monitoreo y evaluación

Los procesos de capacitación deben ser evaluados mediante metodologías basadas en competencias u otras, según corresponda, inmediatamente después de la capacitación, y en el mediano plazo a fin de definir la adquisición, la retención y la aplicación de conocimientos, habilidades y actitudes, así como poder detectar nuevas necesidades de capacitación o reforzamiento del personal de salud.

8. Financiamiento

La estrategia descrita en el presente documento para brindar servicios de CONE, no representa la creación de una nueva estructura de salud sino más bien plantea un reordenamiento de la funcionalidad de la atención a fin de hacerla más eficaz y eficiente. Esto significa aumentar la posibilidad de prevenir y responder a las principales causas que enferman y/u ocasionan la muerte de las mujeres y recién nacidos, en los lugares donde ocurren y en el momento oportuno, con la participación activa de la comunidad y la implementación de intervenciones de complejidad creciente brindadas en una red interconectada de servicios.

Para asegurar la sostenibilidad de este enfoque de atención, es necesario disponer de un sistema que permita asegurar el financiamiento del proceso de atención con la fluidez necesaria, considerando que la secuencia en un continuo de atención es la clave para lograr una atención de calidad y los resultados esperados.

El financiamiento de la implementación de CONE se enmarca y sujeta al sistema estatal de destinación de recursos para el sector salud. Implica identificar qué elementos son necesarios agregar en cada una de las etapas, componentes y procedimientos de la gestión administrativa- financiera que rige al MINSA.

Se considerarán las variables y costos tanto de la etapa de arranque o de implementación inicial, como de la etapa de mantenimiento de la estrategia de CONE. Igualmente, será necesario que el MINSA determine la conveniencia de descentralizar o mantener centralizada la su gestión administrativo - financiera. Así mismo, es necesario definir previamente los mecanismos de coordinación, que aseguren la fluidez y oportunidad del financiamiento de las actividades en las instalaciones donde se brinda la atención, especialmente en las comarcas indígenas y áreas rurales dispersas, por sus características de aislamiento y acceso limitado, de manera que se asegure la oferta constante de los servicios. La falla o demora en la atención que le corresponde a uno de los puntos de la red se traducirá en la falla de la red en brindar la respuesta esperada.

Como se menciona a continuación será importante contar con un diagnóstico que responda a una lógica organizacional donde se tenga en cuenta la demanda de servicios vs los requerimientos para una adecuada prestación de los mismos (en términos del talento humano requerido, las adecuaciones de infraestructura, abastecimiento y equipos, entre otros), permitiendo dimensionar la inversión que será requerida tanto el funcionamiento como para el mantenimiento de cada una de las redes CONE.

Posterior a este diagnóstico, el MINSA estará en capacidad de dimensionar el costo real que tendría implementar la estrategia en las diferentes comarcas (inicialmente) y poder priorizar la manera en que llevará a cabo dicha inversión. Se sugiere desarrollar por tramos de inversión, hasta completar una red completa en cada zona e ir pasando paulatinamente a la siguiente considerando en los costos el mantenimiento de la anterior y evitando la dispersión de zonas.

a. Habilitación y fortalecimiento de los servicios de salud

Primero se estima los costos de la etapa de arranque; es necesario identificar y cubrir la brecha existente en relación a los requerimientos de CONE en términos de infraestructura, recurso humano, equipamiento, insumos. Además de los recursos netamente médicos es importante enfocar particularmente en los recursos e equipamiento para asegurar la existencia y funcionamiento adecuado de los medios de transporte y medios de comunicación.

El MINSA tiene un plan de habilitación de infraestructura, que tendrá que ser analizado y actualizado en base al plan de redes de servicios incluidos en la estrategia de CONE. Este plan contempla habilitaciones clave para el éxito de la estrategia de CONE como son la construcción de una MINSA – CAPSI⁵⁰ en Llano Cartí en Guna Yala y la construcción de un hospital en Metetí, Darién. Como un primer paso el MINSA asegurará que la inversiones ya planeadas en las comarcas y sus afueras inmediatas (ej. San Félix en Chiriquí, y Bocas del Toro) sean habilitadas para poder ofertar los servicios de CONE especificadas en el plan. Estas habilitaciones son de suma prioridad para el éxito de la estrategia de CONE.

b. Operativización continúa de la Estrategia

Los costos de mantenimiento aseguran la permanencia y funcionamiento adecuado de todos estos requerimientos en el lugar donde se brinda la atención, con especial énfasis en el transporte/combustible y medios de comunicación en las comarcas y áreas rurales dispersas.

Una vez definidos los costos totales (de arranque y mantenimiento de funcionamiento), es necesario identificar fuentes de financiamiento o reasignar las existentes, junto con la adopción de los mecanismos vigentes de planificación, monitoreo y evaluación de la gestión financiera implícitos en la Estrategia de Fortalecimiento de los Servicios de Salud que cubre actualmente el financiamiento de la Cartera de Prestaciones Priorizadas del MINSA. Los cálculos del per cápita utilizado para asignar recursos necesitarán ser actualizados para incluir los aspectos de CONE que se darán en los CONE Básicos incluidos, la atención al parto normal, el manejo/estabilización de complicaciones y los traslados.

Estos mecanismos tienen que ser ágiles, prácticos, sencillos y fáciles de usar por los proveedores y gerentes, de manera que faciliten la gestión de provisión regular y constante de los requerimientos necesarios en cada instalación a fin de asegurar la atención adecuada in situ y la referencia oportuna de la población cuando sea necesario, en especial, aquella que se acerca de las comarcas y áreas rurales dispersas.

Para mantener la calidad de atención materna y neonatal el MINSA establecerá y financiará un sistema de capacitación continua del recurso humano que brinda la atención en los diferentes niveles de la Red. Esta capacitación tendrá el fin de lograr la estandarización y actualización de la atención en base a las normas y guías clínicas nacionales. También es necesario que el personal directivo y administrativo de los niveles regionales y locales disponga de un sistema de capacitación continua que asegure la adquisición y mantención de sus destrezas en gerenciamiento de servicios de salud y, en particular de las competencias para la gestión administrativa- financiera que le corresponde realizar.

⁵⁰ Los MINSA CAPSI “.... son instalaciones del Ministerio de Salud del primer Nivel de atención con el mayor grado de complejidad que busca desarrollar Nuevos modelos de instalaciones incorporando recursos humanos y tecnología de información y comunicación (TIC’s) que facilite a la población una atención Integrada a la red de servicios a nivel regional y nacional en el marco de la Estrategia Renovada de Atención Primaria de Salud y Acorde al modelo de Atención individual, Familiar, comunitario y Ambiental” <http://www.minsa.gob.pa/cartera-salud/minsa-capsi>

c. Sostenibilidad de la estrategia

Para asegurar la sostenibilidad de la atención materna y neonatal con enfoque en CONE, el país asuma el financiamiento completo y se incluye en el presupuesto regular asignado al MINSA, mediante un proceso de traspaso paulatino pero constante y con plazo fijo de cumplimiento.

Si bien la responsabilidad de financiar la estrategia recae en el Estado, se sugiere que dada la urgencia y vulnerabilidad de la población objetivo, reflejadas en sus altos índices de mortalidad materna y neonatal, se busque mecanismos de financiamiento innovadores con el fin de complementar y extender los servicios. Estos pueden incluir:

Alianzas con el sector privado para el financiamiento parcial o total de gastos relacionados con la habilitación de los servicios de salud. Experiencias en otros países indican que algunos tipos de servicio, como los Albergues Maternos que implican fuertes gastos iniciales pero relativamente bajos costos de operación pueden ser interesantes para los esfuerzos de responsabilidad social corporativa.

Es importante precisar que la garantía en la prestación del servicio es responsabilidad del Estado Panameño y por tanto la gerencia del mismo también, no obstante la invitación a que de manera ordenada se sumen esfuerzos otras entidades puede llevar a una reordenación del sistema de salud en algunas áreas, como aquellas de más difícil acceso. Una vez el MINSA tenga los aspectos, procesos y procedimientos definidos permita el concurso de otros agentes externos como las ONGs del sector privado que vienen realizando intervenciones en el territorio y que pueden contribuir en aspectos como la operación de albergues maternas, y/o el traslado de pacientes en situaciones de emergencia.

En la etapa de implementación el MINSA explorará la posibilidad de generar alianzas de tipo administrativo – financiero para la prestación del servicio, principalmente aquellas referidas con el traslado de la población en condiciones de emergencia con grupos como el servicio de aeronáutica y marítimo y/o colaboraciones con ONGs para el mantenimiento y operación de los Albergues Maternos.

Donaciones o préstamos de la cooperación externa El BID, la OPS, UNICEF, PNUD y UNFPA tienen objetivos y actividades relacionadas al fortalecimiento de las capacidades del país de responder a las necesidades de salud materna infantil en el país. Hasta el momento los apoyos de la cooperación externa se han realizado de una manera fragmentada pero para hacer este apoyo realidad el MINSA coordinará una Mesa de Trabajo sobre la Estrategia CONE en las comarcas y áreas rurales dispersas. Esta Mesa de Trabajo, coordinada por la Dirección General de Salud y la Dirección de Provisión de Servicios de Salud, así como la UGSAF tendrán representación de los actores principales en el país, incluyendo la sociedad civil.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Castro, MD; Camacho, V; Icaza, M; de Obaldía, A; Gaitán, Y; Silvera de la Cruz, R (2012): *Programa de Reducción de las Muertes Maternas en la Comarca Ngäbe Buglé. Una Sistematización de las experiencias.* 2000-2010. Panamá: UNFPA.

Decreto Ejecutivo N° 268, del 17 de agosto de 2001, que determina los problemas de salud de notificación obligatoria de las muertes maternas y perinatales, señala lo procedimientos para la notificación, y establece sanciones. Panamá.

Decreto Ejecutivo N° 546, del 21 de noviembre de 2005, por el cual se ordena la gratuidad en la atención de salud a los niños menores de cinco (5) años, en todas las instalaciones de salud, del MINSA. Panamá.

Decreto Ejecutivo N° 5, del 6 de marzo de 2006, por el cual se modifica el artículo primero del decreto ejecutivo N° 428 de 15 de diciembre de 2004, que ordena la gratuidad en la prestación del servicio y asistencia de la maternidad, en todas las instalaciones de salud, del MINSA. Panamá.

Decreto Ejecutivo N° 41 del 2 de febrero de 2010, por el cual se crea el Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual del Enfermo, cuya misión es: “Transformar los servicios de salud en un sistema solidario, sensible y humanizado en el que se reconozca la dignidad humana, respetando los valores y creencias, apoyados en el trabajo en equipo”. Panamá.

De Souza, C (2010): “El derecho a la salud de las Comarcas Indígenas”. ODM. PNUD. (Inédito)

MINSA, CSS (2014), Norma-Técnico Administrativo Atención Del Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido Atención Integral De La Mujer, Planificación Familiar y Vigilancia De La Mortalidad Materna y Perinatal, Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Panamá. (En producción).

MINSA, CSS (2007), Norma- Técnico Administrativo. Atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, atención integral de la mujer, planificación familiar, vigilancia de la mortalidad materna y perinatal. Programa de Salud Integral de la Mujer, Panamá.

MINSA, (2014a) Guía de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo, Panamá. (En proceso de revisión)

MINSA (2014b) Estrategia de Cambio de Comportamiento para CONE, Panamá (En proceso de revisión).

MINSA (2014c) Lineamientos Operativos para el Plan de Parto. Panamá. (En proceso de revisión)

MINSA (2014d) Lineamientos Operativos para los Albergues Maternos y Casas de Acudientes para Maternidad. Panamá. (En proceso de revisión).

MINSA (2014e) Guía Metodológico de la Referencia y Respuesta para las Complicaciones Obstétricas y Neonatales. Panamá.

MINSA (2014) Rotafolio de Habilidades para la Vida. Panamá.

MINSA (2014b) Esquema de vacunación según grupo etareo. Panamá.

MINSA (2012a): “Provisión del PAISS+N y PSPV a través de Unidades Básicas de Atención Institucionales de la Red Fija.” Reglamento operativo. Versión 1.0. Panamá

MINSA (2012b): “Provisión del PAISS+N y PSPV a través de Unidades Básicas de Atención Institucionales de la red itinerante”. Reglamento operativo. Versión 1.0. Panamá

MINSa (2012c). "Guía de Atención de los y las Adolescentes en el Marco de la Integración del Manejo Adolescente y sus Necesidades (IMAN) en el Nivel Primario de Salud. Publicado por el Programa Nacional de Salud Integral, Dirección General de Salud, MINSa y la Organización Panamericana de la Salud.

MINSa et al. (2011) "Normas para el Manejo terapéutico de las Personas con VIH en la República de Panamá"

MINSa (2011). Manual de Funcionamiento de Albergues Maternos, Comarca Ngäbe Buglé. Documento elaborado con el apoyo técnico y financiero de UNICEF y el Despacho de la Primera Dama de la República de Panamá.

MINSa (2009a). "Guías de manejo de las complicaciones en el embarazo". Panamá.

MINSa (2009b). "Guía para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal". Panamá

MINSa (2009c). Resolución Ministerial N° 521: por medio del cual se crea el Observatorio de Calidad de la Atención en Salud. Panamá.

MINSa (2012) Guías de Gestión de Servicios Amigables para Adolescentes.

MINSa et al. (2013). "Manual de parteras tradicionales" Despacho de la Primera Dama.

Organización Mundial de la Salud (2007). Traducido/adaptado de la obra «Herramienta de toma de decisiones para clientes y proveedores de planificación familiar», preparada por la Organización Mundial de la Salud y el Proyecto INFO de la Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins / Centro de Programas de Comunicación. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, y Baltimore, Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins / Centro de Programas de Comunicación, 2005.

Política Nacional de Salud y Lineamientos estratégicos 2010- 2015. Eje II: Mejorando la Calidad y el Acceso de la Población a los Servicios de Salud. Política 3: Mejorar el acceso a los servicios integrales de salud con equidad, eficiencia, eficacia y calidad. Panamá

Quintero, B. (2009). Diagnóstico de necesidades insatisfechas y línea basal cualitativa hacia una propuesta de modelo de atención intercultural en la Comarca Ngäbe-Buglé, corregimientos pobres aledaños. Panamá. UNFPA

Ransom, E.I y Yinger, N.V. (2002). "Por una maternidad sin riesgo, como superar los obstáculos en la atención a la salud materna". www.measurecommunication.org o www.prb.org. Revisado en noviembre, 2013.

Salud Mesoamérica 2015 (2014) Evaluación Económica de Costo Efectividad Implementación de tres servicios de CONE Completo en Comarcas Indígenas de Panamá: Guna Yala, Emberá-Wounaan (Darién) y Ngäbe Buglé Panamá

Salud Mesoamérica 2015 (2014b) Diagnóstico de los Cuidados Obstétricos y Neonatales en las Comarcas de Emberá-Wounaan, Guna-Yala y Ngäbe-Bugle Panamá

Salud Mesoamérica 2015 (2014c): "Censo y Encuesta de base de los hogares-Panamá" BID, Panamá.

Thaddeus, S. Maine, D. (1994). "Too far to walk: Maternal mortality in context. "Social Science and Medicine. Apr, 38(8): 1091-110. Columbia University. USA

Ward, V y Bill, D. (2011). Estudio de oferta y demanda para servicios de salud en poblaciones indígenas en Panamá. Panamá: SM2015/BID.