



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

**USAID**  
**ASSIST PROJECT**  
*Applying Science to Strengthen  
and Improve Systems*

COMPENDIUM

# Zika Case Studies from the USAID Applying Science to Strengthen and Improve Systems Project, 2018-2020

**MAY 2020**

This compendium of previously published case studies related to improving Zika services was prepared by University Research Co., LLC (URC) for review by the United States Agency for International Development (USAID) through the USAID Applying Science to Strengthen and Improve Systems (ASSIST) Project. The USAID ASSIST Project is made possible by the generous support of the American people through USAID.



COMPENDIUM

# Zika Case Studies from the USAID Applying Science to Strengthen and Improve Systems Project, 2018-2020

MAY 2020

USAID Applying Science to Strengthen and Improve Systems Project

**DISCLAIMER**

The contents of this report are the sole responsibility of University Research Co., LLC (URC) and do not necessarily reflect the views of the United States Agency for International Development or the United States Government.

## **Acknowledgements**

This compendium of seven English case studies and 14 Spanish case studies on improving Zika services previously published by University Research Co., LLC (URC) under the USAID Applying Science to Strengthen and Improve Systems (ASSIST) Project is made possible by the generous support of the American people through USAID's Bureau for Global Health, Office of Health Systems. The USAID ASSIST Project is managed by URC under the terms of Cooperative Agreement Number AID-OAA-A-12-00101. URC's global partners for USAID ASSIST included: American Academy of Pediatrics; EnCompass LLC; FHI 360; Harvard T. H. Chan School of Public Health; HEALTHQUAL International; Initiatives Inc.; Institute for Healthcare Improvement; Johns Hopkins Center for Communication Programs; and WI-HER, LLC.

For more information on the work of the USAID ASSIST Project, please visit [www.usaidassist.org](http://www.usaidassist.org) or write [assist-info@urc-chs.com](mailto:assist-info@urc-chs.com).

## **Recommended citation**

USAID Applying Science to Strengthen and Improve Systems Project. 2020. Zika Case Studies from the USAID Applying Science to Strengthen and Improve Systems Project, 2018-2020. *Compendium*. Published by the USAID ASSIST Project. Chevy Chase, MD: University Research Co., LLC (URC).

# CONTENTS

## English Case Studies:

---

**Dominican Republic:** Ensuring the Follow-up of Children Affected by Zika in Health Region I, Dominican Republic (October 2018)

**Eastern and Southern Caribbean:** Disability in the Caribbean: Social Inclusion Challenges and the Impact of Support Programs for Families Learned from Zika Response (November 2019)

**Eastern and Southern Caribbean:** An Argument for Paternity Leave and Progressive Maternity Policies: Lessons from Country Governments and Private Sector in the Caribbean (November 2019)

**Guatemala:** Involving Health Posts in Quality Improvement of Prenatal Care in the Context of Zika (December 2019)

**Honduras:** Involving Men in the Prevention of Zika in Honduras (September 2018)

**Honduras:** Active search of reproductive health clients to provide Zika counseling in Honduras (September 2018)

**Jamaica:** Enhancing the connectivity and confidence of healthcare officers in Jamaica through Project ECHO (May 2020)

## Spanish Case Studies:

---

**Ecuador:** Tamizaje adecuado de microcefalia, un desafío en el Hospital Básico de Shushufindi, Ecuador (October 2019)

**Guatemala:** Involucramiento de los Puestos de Salud en la Mejora de la Atención Prenatal en el Contexto de Zika en Guatemala (December 2019)

**Honduras:** Búsqueda activa de usuarias y usuarios de salud reproductiva para brindar consejería de Zika (February 2018)

**Honduras:** Brindando apoyo psicoemocional a madres y estimulación a niños afectados por Síndrome Congénito asociado al virus del Zika (June 2018)

**Honduras:** Involucramiento del hombre en la prevención de la infección del Zika en Honduras (September 2018)

**Honduras:** Detección y manejo integral de la infección por Zika durante la atención prenatal: establecimiento de salud CIS el Carrizal de Comayagüela, Honduras (September 2018)

**Nicaragua:** Docentes de la Facultad de ciencias médicas de la Universidad Cristiana Autónoma de Nicaragua (UCAN), aplican los conocimientos adquiridos sobre Zika (March 2019)

**Paraguay:** La prevención de la transmisión sexual del virus Zika a través de la entrega de condones a las embarazadas en la APN en el Hospital Distrital de Presidente Franco, Paraguay (November 2018)

**Paraguay:** Incorporación de la consejería sobre Zika en el consultorio integral del hombre del Hospital Materno Infantil de Loma Pyta, Paraguay (August 2019)

**Paraguay:** Búsqueda activa y atención domiciliaria de niños con sospecha o caso confirmado de microcefalia, por proveedores de salud del Hospital General de Barrio Obrero, Paraguay (August 2019)

**Perú:** Gestantes evaluadas adecuadamente durante la atención prenatal en la unidad de salud de Zarumilla en el Perú (January 2020)

**República Dominicana:** Tamizaje para microcefalia en el Hospital Vinicio Calventi de Santo Domingo, República Dominicana (September 2018)

**República Dominicana:** Asegurando el seguimiento de niños y niñas afectados por Zika en la Región I de Salud, República Dominicana (October 2018)

**República Dominicana:** La experiencia de integración de género en la respuesta al zika en la República Dominicana (July 2019)



Dr. Elizabeth Mateo, Epidemiologist of the Juan Pablo Pina Regional Hospital, looking for children affected by the SCaZ who were born in the hospital and did not return to the follow-up visit.

Photo Credit: Melida Núñez, ASSIST Program Officer-Region I - Valdesia de Salud

## Case Study

# ENSURING THE FOLLOW-UP OF CHILDREN AFFECTED BY ZIKA IN HEALTH REGION I, DOMINICAN REPUBLIC

### OCTOBER 2018

This case study was authored by Mérida Núñez and Dr. Viery Franco of University Research Co., LLC (URC) for review by the United States Agency for International Development (USAID) through its Applying Science to Strengthen and Improve Health Systems (ASSIST) Project, which is made possible by the generous support of the American people through USAID. The USAID ASSIST Project is managed by URC under the terms of Cooperative Agreement Number AID-OAA-A-12-00101. URC's global partners for Zika activities include: American Academy of Pediatrics; FHI 360; Institute for Healthcare Improvement; and WI-HER, LLC. For more information on ASSIST activities, please visit [www.usaidassist.org](http://www.usaidassist.org) or write [assist-info@urc-chs.com](mailto:assist-info@urc-chs.com).

## **SUMMARY**

The follow-up of children affected by Congenital Zika Syndrome and Microcephaly is one of the most important aspects in the evolution of these children. The USAID ASSIST Project has provided technical assistance to the personnel (Doctors, Nurses, Psychologists, and Educators) of the hospitals selected by the Ministry of Health and the National Health Service, for the training of Quality and Access Improvement Teams, which have been successful in improving access and follow-up of children affected by Congenital Zika Syndrome. This case study describes the process for the creation of a Service Access Improvement Team for affected children and their families in Health Region I of the Dominican Republic, and how it was possible to identify 26 cases in the three provinces that make up the region, of which 74% have received specialized care and 19% are in follow-up in the Region's units.

## **INTRODUCTION**

The Dominican Republic was one of the countries that confirmed the local transmission of the Zika virus. At the beginning of 2016, the Centers for Disease Control and Prevention reported several blood samples from an equal number of suspected cases that turned out to be positive for the Zika virus. The response to the infection by the Zika virus was implemented by the Ministry of Public Health through the General Directorate of Epidemiology, which allowed the detection of the virus in January 2016.

With the support of USAID and the PAHO, resources were mobilized for the preparation of normative instruments which were not reviewed and/or updated until the arrival of the USAID ASSIST Project in the country. The Ministry of Public Health, in its role as manager and leader of the national response to address the epidemic, and the Directorate of Epidemiology have created a technical team with which they have worked on the action lines prioritized by the Project.

Several provinces were reported where the highest number of suspected cases of Zika virus infection was clinically diagnosed, among which was San Cristóbal, which belongs to Health Region I Valdesia whose Juan Pablo Pina Regional Teaching Hospital, located in the municipality seat of the province of San Cristóbal in the south of the country, services a population of 624,820 inhabitants, although it receives patients from throughout the region which comprises three provinces and the southern coastal area of the country; it assists an average of 342 deliveries per month, and is one of the 17 hospitals selected by the Ministry of Public Health to provide assistance to the Zika cases that may arise.

## **BACKGROUND**

The USAID ASSIST Project initiated meetings with the National Health Service and the Ministry of Public Health, as well as with the Directors of the different Health Regions, to discuss the prioritization of regions and establishments to be selected; said selection was made considering certain factors, such as:

- Increase in the incidence of suspected cases of Congenital Zika Syndrome (CSaZ)
- Increase in Guillain-Barré syndrome cases
- Manifestation and incidence of Microcephaly

Taking these factors into account, awareness activities are initiated at the hospital level, through meetings with the center's management authorities, during which are presented the project's work plan and the type of assistance that it will offer to contribute to the improvement of the service offered, which would benefit the identification of cases. Training sessions for the personnel on duty in the Prenatal, Neonatal, Post-Obstetric Event, and Family Planning areas are scheduled and provided. The topics included in these training sessions provided through workshops were based on: Knowledge of Zika aspects at the World and Country Level, Counseling in the Zika context, and Implementation of the Improvement Model whose purpose is to:

- Contribute to the development of competencies in health personnel to provide quality care.
- Promote and support the health care quality improvement process in the hospitals where the ASSIST Project is having an impact through the creation of Quality Improvement Teams.
- Because of these activities, quality improvement teams are formed in the different areas of influence of the Project in order to: identify gaps and issues, contribute to closing gaps, and improve the quality of the service offered. The goal of the access improvement team is to achieve the recruitment of these children by means of the development of the applicable links to integrate said children and families into the applicable services. The network is comprised of representatives of the regional health service Valdesia or Region I, an intra-hospital case manager, and a community case manager, representatives of the Dominican Rehabilitation Association in San Cristóbal and of the different specialties that can offer care to these patients.

#### **Specific Objectives:**

- Identify gaps in the region's health system for access to services by the affected children and their families.
- Create an Inter-Institutional Regional Improvement Team to follow up on CSaZ cases and their families.

## **START OF WORK IN REGION I**

The Zika Project's activities in the Juan Pablo Pina Teaching Regional Hospital began on December 2016, with awareness meetings with officials and managers of the Maternal and Child areas in order to learn about the situation of the cases identified or which were born in the hospital; these meetings highlighted a lack of communication between the reference centers and the counter-reference that the hospital should receive in response to the cases referred.

22 cases were identified in the province of San Cristóbal, of which 2 died and 20 are in the process of being integrated into a network follow-up system, where patients and their families can readily have access to clinical and psycho-emotional care services. Currently, through the intrahospital manager in the Access



La COP del proyecto en reunión con la Dirección del hospital y el personal asignado a este.

Improvement Team, 5 of these cases have been located and integrated into the services, and the team's efforts are directed at achieving progress with the other 15 cases that still receive care in other health centers outside the province.

The biggest gaps identified by the team that supports the collaborative initiative of care and support are the correct identification of existing cases, as well as the creation of a registry that includes the children receiving care in the public and private health sectors, and the challenges in order to facilitate most of the services required by the children and families affected by the situation, given that the requirement is of a multidisciplinary and inter-institutional nature.

## ADDRESSING GAPS IN ACCESS TO CARE

In the hospital, several training sessions were offered to the personnel from the areas of influence in the Maternal and Child context, specifically in Prenatal Care (APN), Perinatology, Post-Obstetric Event Care (APEO), Family Planning, and the Psycho-Emotional Care and Support aspect. These training sessions covered the topics of Zika, Counseling, Quality of Service, and Neonatal Screening. During these training activities were identified existing gaps that limited the provision of a quality service, and action plans were prepared that included one or two improvement objectives which would be followed up by their own personnel, who are responsible for incorporating these improvement actions into their daily work.

At the start of the Zika epidemic in the country, several cases took place in the different provinces, and San Cristóbal was one of the locations with a high incidence of pregnant women affected by the Zika virus. As a result, several of these newborn babies were born with the complications associated with the virus. Due to the start of the actions of the USAID ASSIST Project at the Juan Pablo Pina Hospital, some cases were detected in the hospital at the time of birth, in which the mothers received emotional support, and their children were referred for care and follow-up in a specialized and national reference center, such as the Dr. Robert Reid Cabral Children's Hospital (HIDRRC), to receive initial care. However, in some cases this made it difficult for these children to attend the following medical check-up. In addition, the Juan Pablo Pina Hospital was unable to verify their attendance and to contribute in some way to the performance of the specialized studies required. They were also unable to facilitate follow-up and specialized visits in the center or through the existing institutions in the province.



Dr. María Elexia Bautista, Director of Health Region I, Valdesia, in a meeting with the members of the Regional Improvement Team highlights the importance of the follow-up of families and children affected by Microcephaly and CSaZ.



Group work in a training session.

The care offered had limitations in what concerns following the steps that have to be completed for quality care, since there was no specific roadmap of the steps to be taken by the mother when she visited the service with her child. At the beginning, the steps included the following:

- Upon admission, the child was received in the Perinatology area, where the Screening and admission was performed.
- After identification, the Perinatologist took a blood sample and the child was transferred to the Department of Epidemiology, where the records were taken and the blood sample was sent to the Provincial Directorate for them to send it to the National Laboratory. The referral was made by Perinatology, based on the need of the child. Psycho-Emotional support was included for the most critical cases.

However, the procedure performed by the Provincial Health Directorate was unknown. They did not receive feedback on the cases and the tests sent, the results received were very few. The subsequent follow-up for Growth and Development was only for the longitudinal aspect, and the follow-up of the patient was interrupted. This situation, identified through the future visits of the mothers who came to the hospital due to a health condition in which the patient was admitted, but the history of the patient was unknown, since no response was received from the referral made.

After the analysis of the problem, due to this situation, coordination activities were performed to create a quality improvement team in terms of improving access to services, including psycho-emotional care and support.

## ACTIONS

The goal of the access improvement team in Region I was to: improve access and follow-up of children affected by Congenital Zika Syndrome during a period of three months, through an strategy of implementation of a critical referral path of cases from the Primary Care Units (UNAP) to the Juan Pablo Pina Hospital with the cooperation of the Area Managers and Coordinators of the Regional Health Service (SRS).

To achieve this goal, some ideas for change were implemented, which contributed to the improvement of the follow-up actions :



Work meeting with a part of the improvement team for the adjustment and socialization of the improvement objective proposed.

The ASSIST Program Officer, together with the hospital's Field Technical Facilitator, visited for 3 days the different referred centers in order to identify the geographical location, the type of services offered, and the requirements for the admission of children to set up a mapping of the institutions which offer support services in the province.

- Meetings were held with 3 institutions which provide care and support in the province: the Rehabilitation Center, the National Health Insurance, and the National Institute for the Comprehensive Care of Early Childhood. They included visits of each institution in order to

discuss and celebrate agreements to receive the referred cases and to facilitate access to the service.

- A record ledger was delivered to the Hospital Case Manager in order to log the follow-up to appointments and referrals of the children located in the follow-up.
- The active capture of cases through the tracking of the different areas in Region I was requested in order to locate the other cases in close cooperation with the Area Managers of the Regional Health Service.

For the implementation of these ideas for change, coordination meetings and follow-up actions were performed with the Regional Health Service through the Regional Maternal and Child Coordinator, the Area Managers in the province, and the Project Program Officer.

## RESULTS

The results of these activities are evidenced by the empowerment of the service providers involved in the improvement.

Through institutional mapping, it has been possible to achieve a more coordinated relationship of the existing institutions with which agreements have been reached to facilitate the follow-up of these children without being required to travel long distances to have access to the service. In addition, a commitment has been achieved to offer cost-free care in the event that the family does not have the financial resources to pay for the service, in particular in cases of physical therapy or other specialized services. By visiting the homes of these affected families to verify their situation, it has been possible to identify a cohort of real cases which would benefit immediately from the coordinated services.

The Rehabilitation Association has been integrated into the process, and will provide physical therapy to the cases that have been previously referred to the institution. The National Health Insurance (SeNaSa) has facilitated the enrollment of children and their families in the security plan, so that they can receive their services in all areas at no additional cost. The hospital's Nutrition Department has favored the children who need the nutritional supplements without cost for the supplies.

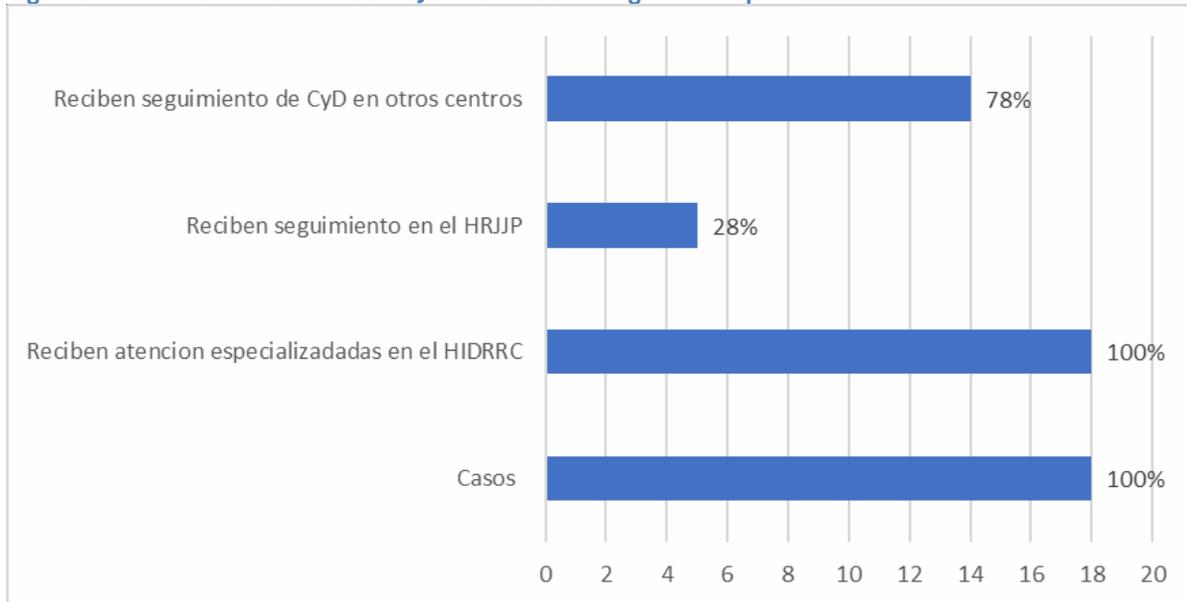
It is now possible to identify the distribution of cases for the whole of Region I, in the 3 provinces which comprise it. The region has a total of 30 cases, of which 20 belong to the province of San Cristóbal (67%), where the USAID ASSIST Project participates, 6 (20%) belong to the province of Peravia Bani, and 4 (13%) to the province of Ocoa.

The mapping of cases has made it possible to learn about the situation of each case, and to create a baseline to be able to work in the proper direction in relation to the steps that need to be taken to favor and facilitate access to the services by these children with Zika virus complications and their families.

From the 20 cases identified in Region I, 2 have died. That leaves 18 children who require follow-up; we have accomplished the goal that 100% should receive specialized care in the National Referral Hospital HIDRRC (see Figure 1). What is more important, we have accomplished the goal that 5 of the cases (28%) should go for their follow-up to the Juan Pablo Pina Regional Hospital instead of the capital.

We have also accomplished the goal that 14 out of 18 (78%) should be currently receiving grow and development follow-up in other centers in the region.

**Figure 1 Situation of the Cases in the Juan Pablo Pina Regional Hospital**



The team has systematized their experience of change, and has presented it in the national learning session for the Care and Support collaborative effort sponsored by the National Health Service and the USAID ASSIST Project in August 2018. The access improvement team, represented by Dr. Clara Quezada who is in charge of the Maternal and Child area in Region I, shared the experiences, challenges, and next steps with all the participants. At the meeting, the changes tried were explained and suggestions they considered important for implementation in other centers were made.

## **LESSONS LEARNED AND CHALLENGES**

The empowerment of the personnel and their identification with the cases found are determining factors for the success of any activity related to the improvement of the service to be offered.

The difficulties to be addressed become challenges for the follow-up of the affected children, which include:

- Regular attendance of children affected by SCaZ and/or Microcephaly.
- Inclusion of all the children affected by SCaZ to the Social Security System.
- Achieve the goal that the mothers who take their children with SCaZ to a follow-up visit in the Dr. Robert Reid Cabral Hospital and who belong to this region, should start seeking care in the hospital in their region



Dr. Clara Quezada, member of the access improvement team, SRS.

## NEXT STEPS

- Performance of follow-up visits in the hospital aimed at the development and growth of the children.
- Manage the referral of SCaZ cases which belong to Health Region I from the Dr. Robert Reid Cabral Hospital to the Juan Pablo Pina Hospital.
- Continue with the strengthening of psycho-emotional support actions in the Juan Pablo Pina Hospital, and motivate non-psychologist providers to get training on psycho-emotional support through an online or in-class course in order to be able to offer the service to the affected mothers and families.
- Prepare the providers at the Juan Pablo Pina Hospital to receive all the SCaZ cases in the Region.
- Include all the SCaZ and/or Microcephaly cases in the Growth and Development visit at the Juan Pablo Pina Hospital.
- Continue with the active search of cases in the Region through coordination with the Peravia Provincial Directorate and the Regional Health Service.
- In coordination with the person in charge of the regional Maternal and Child area, the access improvement work will be replicated in the Nuestra Sra. De Regla Provincial Hospital, which belongs to Health Region I, but is located in the province of Peravia, where the Regional Health Service has decided to extend the implementation of the improvement model for the Zika cases in said province.

*For more information:*

USAID Applying Science to Strengthen and Improve Systems (ASSIST) Project  
University Research Co., LLC • 5404 Wisconsin Avenue, Suite 800 • Chevy Chase, MD 20815-3594 • USA  
Av. Sarasota No. 20 Apto. 206, Torre Empresarial. Sector La Julia  
Santo Domingo, D.N. Dominican Republic

This case study was made possible by the support of the American people through USAID. The contents of this case study are the sole responsibility of URC and do not necessarily reflect the views of USAID or United States Government.



Site of the new location for Care Project, Antigua.  
CREDIT: MORGAN MICKLE, WI-HER, LLC

## Case Study

# DISABILITY IN THE CARIBBEAN: SOCIAL INCLUSION CHALLENGES AND THE IMPACT OF SUPPORT PROGRAMS FOR FAMILIES LEARNED FROM ZIKA RESPONSE

**NOVEMBER 2019**

This case study was authored by Morgan Mickle, Kelly Dale, Tisa Barrios Wilson, and Dr. Taroub Harb Faramand of WI-HER, LLC and produced by the USAID Applying Science to Strengthen and Improve Systems (ASSIST) Project, funded by the American people through USAID's Bureau for Global Health, Office of Health Systems. The project is managed by University Research Co., LLC (URC) under the terms of Cooperative Agreement Number AID-OAA-A-12-00101. URC's global partners for ASSIST Zika activities include: American Academy of Pediatricians; FHI 360; Institute for Healthcare Improvement; and WI-HER, LLC. For more information on the work of the USAID ASSIST Project, please visit [www.usaidassist.org](http://www.usaidassist.org) or write [assist-info@urc-chs.com](mailto:assist-info@urc-chs.com). For more information on gender integration, please write [info@wi-her.org](mailto:info@wi-her.org).

## SUMMARY

Persons with disabilities in the Caribbean have little or no access to health care, rehabilitation, or other specialized support services that children and families affected by Zika need. Since 2018, the USAID Applying Science to Strengthen and Improve Systems (ASSIST) Project has worked to strengthen health systems, specifically newborn, well-baby, and psychosocial support services, in four Eastern and Southern Caribbean countries, as part of USAID's Zika emergency response program in the Caribbean region. WI-HER, LLC, the gender partner for this initiative, has led the gender and social inclusion technical area to integrate inclusive practices into service delivery and throughout the health system. This case study pulls from the global evidence-base to illustrate factors influencing health care access and utilization for persons and families with disabilities, shares findings from two recent gender analysis activities in the Caribbean, and highlights the importance of programs that support families of persons with disabilities in strengthening family health and well-being. Monitoring disability data and the services available at facilities is important in the context of Zika as Zika virus infection during pregnancy can cause severe birth defects, including microcephaly, brain defects, and congenital Zika syndrome. Recent data reveal that children with disabilities make up approximately 1% of the total children's population in Antigua and Barbuda, Dominica, St. Kitts and Nevis, and St. Vincent and the Grenadines, but these numbers could rise as a result of the recent Zika epidemic as affected families are still being identified. Programs targeting families impacted by disabilities can provide many benefits including care assistance, decreased financial burden, increased psycho-emotional support, improved knowledge related to disability care, opportunities for advocacy, and solidarity. As such, programs like these across the Caribbean can be developed or strengthened, and ultimately work towards improving equitable and inclusive health services and well-being of populations in the region.

## INTRODUCTION

Social inclusion of persons with disabilities, including children and families affected by Zika, needs to be addressed. Evidence has shown that including persons with disabilities leads to more prosperous societies, promotes human rights of all, and improves overall health and well-being of populations.<sup>1</sup> Working towards inclusion also supports fundamental commitments under the Sustainable Development Goals to “leave no one behind”.<sup>2</sup> When persons with disabilities are excluded, for example, it can make them more vulnerable to poorer health. For instance, persons with disabilities may experience barriers in accessing health care service or inadequate quality health care.<sup>3 4</sup> Persons with disabilities in the Caribbean have little or no access to health care, rehabilitation, or other support services.<sup>5</sup> These are exactly the services that children and families affected by Zika need. According to the CDC, we are still learning the long-term effects of the Zika virus during pregnancy, but early evidence suggests that babies affected may have lasting special needs. Some of the conditions associated with congenital Zika syndrome – such as delays in neurologic or brain development, hearing loss, seizures, vision problems, and challenges with joint and muscles movements – may lead to problems progressing in speaking, learning, moving, and playing.<sup>6</sup> These babies may need additional tests, exams, and therapies from various specialists; some of which may be difficult to reach or find. The family may also require the assistance of a social worker, insurance provider, friends, and other family and community members to help with transport, care, and services. What is evident looking at long-term care is that raising a child affected Zika can come at a high financial and social costs. This case study focuses on disability and social inclusion in the Eastern and Southern Caribbean and highlights the challenges faced by families raising

children with disabilities – particularly in Antigua and Dominica – and opportunities for strengthening equitable quality care and health systems.

## BACKGROUND

According to the World Health Organization’s 2011 World Disability Report, over a billion people (or 15% of the world’s population) are estimated to be living with a disability.<sup>7</sup> (According to the report, “disability” is defined as an overarching term for impairments, activity limitations, and participation restrictions associated with the interaction between an individual with a health condition and their environment.) The Economic Commission for Latin American and the Caribbean (ECLAC), which has developed three key reports on disability in the Caribbean in particular, highlights that there are over one million persons already living with some form of disability in the Caribbean (250,000 with a significant disability), however little is written about disability in the Caribbean and statistics on persons living with disabilities are limited.<sup>8 9</sup> Monitoring disability data and the services available at facilities is important in the context of Zika and subsequent response efforts because it has been recognized that Zika virus infection during pregnancy can cause severe birth defects, including microcephaly, other brain defects, and congenital Zika syndrome.<sup>10</sup> This type of data can be useful for early identification of risk factors associated with developmental delays, as well as supporting timely referrals and care.

Specifically, the risk of congenital neurologic defects related to Zika virus infection has ranged from 6 to 42% in various reports. A recent study on pregnancy outcomes after Zika infection in the French Caribbean (French Guiana, Guadeloupe, and Martinique) was conducted between March and November 2016 that tracked the pregnancies of 546 women with confirmed Zika infection. Researchers found that neurologic and ocular defects possibly associated with Zika infection were seen in 7% of the fetuses and infants (39 total). Furthermore, microcephaly was detected in 5.8% of the fetuses and infants (32 total), of whom 1.6% (9 total) had severe microcephaly. Neurologic and ocular defects were more common when Zika infection occurred during the first trimester than when it occurred during the second or third trimester. The findings concluded that birth defects occurred more frequently in fetuses and infants whose mothers had been infected early in pregnancy.<sup>10</sup>

Statistics from a 2013 UNICEF survey on children and disabilities in 12 Caribbean countries had noted that children with disabilities accounted for approximately 1% of the total children’s population in Antigua and Barbuda, Dominica, St. Kitts and Nevis, and St. Vincent and the Grenadines, but these numbers could rise as a result of the recent Zika epidemic as affected families are still being identified (see **Figure 1**).<sup>11</sup> As a new disease to the region, information and knowledge to reach providers and families has been slow. As more research is being conducted we are learning that developmental delays may show up some time after a child’s initial infection. These factors allude that there could be a faction of families who may not yet know that their child has been affected by the virus. This is important as the implications of Zika can affect a family for their whole life.

**Figure 1. Percentage of Children with Disabilities in the Caribbean**

	Antigua	Dominica	St. Kitts & Nevis	St. Vincent & the Grenadines
<b>Of Children’s Population</b>	1.5%	1.2%	1.9%	0.7%
<b>Of National Population</b>	0.4%	0.3%	0.7%	0.3%

Source: UNICEF. State of the World’s Children. Eastern Caribbean Area Supplement. 2013.

Additionally, children affected by Zika may also face stigma and discrimination in the home or from their wider community. ECLAC reported that children with disabilities are generally excluded from normal activities within the home and do not participate in community life. Families often shun or mistreat their disabled children and frequently adequate care is not provided.<sup>12</sup> This information reflects some of UNFPA's findings from a 2018 global report on young persons with disabilities.<sup>13</sup> UNFPA goes further to say that as children affected by disabilities grow older, they may also face other challenges. Girls with disabilities are less likely than their male peers with disabilities to attend school, making these girls less eligible to hold formal employment and to be literate.<sup>13</sup> As women, they are more likely to live in poverty and to be subjected to GBV. They are more likely than their male peers are to think of themselves as disabled and to hold a negative self-image. This low self-image in turn can make them more vulnerable to harmful social interactions.<sup>13</sup> Studies from around the world have found that women and girls with disabilities are at greater risk of sexual violence and exploitation than are either women without disabilities or men with disabilities.<sup>13</sup>

According to stakeholders in the Caribbean, more needs to be done to enable persons with disabilities to maximize their potential to actively participate in society.<sup>14</sup> Too many children with disabilities continue to face barriers to their participation in the civic, social, and cultural affairs of their communities. Across the region, there is a need for on-going public education and awareness programs to address issues of abuse, stigma, discrimination, marginalization, and exclusion of persons with disabilities.<sup>14</sup>

## ANALYSIS OF THE PROBLEM

Findings from two recent gender analyses carried out in 2019 in Antigua (no activities were conducted in Barbuda) and Dominica in the wake of Zika emergency response efforts highlight key social inclusion themes and reveal that services do exist for persons with disabilities in the Eastern and Southern Caribbean, but they are limited. Compounding this, persons and families of persons with disabilities face barriers that may hinder utilizing those services meant to assist them. Varying perspectives with regards to discrimination and stigma faced by persons with disabilities among community members, health providers, educators, and family members of persons with disabilities possibly contribute to slow improvements in this sector.

### Antigua



The discrimination against persons with disabilities and the lack of community understanding has an impact on the families of people with disabilities and special needs. Parents of children with disabilities participating in focus groups in Antigua expressed that there are many financial, emotional, and physical stressors on the family. The impact on families can vary and depends heavily on the extent of a child's disability, the dynamics within the household, the wealth of the household, and the level of community (including employer) support. However, in a focus group discussion with parents of children with severe disabilities, there were significant commonalities and factors that connected them.

Both married and single women with children with disabilities expressed feeling depressed, sad, tired, frustrated, and sleep deprived. They expressed that finances were challenging due to the special care and support (including health, education, therapy, and babysitting) needed for their child. Seeking this

specialized care also takes a lot of time. At least one participant lost her job due to the amount of time she had to take off to care for her child. Parents stated that they sometimes blamed themselves, questioning what they did wrong.

There were additional challenges for families with multiple children, where siblings of persons with disabilities may not be able to enjoy their parents' attention and time as much as they may desire. There are also logistical challenges with transportation and physical challenges lifting children with physical disabilities into chairs, cars, beds, and other support devices. One health provider noted that she sees a lot of guilt in these parents – they feel guilty that they are not able to care for their children the way that they would want to if they had enough time, money, support, and services.

*“They will need more time in terms of every aspect of their care. They are tired but out of the love of that child they do what needs to be done.” (Female health provider, Antigua)*

*“I think who stays home with the child is matter of choice, especially with a child with disabilities, I stayed with my daughter for 4 years at home because there were no specialists available to her, when she was assessed, and she needed therapies, I stayed at home. It’s hard when you don’t have the support and a lot of times you don’t get the family support and community support because the child is a special needs child; you are always looked down upon. We are building awareness about the situation of children, but information/awareness is still needed; a lot has to do with our society and the way we think. Having the awareness of disability helps and helps parents like me to get a job easier and have a better lifestyle not just for us but our children.” (Parent of person with disabilities, Antigua)*

*“You become stressed out. There were times I would just cry, even though there was 4 of us, my son would have questions...he does not understand. You have to try to do the best with your knowledge, explain and then you still have all the housework to do, you still have to take time out to work with her and take her to the beach to work on legs, take her for her exercises, there is a lot of emotional stress and people don’t understand what you go through. People like to throw words at you and they don’t know what you go through, they are not there when you aren’t sleeping at night, when the child breaks something, and you have to be up physically going through with the strength. The child goes like the Energizer bunny and you have to bring yourself to understand. For whatever reason God has given me this child, I have to lock the doors take a rest, get up and go again and still face the public. Yes, at times we want to tell people certain things because everyone thinks they know how to deal with it...but they don’t know. When I took her to the States it was different, but our culture is not the right way to go about it, parents are stressed out but then you have the public. They need education and we can’t move many mountains. If there is a time to claim, it is now, parents just form themselves into an active support group” (Parent of person with disabilities, Antigua)*

## Dominica



In Dominica, children with disabilities may face stigma and discrimination in the home or from their wider community. Respondents in discussions mentioned that often times families try to hide people with disabilities away from the community or keep from participating fully in society, like in school or having outside relationships.

*“People thought [my cousin] was disabled that she shouldn’t experience certain parts of life like having a boyfriend or pregnancy. The community talks, they think disabled people are not normal so they should stay behind the curtain.” (Woman, Princess Margaret Hospital, Dominica)*

*“Parents still hide the [disabled] children, sometimes the neighbors say ‘this child has been here all these years,’ and we never know.” (Teacher, Dominica)*

Several female focus group participants mentioned that women may feel pressure from society to have healthy children and may take the blame for their children’s failings. Parents, and particularly mothers of children with disabilities or developmental delays, may blame themselves for any perceived negative health results of their child. Focus groups participants also mentioned the need for parents of children with disabilities to seek help and support. They acknowledged that caretakers can face emotional strain and lack the support to cope with the demands of caring for a child with severe disabilities.

*“Some women take it differently – they ask ‘what happened, why did this happen, is it a curse? Is it my fault or not? They feel like it’s their fault.” (Woman, Roseau Health Centre, Dominica)*

*“They don’t know what to do, they feel stigmatized. They should seek counseling to deal with the situation from the church or the health care system.” (Woman, Roseau Health Centre, Dominica)*

Additionally, several female focus group participants mentioned the financial burden of caring for children with disabilities. One health provider, who worked with children with disabilities, commented on the financial challenges that caretakers, and particularly mothers, must make. Although there is universal health coverage for children under 16 years of age in Dominica, there are still extra costs for additional specialized tests and assessments, scans, procedures, and medication.

*“If she has a disabled child, she won’t be able to work. If she is not able to work, the father may or may not be helping, she might not be able to pay for medical treatment, especially if it requires surgery.” (Health provider, Portsmouth Health Centre, Dominica)*

Teachers who worked at a school for children with disabilities in Dominica’s capital had some insight into working with parents of children with disabilities and grappling with public perception and stigma. One teacher recounted how stigma, and a general misunderstanding of what a disability is, can permeate into broader institutions like the education system. Even primary school administrators, according to teachers, have discouraged parents from enrolling their children in the special school, citing that it would make their disabilities worse. Beyond the school system, some families, teachers noted, choose not to enroll their children in the school for disabilities because they face pressure from extended family not to. However, teachers mentioned that parents generally may have little information about their child’s disability and have difficulties coping, disciplining their children, and understanding what medication or health services their children may need. They may also lack the full support of their extended family due to the stigma which exacerbates many caretakers.

Health providers shared that there are limited services for children and people with disabilities available in Dominica. Where they do exist, most are available only in the capital including health specialists like pediatricians and the three private schools for children with disabilities. As a result, families living on other parts of the island are not able to regularly access services or end up paying more for private services or services in other islands. According to teachers, there are some linkages between the health system and schools with disabilities however these also appear to be limited and with much of the burden placed on teachers. A welfare system also provides some financial assistance but generally parents don't have much support.

*"Some parents said that the principal of the primary school told them not to bring the child here [school for disabled], that it would make them more retarded. There is a lot of misunderstanding and stigma." (Teacher, Dominica)*

*"We have a list from the Ministry [of Education] of children with disabilities, but some parents don't show up with their kids. They get pressure from family members to not bring them in ..." (Teacher, Dominica)*

*"The parents can't even explain to you what their disability is, we are the ones that are discovering and giving them recommendations." (Teacher, Dominica)*

*"We have a mother here, she had so much difficulty giving her [disabled] son his medication, so we help out. She was so relieved that we were helping, she didn't have family support." (Teacher, Dominica)*

*"There isn't a pediatrician here [Portsmouth] in the public system. There is a private one down the road or you would make an appointment at the Princess Margaret Hospital – they have to find transportation." (Health provider, Portsmouth Health Centre, Dominica)*

*"There is a referral mechanism in place to deal with cases [of birth defects] that cannot be dealt with in Dominica, we refer them to Martinique for management. ... There is a lack of specialists here. We can do head ultrasounds, X-rays ...CT scans of the heads, but that's it. We don't have neurologists or neurosurgeons, no ophthalmologists for neonates, which is particularly a challenge for premature babies." (Health provider, Princess Margaret Hospital, Dominica)*

*"Under the health care, the nurses come in and give a physical, mental, vision, and hearing check – sometimes they discover new things, one kid didn't know he had a heart problem. We teachers take notes and then follow-up with parents 'have you gotten the test?'" (Teacher, Dominica)*

*"Social services like welfare are available to assist parents when they have disabled infants, but there are no professional institutions." (Health provider, Princess Margaret Hospital, Dominica)*

## **IMPACT OF PROGRAMS LIKE CARE PROJECT – ANTIGUA**

There is a perception that stigma and discrimination towards persons with disabilities in Antigua and Dominica occur and bring additional challenges that can impact health care and educational access and utilization. While specialized services for persons with disabilities exist, they are limited. More needs to be done to improve these services and to increase access and awareness. In Antigua, one such program – Care Project – is working to bridge this gap, providing care and support services for children and

families affected by disabilities as well as advocating for more public education and raising the conversation on issues affecting the differently-abled community.

Care Project in Antigua is a government facility, which provides a home and basic care for children with severe mental and physical disabilities. It is the only government-funded program of its kind for persons with disabilities. While some children are brought in for day services, many of Care Project's residents have been abandoned by their families and are wards of the State. Although it primarily services children, the age of the residents ranges from 8-48. Those under care of Care Project suffer from a spectrum of illnesses and conditions including Cerebral Palsy, Autism, Hydrocephalus, blindness, seizures and many neurological diseases.



Artwork done by children at Care Project.  
PHOTO: MORGAN MICKLE FOR THE USAID ASSIST PROJECT

According to both parents of children with disabilities and health providers in Antigua, sometimes when a child is born with a disability, it is viewed as “her (the mother’s) child” and the man flees, and other times, men get more involved in the child’s life. The latter was evidenced by the involved fathers at Care Project; almost half of participants in a focus group with parents (12 parents in total) were fathers of children with disabilities and expressed being very involved in loving, raising, and caring for their child. One father noted that raising a child with special needs must fall on the shoulders of both parents. However, two mothers of children with disabilities stated that as soon as they found out the child had special needs, their partner left, not wanting to deal with the additional challenges they would have to face in raising that child. Several women expressed feeling blamed.

*“It could go either way. The man could flee or he could get more involved to help.” (Female health provider, Antigua)*

*“She is heavy, you don’t sleep, you have to get the other children ready and then you are tired. When you are out people will just stare, comment, and make you feel uncomfortable. I keep her at home; there are times when I’m home alone and I just drop to the floor and start crying. My partner abandoned me when she was born; I had to pay for care but with Care Project it’s easier; I had to take the child to work but my boss said I couldn’t bring her; they thought I was complaining. I was laughed at, shunned.” (Parent of person with disabilities, Antigua)*

Being a parent involved with Care Project has led to many realizations around disability and services, and overall positive impacts for families. Parents of children with disabilities expressed that there is a lack of awareness of services available to them and their children at the primary health center and more broadly in Antigua. Many did not know Care Project existed until their child was a few years old due to lack of messaging from providers

*“We need more group support, like AA meetings, but for kids like that or for mothers.” (Parent of person with disabilities, Antigua)*

and in the community. They expressed a sincere gratitude for Care Project but wished that they had known about it sooner considering that regular day care would not accept their children.

*“For me, I never knew there were persons in Antigua [with disabilities]. Those things you see on television, not here. Public awareness should be at the forefront. The awareness is not what it should be.” (Parent of person with disabilities, Antigua)*

*“Now people know more about Care Project. We are on the radio and people know my face. We use public awareness to curb stigma people face in the communities. Up until 2015, 90% of people didn’t know about care project until I mentioned it.” (Matron of Care Project, Antigua)*

These parents, the staff of Care Project, and other health providers felt that Care Project needed to be expanded to accommodate more people. Further, parents of children with disabilities expressed a desire for even more awareness about the specialists (e.g., speech therapists and physical therapists) on the island, their hours, and the associated costs. Finally, parents felt that there are not enough psychosocial support services available to them and expressed a desire for a support group for families of persons with disabilities. Participation in the focus group sparked interest and facilitated an exchange of contact information at the end in hopes of starting one in the future. Programs like Care Project model a community that can provide many benefits to persons and families affected by disabilities including care assistance, decreased financial burden, increased psycho-emotional support, improved knowledge related to disability care, opportunities for advocacy, and solidarity. As such, programs like these across the Caribbean can be developed or strengthened, and ultimately work towards improving equitable and inclusive health services and well-being of populations in the region.

## **LOOKING FORWARD**

Although Zika is no longer a significant threat to the Caribbean region, learning from the Zika outbreak can be applied to strengthen the health system more broadly. The social inclusion of persons with disabilities, including children and families affected by Zika, needs to be further prioritized and addressed. The Governments of Antigua and Barbuda and Dominica, including the Ministries of Health, as well as other Caribbean governments have opportunities to improve services and support systems for families and to strengthen provider capabilities to respond to these needs. In doing so, policy makers and implementers must also be aware of generalizations about “disability” or “people with disabilities” that can be misleading. Like their peers without disabilities, persons with disabilities have diverse gender, age, socioeconomic, sexuality, ethnic, and cultural identities. Disabilities themselves and the associated needs also vary widely. These diversities must be taken into consideration in order to improve equitable quality health care.

Findings from Antigua and Dominica revealed that there is limited public understanding, information, and awareness around disabilities and as such, these areas should be targeted for improvement. Families of persons with disabilities, teachers, and health providers expressed that such improvements are needed particularly to help reduce stigma and discrimination and draw attention to service availability (health services, education opportunities, and financial support) and constraints. Public education, information sharing, and awareness raising could be done through jingles, advertisements on television or the radio, posters in health centers and hospitals, community-based campaigns, and through programming at

schools. Programs like Care Project can play a large role in helping to advocate for some of these changes and lead/co-lead efforts with other partners embedded in the health system. Additionally, to increase knowledge of resources, parents involved with Care Project suggested spreading the word about the facility and its services through community-based opportunities like marches and events.

Findings also revealed that there is a desire for more counselling opportunities and community support mechanisms for families. Peer-to-peer groups such as one in the making at Care Project could be one such avenue, but counselling should also be provided at the hospital, health centers, and in schools (with professionals trained in psychosocial support and counselling approaches) and linked with mental health programs where possible. Under the USAID ASSIST Project for instance, health care providers in Antigua and Dominica were recently trained in providing psychosocial support; these efforts can be strengthened and institutionalized. ASSIST is supporting this initiative through a series of activities such as developing a psychosocial support provider-patient checklist for health care providers to use during counseling sessions, creating a screening or self-assessment tool to help caregivers identify when further specialized referral is needed, and co-developing guidelines for psychosocial support with the Ministries of Health. To continually improve the knowledge of trained professionals and the level/quality of care they provide to clients, one health provider in Antigua recommended establishing a ‘network of psychosocial care providers’ (possibly over Facebook or WhatsApp) across the Caribbean islands. As there is a limited number of professionals in this space, fostering communication across the Caribbean islands would allow for knowledge exchange of best practices, new research, and solutions to common challenges. Finally, an emphasis on scholarships for students to study counselling, social work, speech therapy, physical therapy, etc. (key areas that currently face staffing limitations) could help increase the number of qualified professionals for these critical services.

To increase accessibility of services, locating specialists together in one complex and offering night and weekend hours may help families who may face additional challenges securing transportation and using resources to reach many separate locations. One provider in Antigua described the ideal situation as one that would create a “referral unit” that could provide all the services such as education, counselling for well-visits, counselling for sick-visits, social work, financial assistance, and nursing. Currently referral services are spread out and sometimes difficult to reach. This referral unit could be centralized to start then adapted over time to meet the needs of different geographical areas.

Finally, improved intra-country coordination among ministries, such as harmonizing efforts between the Ministry of Health and the Ministry of Education, and with strengthened linkages to programs like Care Project that work specifically with families of persons with disabilities could be beneficial to share best practices and approaches that could result in more supportive environments for persons with disabilities, their families, and overall healthier populations.

*For more information:*

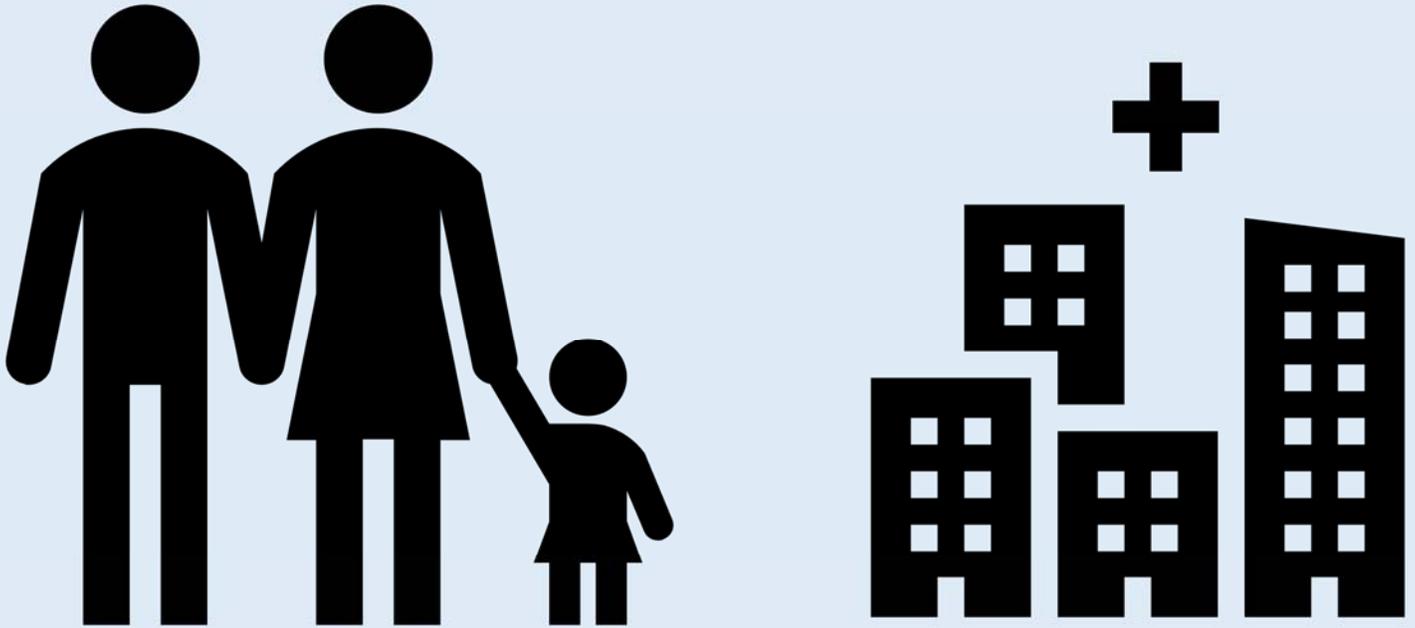
USAID Applying Science to Strengthen and Improve Systems (ASSIST) Project  
University Research Co., LLC • 5404 Wisconsin Avenue, Suite 800 • Chevy Chase, MD 20815-3594,  
USA

This case study was made possible by the support of the American people through USAID. The contents of this case study are the sole responsibility of URC and do not necessarily reflect the views of USAID or United States Government.

## NOTES

---

- <sup>1</sup> Rohwerder, B. (2015). Disability inclusion: Topic guide. Birmingham, UK: GSDRC, University of Birmingham. <https://gsdrc.org/wp-content/uploads/2015/11/DisabilityInclusion.pdf>.
- <sup>2</sup> United Nations. (2015). Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>.
- <sup>3</sup> Kuper H, Smythe T, and Duttine A. (2018). Reflections on Health Promotion and Disability in Low and Middle-Income Countries: Case Study of Parent-Support Programmes for Children with Congenital Zika Syndrome. *Int J Environ Res Public Health* 15(3). pii: E514. doi: 10.3390/ijerph15030514.
- <sup>4</sup> Kuper H and Heydt P. (2019). The Missing Billion: Access to Health Services for 1 Billion People with Disabilities. London School of Hygiene & Tropical Medicine. <https://www.lshtm.ac.uk/TheMissingBillion>.
- <sup>5</sup> Schmid K, Vézina S, Ebbeson L. (2008). Disability in the Caribbean. A study of four countries: A socio-demographic analysis of the disabled Economic Commission for Latin America and the Caribbean.
- <sup>6</sup> CDC. (2019). Care for Babies with Congenital Zika Syndrome. <https://www.cdc.gov/pregnancy/zika/family/care-for-babies-with-congenital-zika.html>.
- <sup>7</sup> World Health Organization and The World Bank. (2011). World report on disability.
- <sup>8</sup> ECLAC. (2009). A further study on disability in the Caribbean: Rights, commitment, statistical analysis, and monitoring. [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/27727/S2009003\\_en.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/27727/S2009003_en.pdf).
- <sup>9</sup> ECLAC. (2018). Disability, human rights and public policy in the Caribbean: A situation analysis. [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43306/1/S1701279\\_en.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43306/1/S1701279_en.pdf).
- <sup>10</sup> Hoen B, Schaub B, Funk AL, et al. (2018). Pregnancy outcomes after ZIKV infection in French territories in the Americas. *The New England Journal of Medicine* 378(11):985-994. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29539287>. doi: 10.1056/NEJMoa1709481.
- <sup>11</sup> UNICEF. (2013). State of the world's children: Eastern Caribbean area supplement: A stakeholder's survey: Their opinions on the issues and challenges facing children with disabilities.
- <sup>12</sup> Schmid K, Vézina S, Ebbeson L. Disability in the Caribbean. (2008). A study of four countries: A socio-demographic analysis of the disabled Economic Commission for Latin America and the Caribbean.
- <sup>13</sup> aacid, WEDecide, UNFPA. (2018). Young persons with disabilities: Global study on ending gender-based violence, and realising sexual and reproductive health and rights. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/51936\\_-\\_UNFPA\\_Global\\_Study\\_on\\_Disability\\_-\\_web.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/51936_-_UNFPA_Global_Study_on_Disability_-_web.pdf). [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/51936\\_-\\_UNFPA\\_Global\\_Study\\_on\\_Disability\\_-\\_web.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/51936_-_UNFPA_Global_Study_on_Disability_-_web.pdf).
- <sup>14</sup> UNICEF. (2013). State of the world's children: Eastern Caribbean area supplement: A stakeholder's survey: Their opinions on the issues and challenges facing children with disabilities.



## Case Study

# AN ARGUMENT FOR PATERNITY LEAVE AND PROGRESSIVE MATERNITY POLICIES: LESSONS FROM COUNTRY GOVERNMENTS AND PRIVATE SECTOR IN THE CARIBBEAN

**NOVEMBER 2019**

This case study was authored by Morgan Mickle, Kelly Dale, and Dr. Taroub Harb Faramand of WI-HER, LLC and produced by the USAID Applying Science to Strengthen and Improve Systems (ASSIST) Project, funded by the American people through USAID's Bureau for Global Health, Office of Health Systems. The project is managed by University Research Co., LLC (URC) under the terms of Cooperative Agreement Number AID-OAA-A-12-00101. URC's global partners for ASSIST Zika activities include: American Academy of Pediatricians; FHI 360; Institute for Healthcare Improvement; and WI-HER, LLC. For more information on the work of the USAID ASSIST Project, please visit [www.usaidassist.org](http://www.usaidassist.org) or write [assist-info@urc-chs.com](mailto:assist-info@urc-chs.com). For more information on gender integration, please write [info@wi-her.org](mailto:info@wi-her.org).

## SUMMARY

Evidence has shown that parental involvement from a young age, starting from birth, has a positive impact on overall child development and health. Since 2018, the USAID Applying Science to Strengthen and Improve Systems (ASSIST) Project has worked to strengthen health systems, specifically newborn, well-baby, and psychosocial support services, as part of USAID's Zika emergency response program in the Caribbean region. WI-HER, LLC, the gender partner for this initiative, has led the gender technical area, integrating gender into service delivery and mainstreaming a gender perspective throughout the health system. This case study pulls from the global evidence base to illustrate the benefits of paternity leave on children and families, detailing current leave policies in the five ASSIST-supported English-speaking Caribbean countries related to pregnancy, immediate after-birth care, and well-child care. The document highlights progressive initiatives that have been implemented, presents results from the public and private sector, and provides lessons learned for Caribbean stakeholders interested in strengthening family health and well-being. Research indicates that all five countries - Antigua and Barbuda, Dominica, Jamaica, St. Kitts and Nevis, St. Vincent and the Grenadines - have maternity leave policies at the national level, but none currently have paternity leave policies. However, Jamaica has initiated conversations at the national level and some private sector companies in the Caribbean, influenced by trailblazers in the global arena, are starting to make shifts in their parental leave policies to contribute to a better work-life balance that supports family well-being and, at the same time, contributes to both increased gender equality and improved productivity. In addition to the global literature, this case study is also influenced by two ASSIST-supported desk reviews (Eastern and Southern Caribbean and Jamaica), two gender analyses (Antigua and Dominica), and learning across the English-speaking Caribbean which have indicated that examining parental leave is a trending topic relevant to global health.

## INTRODUCTION

Gender equality advocates across the world push for greater equality in policies and programs, in access to education and health, in workplace opportunities, and in roles and responsibilities at home. A policy that spans across almost all of these agendas is family leave, including maternity and paternity leave. Family leave is increasingly recognized as a beneficial policy for parents and their newborns, but the formulation and implementation of these policies varies greatly across the world, including across the Caribbean islands. This case study focuses on paternity leave and explores the challenges and considerations affecting paternity policies; outlines the current policies in place in Antigua and Barbuda, Dominica, Jamaica, St. Kitts and Nevis, and St. Vincent and the Grenadines; explains private sector policies being implemented in these countries; and presents opportunities for learning to inform policy improvements. Text boxes throughout also highlight the impact of policy reforms in select countries outside of the Caribbean region.

## BACKGROUND

Paternity leave allows fathers the opportunity to bond with their newborns and can foster gender equality in the home by allowing men to support their partners with childcare (or do it alone in the case of single-family households). Evidence shows that when men bond with a baby from the beginning, they are more likely to be present and involved throughout the child's life, more consistently and evenly

*"Part of the rationale for paternity leave is if men are able to be very involved early on in the care of their children, they're going to be more involved ever after, and it will translate to more equal sharing and equal roles."*

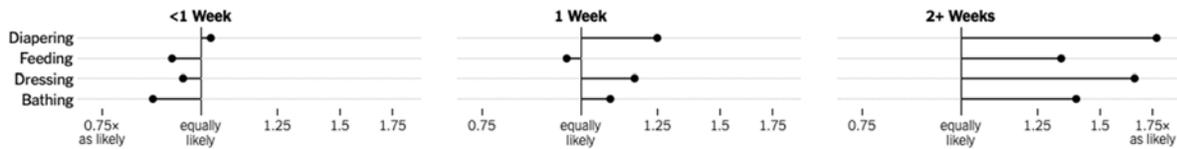
- Ms. Waldfogel, Professor of social work  
(<https://www.nytimes.com/2014/11/09/upshot/paternity-leave-the-rewards-and-the-remaining-stigma.html>)

sharing child-rearing responsibilities between the parents.<sup>1</sup> In Quebec, Canada, a new paternity leave policy (offering five weeks paid leave) resulted in men increasing their time spent on household chores by 23% after taking paternity leave.<sup>2</sup> As shown in **Figure 1**, men who take more than two-weeks leave are more likely to help with chores compared to men who do not take leave, which can lead to a more equitable distribution of household responsibilities

**Figure 1:**

### A Longer Leave, a More Involved Father

Fathers who take longer paternity leaves are more likely to perform certain daily child care tasks nine months later than those who take no leave, even when controlling for variables such as the father's prior parental involvement.



Source: Lenna Nepomnyaschy and Jane Waldfogel

*“Positive and meaningful interaction with mothers and fathers from the very beginning helps to shape children’s brain growth and development for life, making them healthier and happier, and increasing their ability to learn. It’s all of our responsibility to enable them to fill this role,” - UNICEF Executive Director Henrietta H. Fore*  
<https://www.unicef.org/press-releases/2-3-infants-live-countries-where-dads-are-not-entitled-single-day-paid-paternity>

Mothers benefit from paternity leave as well – in the first couple of months after giving birth, mothers experience incredible sleep deprivation and emotional strain, yet women whose partners take leave have lower rates of depression and higher lifetime earnings.

While true that mothers and fathers benefit from leave in the first couple of months after having a child where they may experience significant sleep deprivation and emotional strain, there are also benefits for the child. Male involvement has positive effects on children’s psychological

health, self-esteem, and life-satisfaction in the long-term.<sup>6</sup> Further, one 2008 study that examined impacts of father involvement in infant cognitive outcomes found that father involvement (stimulating activities, warmth, physical care, and caregiving) improves cognitive development, and involvement was consistently associated with a lower likelihood of negative cognitive outcomes.<sup>7</sup> Additionally, the same study showed that the “positive influence of father involvement on cognitive outcomes was stronger for children with special needs compared to those without”. The findings support previous research that fathers play an important role in the lives of infants and children with special needs and their contributions enhance functioning and development.<sup>8</sup>

**Allowing paternity leave is also a smart economic choice.** **First**, when men take time off, the gender wage gap decreases as women’s employment increases and their income security is enhanced. According to the World Economic Forum, countries that offer paternity leave more successfully close the wage gap between men and women. This is because men taking time off reduces the discrimination against young women and helps normalize the practice of taking time off after the birth of a child.<sup>9</sup> **Second**, retention rates may increase as a result of parental leave. In California, a new parental leave policy increased retention rates (of male workers) for low-skilled jobs by 12%. Companies affected by this new policy said that it generated either a neutral or positive effect on profitability and employee job performance.<sup>10</sup>

Yet according to UNICEF, 90 million or two-thirds of the world’s children under 1-year-old live in countries where their fathers are not entitled by law to any paid paternity leave. Ninety-two countries do not have national paid paternity leave policies or policies in place that ensure new fathers get adequate paid time off with their newborn.<sup>11</sup> Richer countries tend to provide more generous paternity leave (see **Table I**). Of course, there are exceptions. For example, the United States is one of only eight countries in the world that does not have a national law guaranteeing paid parental leave for mothers **or** fathers. Tajikistan, on the other hand, is the only low-income country to provide more than 14 weeks paid leave to fathers (and 52 weeks to mothers).<sup>12</sup> The tides are turning in the direction of more leave and over the past decade alone, a handful of African countries have introduced paid paternity leave.

And what about parents who don’t work in the formal labor sector? Women working in the informal sector in work such as street vendors or domestic workers often face economic pressures and lack of income security, and cannot afford to reduce their workload.<sup>13</sup> They are also much more vulnerable to unsafe and insecure working conditions, have fewer legal protections, are limited in accessing public services, and receive lower pay. As a result, many continue working too far into pregnancy or return to work too soon after childbirth, exposing themselves and their child to health risks. While it is difficult to measure the informal economy due to some participating individuals not wanting to be identified and several different approaches to defining and estimating its size, causes, and impact, one recent 2017 study that estimated the size of informal economies in Caribbean states found that populations engage in informal economic activities – 20-30% in The Bahamas, 30-40% in Barbados, 29-33% in Guyana, 35-44% in Jamaica, 35-45% in Suriname, and 26-33% in Trinidad and Tobago.<sup>14</sup> An earlier 2008 study estimated that the informal economy accounts for 24.2% of the GDP in St. Kitts and Nevis, 31.2% in Antigua and Barbuda, 34.2% in Dominica, and 50.6% in St. Vincent and the Grenadines.<sup>15</sup> One option that some countries such as Chile, Costa Rica and South Africa have pursued is to extend existing social insurance schemes (including maternity benefits) to informal workers.

**Table I: Paternity Leave on the Global Scale (income level as classified by the World Bank, GNI per capita)**

Country	Income Level	Paternity Leave Benefit	Status
<b>Spain</b>	High-income economy	Two weeks of paid paternity leave	A recent study in Spain showed that offering two-weeks paid paternity leave to men resulted in delays to future pregnancies (which we know has positive repercussions for health and gender equality). <sup>16 17</sup> This shift in fertility may have been due to a perceived increase the opportunity cost of an additional child or that men reportedly had lower desired fertility after the reform (which could possibly be due to their increased awareness of the costs of child rearing). <sup>18</sup>
<b>Sweden</b>	High-income economy	30-days paid paternity leave	Sweden recently reformed their paternity leave policy with the goal of promoting gender equity, greater father-baby bonding, and improving mothers’ postpartum health. Swedish law allows men to take up to 30 days of paid leave. Research around this policy has found that giving fathers (or the second parent in same-sex couples) paid leave (even just a couple of days) and the flexibility to use it when the mother needs support greatly improves the mother’s health. There was a 26 percent decrease in anti-anxiety prescriptions and a 14 percent

			reduction in hospitalizations for mothers who benefited from the reform, compared to mothers who gave birth before the policy took effect. The flexibility allowed by Swedish law has proved essential-- fathers can take intermittent days of leave and the data shows they most often use it when the mother seeks health care, which enables mothers to seek the care they need in a timely fashion. According to Persson and Rossin-Slater (2019), "The typical father in Sweden took only a couple of extra days. It wasn't the length that seemed to matter most, but his flexibility to take time when the mother needed it." <sup>19</sup>
<b>Philippines</b>	Lower-middle income economy	105 days of paid maternity leave; 7 days of paid paternity leave; mothers allowed to transfer up to 7 of her days to the father	The Philippines recently passed an act to expand maternity leave and allow up to 14 days of paid leave for fathers. Fathers are automatically entitled to 7 days, but this policy is unique in that mothers are allowed to transfer up to an additional 7 of her 105 days paid leave to the father, regardless of marital status. If the father is not involved, the mother can choose to transfer these days to another relative or support person. <sup>20</sup>
<b>Chile and Uruguay</b>	High-income economies	Shared paternity/maternity leave  Leave for mothers with informal employment  Chile: mothers receive 6 months; fathers receive 5 days; mothers allowed to transfer up to 6 weeks of her days to the father.  Uruguay: Mothers and fathers may have paid part time off for up to six months.	Chile and Uruguay have both introduced shared parental leave policies that compliment maternity and paternity leave policies. They also have leave provisions for female informal workers who are self-employed or working outside the formal labor market. In Chile, mothers get six months of leave and men get five days, but mothers can transfer up to six weeks of their leave to the father. Uruguay also offers paid time off and allows mothers and fathers to work part time for up to six months. However, the uptake of these benefits for men is still low (women are not transferring their time to men at a high rate and there is low usage of paternity leave). According to UN Women, "the European experience suggests that to advance men's effective use of parental leave, it is necessary to introduce non-transferable quotas, that is, a proportion of parental leave that is reserved for the use of the father and is lost to the couple, in the case that he does not use it." <sup>21</sup>

**Policy Challenges**

According to Kavell Joseph in her 2019 article, no Caribbean country today has "adequate national legislation for paternity leave".<sup>22</sup> However, creating a paternity leave policy is not always straightforward. In the Caribbean region, as in other parts of the world, governments are grappling with a culture in which many couples do not get married and men may have multiple children with different women, begging the question of who should be allowed to take leave, under what conditions, and for how long. If paternity leave were to be offered to unmarried men, would they be entitled to the benefit for each of their children? What if they have multiple children in a year? How can employers verify that men are the father and that they will use their leave to care for the child? This is further complicated in settings

where informal labor is common. While many countries mandate or incentivize the private sector to accommodate and cover the costs of family leave, for economies such as those in the Caribbean with a large informal labor force, it could be complicated and costly for governments to track and pay for such leave. Furthermore, countries are increasingly grappling with how to be inclusive of same-sex couples, adoptive parents, and other nontraditional situations. These are all questions and topics that need to be explored before establishing an updated paternity leave policy. In Latin America and the Caribbean, cohabitation is becoming more popular, and now three-fourths of women in a committed relationship aged 25-29 are cohabitating.<sup>21</sup> According to UN Women, many family laws are out of touch with a reality that is seeing increasingly complicated relationships and shifting gender and socio-cultural dynamics. Furthermore, the United Nations' International Labor Organization (ILO) claims that many policies which qualify individuals based on marital status are contrary to their non-discrimination principle which is embedded in several ILO Conventions.<sup>23</sup> There is, therefore, a need to ensure that parents in all kinds of relationships have social protections and rights. First, we will explore the current policies in place in five Caribbean nations and the rationale behind each of the current policies.

## MATERNITY AND PATERNITY BENEFITS IN THE ENGLISH-SPEAKING CARIBBEAN

### Antigua and Barbuda

According to the Antigua and Barbuda Social Security Board, the national maternity benefit is provided to an insured woman who has given birth to a child and is in the form of an allowance, grant, or both.<sup>24</sup> A **maternity allowance** (paid time off) is granted for a maximum of 13 weeks and may start up to 6 weeks before confinement (a term used in the Caribbean region that refers to the period starting immediately after the birth of a child) or when confinement starts. This paid time off is given to a woman for a living child or stillbirth child that was born after 28 weeks. During this time, the benefit covers 60% of the insured person's average insurable weekly earnings; the claimant must have worked for at least 26 weeks to gain this benefit. A **maternity grant** is also available to a woman if she or her husband has paid 26 weeks of contributions to social security in the year immediately before confinement. This is a one-time lump sum valued at \$560 per child delivered at confinement that can be used to help meet some expenses when having a baby. To qualify for the maternity benefit a claimant must:

- 1) Have given birth to a child;
- 2) Be between 16 and pensionable age;
- 3) Must have worked for 26 weeks, during which mother or husband has paid into the social security system;
- 4) Complete a three-part application and submit to the Social Security Office, the application has sections for the doctor, claimant, and employer; and
- 5) After confinement, complete a two-part certification and submit to the Social Security Office, the certification has sections for the doctor/midwife and claimant. In the case where the husband claims the maternity grant for his wife only the certification is needed.



There is no official (national) paternity leave policy for men in Antigua and Barbuda. However, during one focus group discussion with antenatal couples as part of a recent gender analysis activity in Antigua, three of the four male participants noted that if you are married you may get seven to 10 days depending on your employer; these men worked in construction and at hotels in in maintenance and cleaning.

## Dominica

Similar to Antigua and Barbuda, the Dominica Social Security Administration grants women maternity leave for a maximum period of 3 months.<sup>25</sup> During this time, the benefit covers 60% of her average weekly insurable earnings. She also must complete an application for benefit and a certification that confirms her pregnancy and expected due date. In Dominica, women must have been insured with social security for at least 30 weeks (been in insurable employment for at least 20 weeks in the last 30 weeks immediately prior to the commencement of maternity leave) to receive the benefit. The **maternity grant** is also available in Dominica at a value of \$500. Where a woman does not have enough from contributions (or she is uninsured), the combined contributions of a husband and a wife (or spouses living in association for 3 years) may be used.



There is no official paternity leave policy for men. However, during one focus group discussion with men as part of a recent gender analysis activity in Dominica, one of the six male participants revealed they were able to take paternity leave. That man, who worked for the government, shared that he was given four days leave. The other group participants stated that they were not aware of any entitled paternity leave.

## Jamaica

According to Jamaica's Ministry of Labour and Social Security, a maternity benefit is available to women who have satisfied the qualifying conditions. Governed by the *Maternity Leave Act*<sup>26</sup>, a 12 week leave benefit (8 weeks paid, 4 weeks unpaid) is available to a woman - at least 18 years old and who is not a "domestic worker" as defined in the *National Insurance Act* - who has been with the employer for at least a year and is payable as a lump sum (**maternity pay**) equal to eight weeks at the existing national minimum wage (as of July 2018, MW = \$7,000 Jamaican dollar per 40-hour work week). The benefit starts 8 weeks from when the claim was made or from the date of childbirth, whichever is later. An employer may request a certification of confinement signed by a medical professional. If the woman or child gets sick as a result of the pregnancy/birth then the woman may be eligible for an additional 14 weeks after the initial 12 weeks with certification from a medical professional. The maternity benefit however only provides pay for the first three pregnancies, and for any subsequent pregnancies, women can take leave but with no pay. For women who are considered "domestic workers" (and not included in the *Maternity Leave Act*) an 8-week maternity benefit is still provided under the *National Insurance Act* providing that they contribute 26 weeks of the 52 weeks prior to their pregnancy.<sup>27 28</sup> The maternity allowance is linked to the national minimum wage.



There is currently no official paternity leave policy in Jamaica. However, the government has been facilitating discussions (November 2018) on the introduction of a *Paternity Leave Act* to encourage shared

parenting, support, and mentoring.<sup>29</sup> According to the Ministry of Culture, Gender, Entertainment, and Sport, the Act is in line with the recommendations of the National Policy for Gender Equality. While consultations with stakeholders are ongoing, news of the proposed Act has received support across the Island. The Human Resource Management Association of Jamaica (HRMAJ), for example, endorsed the Act and according its President, it would be a welcomed step forward:

*“The introduction of an NPL [national paternity leave] policy would constitute a significant advancement in gender equality, which would benefit both parents and child since it would allow for bonding with the newborn and increase the probability of the father’s sustained support/influence in the child’s development... Having a National Paternity Leave Policy would be an important provision to encourage fathers to share childcare responsibilities. This policy would, therefore, be a positive step in the right direction, not only from a national perspective but also in support of building-up family structures.”<sup>30</sup> (Karl Williams, President, HRMAJ)*

The HRMAJ recently surveyed Jamaican adult males (18 yrs. and older) on whether Jamaica needs a national paternity leave policy. Feedback from 98% of the 176 respondents indicated that the country should have such a policy.

### **St. Kitts and Nevis**

Similar to Antigua and Barbuda and Dominica, the St. Christopher and Nevis (the official name of St. Kitts and Nevis) Social Security Board grants women maternity leave for a maximum period 13 weeks.<sup>31</sup> During this time the benefit covers 65% of her average weekly wages. A woman claiming a benefit must have a certification from a registered medical professional stating the expected or actual date of confinement. In St. Kitts and Nevis, a woman must have been insured with social security for at least 39 weeks (and contributing for 20) to receive the benefit. Similar to Jamaica, an age category stipulates that the benefit applies to women between the ages of 16 and 62. If a woman in St. Kitts and Nevis satisfies the qualifications for maternity allowance, she automatically qualifies for the maternity grant at a value of \$450 per child born during one pregnancy. If a woman does not meet the conditions for maternity allowance but her husband does, she may be able to receive the grant based on his contributions.



The Social Security Board does not currently provide paternity leave to fathers citing that “according to the normal practice at this time in our society, fathers do not cease work for reasons related to the birth of their children.”<sup>32</sup>

### **St. Vincent and the Grenadines**

Similar to Antigua and Barbuda, Dominica, and St. Kitts and Nevis, St. Vincent and the Grenadines through its National Insurance Services (NIS), grants women maternity leave for a period up to 13 weeks.<sup>33</sup> NIS specifies that this is for women who are not receiving a full salary from their employer while on leave. If they are receiving a full salary, then the allowance is paid to the employer. A certification from a doctor relating to the pregnancy is required. In St. Vincent and the Grenadines and similar to Dominica, women must have been employed for at least 30 weeks (contributing to insurance at least 20 weeks) to receive the benefit. Similar to Jamaica and St. Kitts and Nevis, an age category

stipulates that the benefit applies to women between the ages of 16 and pensionable age.

A woman or her spouse may also qualify for a **maternity grant** of \$660 per each live child birth if the woman or her spouse has contributed 20 of 30 consecutive weeks before the child’s birth (the benefit does not apply to stillbirth babies). Only one partner can claim a spouse/common law contribution at any time, the relationship must be established for 3 years (defined as they must be living together).



While paternity leave does not currently exist in St. Vincent and the Grenadines, it is one of the issues currently up for discussion as conversations on the Employment Protection Act are in progress. At a July 2019 Chamber of Commerce meeting, stakeholders discussed that paternity leave may be added to current policy updates “as an entitlement with specific conditions”.<sup>34</sup> Conversations are ongoing.

**Table 2: Summary Maternity and Paternity Benefits in Five Caribbean Countries**

	<b>Maternity Leave for Insured Women*</b>	<b>Amount of maternity leave cash benefits (% of previous earnings) paid by social security</b>	<b>Maternity Grant</b>	<b>Paternity Leave</b>
<b>Antigua &amp; Barbuda</b>	13 weeks	60%	\$560	None
<b>Dominica</b>	12 weeks	60%	\$500 for an insured woman or spouse (including spouse by association if together 3 years)	None
<b>Jamaica</b>	8 weeks (up to 12 for non-domestic workers)	(domestic workers) 100% of national legal weekly minimum wage for 8 weeks  (other employed) 100% for 8 weeks, 0% for additional 4 weeks	None	None  (discussions for a Paternity Leave Act were initiated on November 2018)
<b>St. Kitts &amp; Nevis</b>	13 weeks	65%	\$450 for an insured woman or her legal husband	None
<b>St. Vincent &amp; the Grenadines</b>	13 weeks	65%	\$660 for an insured woman or spouse (including common law if together 3 years)	None

\*Insured qualification only applies to domestic workers. Under Jamaica’s Maternity Leave Act a woman only needs to be with her employer one year to receive maternity.

## EMERGING THEMES

Several common themes come out of a deeper look at parental leave policies. **First**, all five countries in this case study have some sort of paid maternity leave policy available to women who contribute wages to their national social security/insurance programs lasting on average 12 weeks (see **Table 2**). **Second**, in the Lesser Antilles (the smaller islands of Antigua & Barbuda, Dominica, St. Kitts & Nevis, and St. Vincent & the Grenadines) there is an additional benefit of a one-time maternity grant that can be

awarded to an insured woman, or at times her insured spouse or common law partner. **Third**, at least two of the countries (St. Vincent and the Grenadines and Jamaica) have a minimum age in place to receive maternity benefits (16 and 18 respectively). **Finally**, not one of the countries currently has an official paternity leave policy in place.

In their present state, the national policies appear to not reflect the current evidence by only providing parental leave benefits to mothers (and to some extent married or common law fathers) at a time when marriage rates are declining, and father and partner involvement is increasing. In St. Kitts for example, as mentioned above, paternity leave is not currently provided because it is not considered the “normal practice at this time in our society”.

However, these types of policies do not align with the goals that some countries (Jamaica and St. Vincent and the Grenadines for example) in the region have started to lay out in promoting improved child health, positive child development, and strengthened families. What is more is that by

continuing to provide women with maternity benefits (such as the St. Kitts policy), fathers are left out of the picture from the beginning including, understanding the workload of being a new parent, providing emotional support for partners, and of course bonding with baby and contributing to child development. This perpetuates gender inequalities at the home and establishes a norm that mothers are to be the primary caregiver. Governments like St. Kitts have an opportunity now to facilitate a shift in societal norms.

*“Our system in the Caribbean doesn’t support fathers to play an active role in the child’s life- for example, mothers are given maternity leave to help with bonding and I get that but fathers on the other hand, what incentive do they have from the system to be active in the child’s life at that point.” - Male care seeker, Antigua*

*(Gender Issues Influencing Zika Response in Antigua, USAID ASSIST Project)*

*“It is an amazing thing to see how it grows a man to grow his child and to be involved in every aspect of his child’s development. Paternity leave is extremely important, because we want to shift the paradigm that says it is the mother’s job. It is both parents’ job.” - Professor Opal Palmer Adisa, Director for the Institute of Gender and Development Studies*

*(<https://jis.gov.jm/discussions-on-paternity-leave/>)*

## THE ROLE OF THE PRIVATE SECTOR

While Caribbean governments may be starting to think about how to fit emerging trends and shifting socio-cultural dynamics on paternity into their laws, some private sector actors are already paving the way. Flow, for example – the trade name for the telecommunications group Cable & Wireless Communications (CWC) that operates in 15 countries across the Caribbean, including the five mentioned in this report – is taking strides to improve parental leave for their employees. A new company policy, that took effect June 1, 2019, now provides parental leave benefits to both mothers **and** fathers including, up to 16 weeks paid maternity leave and 8 weeks paid paternity leave. Further, the policy applies whether employees become parents biologically, through surrogacy, or adoption. As the text of the policy has not been made publicly available online it is difficult to determine whether unmarried fathers get this benefit or if it applies to same-sex couples.

The new policy – under the banner of “Paid Parental Leave for Everyone” – incorporates the global standard being set by its parent company (Liberty Latin America) and reflects the deep understanding that expectant parents also need time to spend and grow with their families. According to its 2018 Annual Report, Liberty Latin America employs 10,800 people across its subsidiaries. Flow team members across

the Caribbean have expressed their enthusiasm for the new policy and the company’s efforts to center business operations around its employee and customer needs (**Table 3**).

**Table 3: Reactions to Flow’s New Leave Announcement in the Caribbean**

<b>Antigua &amp; Barbuda</b>	<i>“Flow has a proven history of supporting the communities where we operate and one of the most valuable of those communities is our team members and their families.” (Kizzy Grant, Retail Sales Supervisor, Flow Antigua and Barbuda)<sup>35</sup></i>
<b>Dominica</b>	<i>“This is a great differentiator for us. We recognize the benefits of parental leave and we believe that this bold step will allow our people to have more time to build stronger connections with their newborns. The policy is a progressive one that aligns with our philosophy and culture.” Jeffrey Baptiste, General Manager, Flow Dominica)<sup>36</sup></i>
<b>St. Kitts &amp; Nevis</b>	<i>“Flow has always had a strong culture where family units are considered as a vital support system for our team members, and spending quality time with loved ones as essential. I am happy that it is now reflected in this new parental leave policy.” (David Lake, Country Manager, Flow St. Kitts and Nevis)<sup>37</sup></i>
<b>St. Vincent &amp; the Grenadines</b>	<i>“I think this is a great initiative by the company. I am especially impressed by the increase in paternity leave from three days to eight weeks for a father to bond with his new-born. This step really speaks volumes to how much precedence Flow places on the overall wellbeing of employees and their families.” (Consumer Sales Manager, Andrea Liverpool, Flow St. Vincent and the Grenadines)<sup>38</sup></i>
<b>Regional</b>	<i>“Evolving our parental leave policy, quite simply, is the right thing to do! We recognize that diversity drives success, and family dynamics and structures have changed. Our new policy demonstrates our commitment to a culture of diversity and inclusion and one that puts our people at the heart of our success.” (Kerry Scott, Chief People Officer, Liberty Latin America)<sup>38</sup></i>

Similarly, private sector companies in the U.S., U.K., and amongst multinational groups such as Amazon, Facebook, Ikea, Johnson & Johnson, and Virgin Group have blazed the way, driving policy change around both short-term (maternity/paternity/partner) and long-term (parental/child care) leave. One reason behind this is that companies have realized the increasing value that employees put on their families and home life. As a result, they look for the best ways to attract top talent including offering work schedules and benefits. In a 2015 survey by Ernst & Young, investigators found that “millennials around the world are more likely than other generations to cite paid parental leave as an important benefit”. Further, the benefits are clear for flexible leave (as described above) demonstrating either a neutral or positive effect on profitability and employee job performance. The impact of flexible policies such as these is well documented-- Facebook’s annual benefits survey, for example, which measures satisfaction and engagement with the benefits programs it offers, found that more than 90% of

- **Amazon** – four weeks of paid leave before giving birth and 10 weeks after, plus an additional six weeks that any new parent (mom, dad, biological, or otherwise) can use
- **Facebook** – four months (16 weeks) of paid maternity, paternity, and adoption leave
- **Ikea** – for employees who have been with Ikea for more than one year, three months of paid leave to be with their family, receiving 100% of their base wage for the first six weeks of parental leave and 50% for an additional six weeks; for employees who have been with the company three or more years, four months of paid leave, receiving 100% of their base wage for the first eight weeks and 50% for an additional eight weeks
- **Johnson & Johnson** – new parents - maternal, paternal and adoptive - worldwide can now take a minimum of eight additional weeks (on top of the company’s current policies) of paid leave during the first year of a child’s birth or adoption (for example, mom’s in the US can now take 17 weeks)
- **Virgin Group** – employees who take Shared Parental Leave legislation receive up to 100 per cent of their salary over 52 weeks (25% for 2 or less years of service, 100% for 4 or more years), available to working parents in the first year following the birth or adoption of a child

employees say that Facebook cares about them. In a blog series from Facebook on parental leave policies one employee wrote:

*"Before my leave, I would have said that paternity leave was important to family, but I never really imagined how VITAL paternity leave is before I took this time. I have a level of comfort with my daughter that is only gained through solid blocks of time spent with her. I started to learn what my strengths and weaknesses are as a parent, how far my patience could be stretched, and how to express my needs to my partner."<sup>39</sup> (Facebook employee, Dad)*

These policy updates have the potential to bring families great relief from financial burdens of child care, significantly contribute to emotional well-being and child bonding, and advance child development. Efforts such as these demonstrate the role the private sector can play and provide an opportunity for companies in the Caribbean such as FLOW to make an impact of family health and well-being.

## **OPPORTUNITIES**

As Caribbean countries are reviewing and updating parental leave policies, they should consider the lessons learned from the progressive policies established by Flow across the region and trends that may be applicable globally. The implementation of these policies stands in contrast with the ones established by national governments and presents an excellent opportunity for research and learning. Governments, or partner research organizations, should explore the impact of the Flow policies on families and children, compared to the rest of the islands, where parental leave policies are not as flexible. The governments can learn if there is a positive impact on children's health and well-being with the additional leave for both parents, and if there is an impact to the gender gap and on the efficiency and profitability of the company. Governments can also gain from understanding how Flow handles benefits for non-traditional households and unmarried fathers with multiple children. These lessons can inform policy dialogue at the national level and catalyze positive change that will benefit the countries and their families. Further, improvements to parental leave policies could also leverage successes under international assistance projects such as ASSIST, which are working to strengthen and improve well-baby and well-child care. More flexibility in the home to take care of children and opportunities to provide additional psychosocial support can propel the overall health and well-being of families in the Caribbean.

*For more information:*

USAID Applying Science to Strengthen and Improve Systems (ASSIST) Project  
University Research Co., LLC • 5404 Wisconsin Avenue, Suite 800 • Chevy Chase, MD 20815-3594,  
USA

This case study was made possible by the support of the American people through USAID. The contents of this case study are the sole responsibility of URC and do not necessarily reflect the views of USAID or United States Government.

## NOTES

- <sup>1</sup> Windmeyer, Lauren. (2015). Women Benefit Most When Men Take Paternity Leave. Kennedy School Review. <http://ksr.hkspublications.org/2015/12/04/women-benefit-most-when-men-take-paternity-leave/>.
- <sup>2</sup> [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2475970](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2475970)
- <sup>3</sup> Nepomnyaschy, Lenna and Jane Waldfogel. (2007). Paternity Leave and Fathers' Involvement with their Young Children. *Community, Work & Family*, Volume 10, Issue 4. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13668800701575077>.
- <sup>4</sup> Miller, Claire Cain. (2019). Sweden Finds a Simple Way to Improve New Mothers' Health. It Involves Fathers. New York Times. <https://www.nytimes.com/2019/06/04/upshot/sweden-finds-a-simple-way-to-improve-new-mothers-health-it-involves-fathers.html?mc=adintl&ad-keywords=IntlAudDev&subid1=TAFI&dclid=ClAP-orHieMCFYWWyAod6PgDWQ&sfns=mo>.
- <sup>5</sup> Miller, Claire Cain. (2014). Paternity Leave: The Rewards and the Remaining Stigma. New York Times. <https://www.nytimes.com/2014/11/09/upshot/paternity-leave-the-rewards-and-the-remaining-stigma.html?module=inline>.
- <sup>6</sup> UNICEF. (2018). 2 in 3 infants live in countries where dads are not entitled to a single day of paid paternity leave. <https://www.unicef.org/press-releases/2-3-infants-live-countries-where-dads-are-not-entitled-single-day-paid-paternity>.
- <sup>7</sup> Bronte-Tinkew, J, Carrano, J, Horowitz, A, and Kinukawa, A. (2008). Involvement Among Resident Fathers and Links to Infant Cognitive Outcomes. *Journal of Family Issues*, 29(9), 1211–1244. <https://doi.org/10.1177/0192513X08318145>. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.900.9170&rep=rep1&type=pdf>.
- <sup>8</sup> Dollahite, DC. (2004). A narrative approach to exploring responsible involvement of fathers and their special-needs children. In R. D. Day & M. E. Lamb (Eds.), *Conceptualizing and measuring father involvement* (pp. 109-128). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- <sup>9</sup> World Economic Forum. (2015). The Global Gender Gap Report 2015. <http://www3.weforum.org/docs/GGGR2015/cover.pdf>.
- <sup>10</sup> Appelbaum, Eileen and Ruth Milkman. (2011). Leaves that Pay: Employer and Worker Experiences with Paid Family Leave in California. <http://cepr.net/documents/publications/paid-family-leave-1-2011.pdf>.
- <sup>11</sup> UNICEF. (2018). 2 in 3 infants live in countries where dads are not entitled to a single day of paid paternity leave. <https://www.unicef.org/press-releases/2-3-infants-live-countries-where-dads-are-not-entitled-single-day-paid-paternity>.
- <sup>12</sup> World Policy Center. (n.d.). Is paid leave available to mothers and fathers of infants? <https://www.worldpolicycenter.org/policies/is-paid-leave-available-to-mothers-and-fathers-of-infants/is-paid-leave-available-for-both-parents-of-infants>.
- <sup>13</sup> International Labour Office. (2016). Maternity cash benefits for workers in the informal economy. <https://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceId=54094>.
- <sup>14</sup> IDB. (2017). Estimating the Size of the Informal Economy in Caribbean States. <https://publications.iadb.org/en/estimating-size-informal-economy-caribbean-states>.
- <sup>15</sup> Vuletin, G. (2008). Measuring the Informal Economy in Latin America and the Caribbean. IMF Working Paper WP/08/102. <https://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2008/wp08102.pdf>.
- <sup>16</sup> The World Bank. (2010). Determinants and Consequences of High Fertility: A Synopsis of the Evidence. <https://siteresources.worldbank.org/INTPRH/Resources/376374-1278599377733/Determinant62810PRINT.pdf>.
- <sup>17</sup> Pande, Rohini P, Malohtra, A, and Namy, S. (2012). Fertility Decline and Changes in Women's Lives and Gender Equality in Tamil Nadu, India. <https://www.icrw.org/wp-content/uploads/2016/10/Pande-Malhotra-Namy-FINAL-feb-2013.pdf>.
- <sup>18</sup> Farre, Lidia and Libertad Gonzalez. (2018). Does Paternity Leave Reduce Fertility? IZA Institute of Labor Economics. <http://ftp.iza.org/dp12023.pdf>.
- <sup>19</sup> Persson, Petra and Maya Rossin-Slater. (2019). When Dad Can Stay Home: Fathers' Workplace Flexibility and Maternal Health. National Bureau of Economic Research.
- <sup>20</sup> Paris, Janella. (2019). Fathers now allowed 14 days of paid paternity leave under new law. Rappler.

- 
- <sup>21</sup> UN Women. (2019). Families in a Changing World. <http://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2019/progress-of-the-worlds-women-2019-2020-en.pdf?la=en&vs=3512>.
- <sup>22</sup> Joseph, Kavell. (2019). The unequal burden for new mothers in the Caribbean. The World Bank. <https://blogs.worldbank.org/opendata/unequal-burden-new-mothers-caribbean>.
- <sup>23</sup> International Labour Organization. (2014). Maternity and paternity at work: Law and practices across the world. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms\\_242615.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_242615.pdf).
- <sup>24</sup> Antigua and Barbuda Social Security Board. Maternity Benefits. <https://www.socialsecurity.gov.ag/benefits/maternity-benefits>.
- <sup>25</sup> Dominica Social Security. <https://www.dss.dm/about/>.
- <sup>26</sup> Maternity Leave Act. Jamaica. <https://www.mlss.gov.jm/wp-content/uploads/2017/11/Maternity-Leave-Act.pdf>.
- <sup>27</sup> National Insurance Act. Jamaica. <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/31440/65610/F-779650664/JAM31440%202012.pdf>.
- <sup>28</sup> Williams, Rochelle. (2017). Domestic Workers Entitled to Eight Weeks' Maternity Leave. Jamaica Information Service. <https://jis.gov.jm/domestic-workers-entitled-eight-weeks-maternity-leave/>.
- <sup>29</sup> Williams, Rochelle. (2018). Discussions on Paternity Leave. Jamaica Information Service. <https://jis.gov.jm/discussions-on-paternity-leave/>.
- <sup>30</sup> Loop News. (2019). HRMAJ supports implementation of a National Paternity Leave Policy. <http://www.loopjamaica.com/content/hrmaj-supports-implementation-national-paternity-leave-policy>.
- <sup>31</sup> Saint Christopher & Nevis Social Security Board. Maternity Benefit. <https://socialsecurity.kn/maternity-benefit/>.
- <sup>32</sup> Saint Christopher & Nevis Social Security Board. Frequently Asked Questions. <https://socialsecurity.kn/faqs/>.
- <sup>33</sup> St. Vincent & the Grenadines National Insurance Services. Maternity Benefit. <http://nissvg.org/maternity-benefit/>.
- <sup>34</sup> Searchlight. (2019). Paternity Leave, Retirement Age, Sexual Harassment among issues being considered for revised Employment Protection Act. <http://searchlight.vc/searchlight/news/2019/07/05/paternity-leave-retirement-age-sexual-harassment-among-issues-being-considered-for-revised-employment-protection-act/>.
- <sup>35</sup> Antigua Observer. (2019). Flow employees welcome new Parental Leave Policy. <https://antiguaobserver.com/flow-employees-welcome-new-parental-leave-policy/>.
- <sup>36</sup> Dominica News Online. (2019). Flow launches progressive new Parental Leave Policy. <https://dominicanewsonline.com/news/homepage/news/flow-launches-progressive-new-parental-leave-policy/>.
- <sup>37</sup> SKN Vibes. (2019). Flow launches progressive new Parental Leave Policy. <https://www.sknvibes.com/news/newsdetails.cfm/109746>.
- <sup>38</sup> Searchlight. (2019). Flow launches progressive new Parental Leave Policy. <http://searchlight.vc/searchlight/news/2019/06/18/flow-launches-progressive-new-parental-leave-policy/>.
- <sup>39</sup> Facebook. (2016). Dads at Facebook Share Their Parental Leave Stories. <https://www.facebook.com/careers/life/dads-at-facebook-share-their-parental-leave-stories/>.



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

**USAID**  
**ASSIST PROJECT**

*Applying Science to Strengthen  
and Improve Systems*



Activities of the Llano de Animas health post conducted outside the health post © 2019 Photo by Elena Hurtado

## Case Study

# INVOLVING HEALTH POSTS IN QUALITY IMPROVEMENT OF PRENATAL CARE IN THE CONTEXT OF ZIKA

**DECEMBER 2019**

This case study was authored by Elena Hurtado, Karen Orellana, and Mélida Chaguaceda of University Research Co., LLC (URC), produced by the USAID Applying Science to Strengthen and Improve Systems (ASSIST) Project, and funded by the American people through USAID's Bureau for Global Health, Office of Health Systems. The project is managed by URC under the terms of Cooperative Agreement Number AID-OAA-A-12-00101. URC's global partners for USAID ASSIST in FY19 included: American Academy of Pediatrics; EnCompass LLC; FHI 360; Institute for Healthcare Improvement; and WI-HER, LLC. For more information on the work of the USAID ASSIST Project, please visit [www.usaidassist.org](http://www.usaidassist.org) or write [assist-info@urc-chs.com](mailto:assist-info@urc-chs.com).

## SUMMARY

From June 2017 to June 2019, the hospital, maternity and health center of the municipality of Amatitlán, Guatemala, participated in a national improvement collaborative aimed at improving care for women of reproductive age - pregnant and non-pregnant - and children under 2 years, in the context of the Zika epidemic, promoted by the United States Agency for International Development (USAID) Applying Science to Strengthen and Improve Systems (ASSIST) Project. In January 2019, the health center quality improvement team decided to expand the collaborative improvement effort to the nine health posts in Amatitlán where Zika screening was not done, counseling in Zika was not given, nor were condoms delivered for prevention of sexual transmission of Zika to pregnant women.

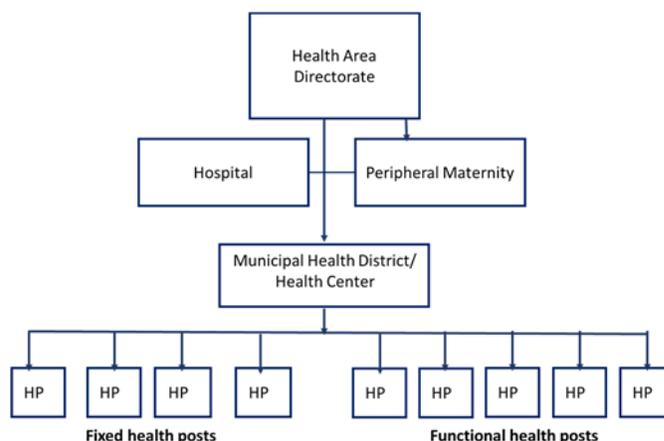
With the support of ASSIST, the personnel of the health posts were trained in the components of prenatal care in the context of Zika. The health center's quality improvement team also shared with them one of its best practices: the use of a stamp in the medical record to prompt and record screening, counseling, and condom delivery to pregnant women. In addition, they wanted to share with them other elements of quality improvement, such as teamwork, measurement of indicators, and collaborative learning. This case study describes the process that was carried out to form improvement teams in the health posts, engage them in adopting the best practice of the health center, measure indicators of compliance with standards, and together learn how to improve their performance.

## BACKGROUND

Amatitlán, only 30 km from the capital city, is the southernmost municipality of the Department of Guatemala, in the health area of South Guatemala. The public health system of the Ministry of Health (MOH) in Amatitlán is organized with one administrative direction or Health Area, a national hospital and a maternity hospital considered third level of care, and a health center as second level of care, all located in the city of Amatitlán. For the provision of first level primary health care in the rural areas of Amatitlán, there are nine health posts (HP), four classified as “fixed” and five as “functional” HPs (see **Figure I**). Fixed HPs generally have two auxiliary nurses. The functional posts, which cover the more remote villages, have an auxiliary nurse and a health center doctor who rotates through the five HPs. Each health post covers more than one village and a population of between 2,000 and 7,000 people, with functional posts covering less population than fixed posts.

From June 2017 to June 2019, the national hospital, maternity hospital, and health center of Amatitlán participated in the quality improvement collaboratives focused on family planning, prenatal care (PNC), newborn care, and children's care in the context of the Zika epidemic implemented by the MOH with support from the USAID Applying Science to Strengthen and Improve Systems (ASSIST) Project. The participating second and third level facilities in Amatitlán were successful in testing innovative ideas of change and improving

**Figure I. Organization of the public health system in the Municipal Health District of Amatitlán, in the Health Area South Guatemala**



their quality of care indicators in the context of Zika. For example, they were the creators of “care and counseling pathways” at the national and maternity hospitals, so it is not surprising that they wanted to expand their good practices to health posts in the first level of care.

In five of six health areas where the project worked in Guatemala, some health centers spontaneously, and others in the official collaborative expansion stage, gradually covered the HPs of their jurisdiction until reaching 347 health posts. In the expansion, they found that the first level staff was very motivated to participate because “we have many years of not receiving training (especially the more distant HPs), although it is at this level that we first treat people’s illnesses and where 80% of them should be resolved.” However, in those health posts because there are only one or two staff members - usually an auxiliary nurse – there was no attempt to form specific HP quality improvement teams (QITs) nor involve them in the measurement of indicators. This case study presents the experience of the health area of South Guatemala and the Municipal Health District of Amatitlán in introducing these components of quality improvement in the work of their nine health posts.

## PROBLEM ANALYSIS

The expansion of the collaborative improvement of prenatal care to health posts in Amatitlán began in January 2019 with a baseline through which the health center realized that Zika screening was not done, counseling on Zika was not being provided, and condoms were not issued to pregnant women for the prevention of sexual transmission of Zika. With the support of ASSIST, health post personnel were trained in these components of prenatal care. In addition, the health center’s QIT shared one of its “best practices”: the use of a stamp in the medical record to prompt health workers to provide and record Zika screening, counseling, and delivery of condoms to pregnant women (see **Figure 2**).

Additionally, the director of the health center, Dr. Blanca Rosa Guevara, asked the QI team: “How are we going to share to the health posts not only the stamp but other elements of quality improvement such as: teamwork, measurement of indicators and learning from each other, when there is only one auxiliary nurse in each health post?” Since the health post nurses meet once a month at the health center the QIT decided to train them at the meeting in March 2019 in the measurement of indicators and ask them how they could organize themselves in teams for collaborative learning.

**Figure 2. Stamp for recording Zika screening, counseling and condom delivery for prevention of sexual transmission of Zika to pregnant women in Amatitlán Health District.**

The stamp form is titled "TAMIZAJE, CONSEJERÍA Y ENTREGA DE CONDONES POR ZIKA EN APN". It contains the following fields:

- FECHA: [ ]
- REFERIDA:  SÍ  NO
- PRIMERA CONSULTA: [ ]
- RECONSULTA: [ ]
- FIEBRE: [ ] CONJUNTIVITIS: [ ] RASH: [ ] ARTRALGIA: [ ] MIALGIA: [ ]
- TRANSMISIÓN: VECTORIAL [ ] SEXUAL [ ] VERTICAL [ ]
- PREVENCIÓN: [ ]
- COMPLICACIONES: [ ]
- ENTREGA CONDONES: [ ]
- CANTIDAD: [ ]
- ACOMPañO: PAREJA [ ] MADRE [ ] SUEGRA [ ] OTRO [ ]

At the bottom, it reads: "EQUIPO DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD / ZIKA; CENTRO DE SALUD DE AMATITLÁN"

## DESIGN OF THE IMPROVEMENT STRATEGY

With the participation of the auxiliary nurses of the HPs, the idea of organizing QI teams by type of health post (i.e., fixed or functional) arose. Thus, four auxiliary nurses formed the team of fixed HPs, representing the villages of Cerritos, Llano de Ánimas, San José Calderas, and Las Trojes, and five auxiliary nurses formed the team of functional HPs, representing the villages of Cerro Corado, Mesías Bajas y Altas, Pedregal, and Pepinal. Each team appointed a leader responsible for convening them and keeping the measurement tools (monitoring sheets and time series graphs).

The new QITs received hands-on training in the measurement of three indicators of prenatal care in the context of Zika: 1) percentage of pregnant women who are adequately evaluated in PNC by asking about signs and symptoms of Zika; 2) percentage of pregnant women receiving counseling about Zika in PNC; and 3) percentage of pregnant women who were given condoms in PNC to protect themselves from sexual transmission of Zika. As the indicators are measured by reviewing 20 records of pregnant women each month, the decision was that each HP in the team of fixed HPs provided 5 records of pregnant women chosen at random and that each HP of the team of functional HPs provided 4 records of pregnant women (see **Figure 3**). The indicator of condom delivery was also verified using the daily consultation format of the MOH's Health Management Information System (SIGSA).

**Figure 3. Monitoring sheet for the indicator of screening of pregnant women for Zika in four fixed health post in Amatitlán; an identical one was used for functional health posts.**

ÁREA DE SALUD: Guatemala Sur DISTRITO DE SALUD: Amatitlán  
 PUESTOS DE SALUD FIJOS:  PUESTOS DE SALUD FUNCIONALES: \_\_\_\_\_  
 RESPONSABLES: \_\_\_\_\_ FECHA DE REPORTE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Tamizaje para Zika en embarazadas**

Estándar: Todas las embarazadas durante su atención prenatal (APN) son evaluadas adecuadamente para detectar signos y síntomas del Zika durante el embarazo.  
 Indicador: Porcentaje de embarazadas que son evaluadas adecuadamente durante la consulta de APN para detectar signos y síntomas del Zika durante el embarazo.

Método: Revisión de 20 expedientes. Cada puesto de salud fija revisa 5 expedientes y cada puesto de salud funcional revisa 4 expedientes escogidos al azar. Cada columna numerada corresponde a un expediente. Anote el número del expediente. Anote SI, si el signo/síntoma fue evaluado; anote NO, si el signo/síntoma no fue evaluado. CUMPLE, si el expediente tiene marcado con SI, al menos 3 de los 5 signos o síntomas. El indicador se obtiene de dividir el Total de Expedientes que Cumplieron (SI EN AL MENOS 3 SIGNOS/ SÍNTOMAS) entre el Total de Expedientes revisados y \*100. Este porcentaje nos servirá para realizar Ciclos Rápidos de Mejora y superar los fallos de la calidad de atención prenatal, en el contexto de Zika.

No. de Expediente	CENTROS					Llano de Animas				S. Jalagarda				TIQUES				N	D	%			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17				18	19	20
Signos y Síntomas	Se buscaron los signos y síntomas más frecuentes para Zika (AL MENOS 3 DE LOS SIGUIENTES ESTÁN MARCADOS)																						
Exantema maculopapular pruriginoso																							
Conjuntivitis no purulenta																							
Fiebre																							
Artralgia																							
Mialgia																							
CUMPLE CON AL MENOS 3 SIGNOS Y SÍNTOMAS MARCADOS. SI o NO; CÁLCULO DEL INDICADOR																							

¿Qué ideas tienen para mejorar el indicador?

## DEVELOPMENT OF CHANGE IDEAS

Since the health center had already trained them in Zika screening, counseling, and condom distribution and had shared the stamp for documenting these actions, at first the task of measuring indicators seemed very easy. It was only a matter of reviewing the record and writing down the findings on the monitoring sheets. However, when making the first measurement of the indicators in April 2019, the teams realized that there were weaknesses and came up with ideas of change to remedy them (see **Table 1**).

**Table 1. Gaps in prenatal care in the context of Zika and solutions tried out by health posts**

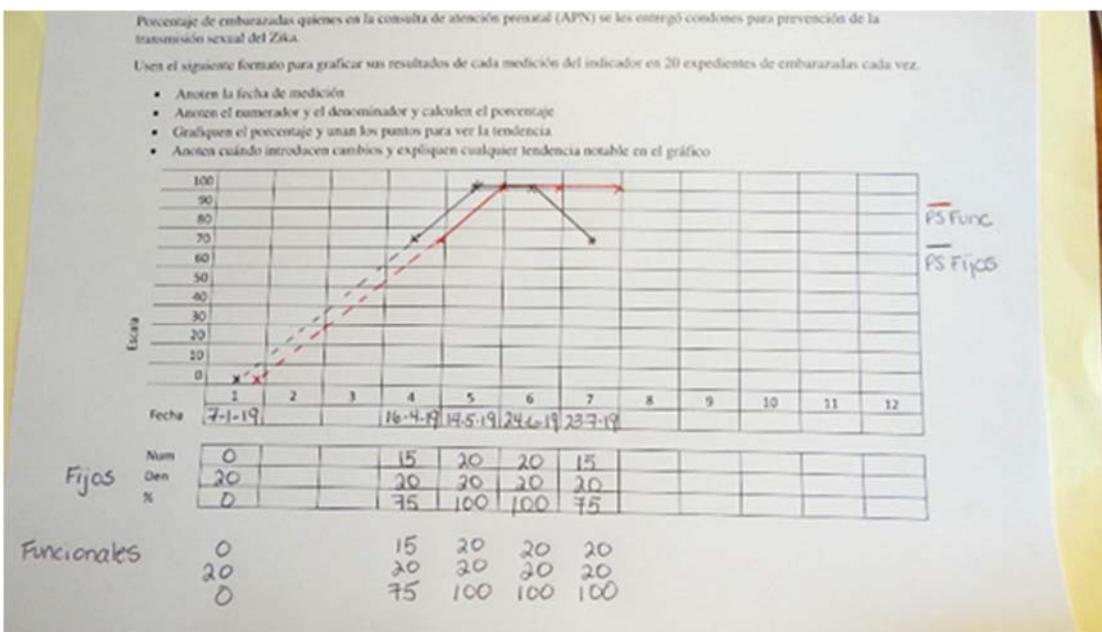
Weaknesses	Change Ideas
The stamp had been printed only once and not for each prenatal visit.	Be sure to place the stamp on the back of the clinical record, one for each consultation.
Everyone fills the stamp according to their own understanding; sometimes Zika signs appear unmarked not because	Clearly define each item of the stamp and how it will be marked. For instance, if the provider asks about each one of the Zika symptoms, each one has to be marked.

they did not ask about them but because the woman did not experience them.	Experiencing one such symptom is recorded elsewhere in the clinical record.
Forgot one or more of the steps of the process.	At the beginning of the consultation, place the stamp, the brochure for counseling, and the box of condoms on the desk as a reminder of all the elements to be covered.

## RESULTS

Health posts plotted the results of the indicators on sheets as shown in **Figure 4** for condom delivery. The three indicators followed the same pattern. At baseline, the teams had 0% compliance; after receiving the stamp and training in the first quarter of the year, all indicators rose to 75% in April 2019. After analyzing results and implementing their own ideas of change, the indicators reached 100% for two consecutive measurements. However, the indicators of the fixed HPs team fell back to 75% in the last measurement in July 2019 because the auxiliary nurse went on vacation and the assistant who stayed in her place did not fill out the stamp, although he apparently carried out the activities. The QI teams themselves concluded that they should apply the QI principle that "what was not written was not done."

**Figure 4. Time series graph of the percentage of pregnant women who received condoms for the prevention of sexual transmission of Zika in fixed and functional health posts, Amatitlán, January-July 2019**



## CONCLUSION

This brief case study demonstrates that it is possible for health posts to be organized in QITs according to their characteristics, even if there is only one or two staff by post. In this case, two teams were formed: one with four fixed HP and the other with five functional HPs. When organized in teams, an interesting competition was created that made the staff try harder to implement the changes and

improve performance; the fixed HPs team regretted having lowered their performance on the indicators in the last measurement, but was clear about the steps that should take to improve the process.

Another conclusion is that despite receiving from the health center its “best practices” as was the case of the stamp, the implementation in the services is not always automatic and, it is possible that the new teams will have to test new ideas of change to improve indicator performance. They also realized that the indicator dropped when one of the trained auxiliary nurses went on vacation, which is a factor that commonly affects the documentation of actions and the reason why more health providers should be trained.

Finally, it was shown that with “learning-by-doing” training, the two teams were able to understand the improvement methodology and measure and analyze their indicators.

## WAY FORWARD

The health posts teams indicated that, in the future, they would like to measure the head circumference of children from 0 to 2 years old and use the methodology of continuous improvement to increase the percentage of children whose head circumference is measured each month in the first year and quarterly in the second year of life. The head circumference measurement would be noted in the MOH notebook where two other anthropometric measures (weight and length/height) are written down; they plan to use the methodology to improve compliance with all three anthropometric measures.

The health posts were also willing to test the measurement of the pregnant women’s knowledge of Zika, doing the interviews, not at the exit of the health post as health centers do, but in the homes of the pregnant women. In fact, all the HPs did two test interviews with pregnant women in their homes and, although they did not use a standardized interview form, they wrote down the answers in narrative form in a notebook. In the future, they are planning to use the standardized interview format that the health center uses, with modifications.

Participants in the health post QI activities: Dr. Blanca Rosa Guevara, Director, Amatitlán Health Center; Auxiliary nurses members of the fixed health post QI team: Esna Lizbeth Rodríguez (team leader), Irma Belinda Alvarado, Griselda Godoy, Casta Rubidia Castro, Marleny Albizúrez, Angélica Hernández, and Ana Beatriz Gutiérrez; Auxiliary nurses members of the functional health posts QI team: Sandra García (team leader), Rosa García, Luz Angélica López Cifuentes, Marta Rufina Hernández, Luis García, and Dr. Marcelo Apén, Health Center Supervisor.

*For more information, contact:*

USAID Applying Science to Strengthen and Improve Systems Project  
University Research Co., LLC • 5404 Wisconsin Avenue, Suite 800 • Chevy Chase, MD 20815-3594 • USA  
www.usaidassist.org • assist-info@urc-chs.com

This case study was developed thanks to the support of the American people through the United States Agency for International Development (USAID). The views expressed in this publication are those of URC do not necessarily reflect the views of USAID or the United States Government.



Men at a Zika prevention workshop, led by psychologist Itzá Cárdenas and nurse Zayda Cáceres at the Tela Hospital in Honduras.  
© 2017 BRENDAN BANNON FOR USAID. COURTESY OF PHOTOSHARE

## Case Study

# INVOLVING MEN IN THE PREVENTION OF ZIKA INFECTION IN HONDURAS

### SEPTEMBER 2018

This case study was prepared by Zayda Cáceres and Norma Aly of University Research Co., LLC (URC) for review by the United States Agency for International Development (USAID), under the Applying Science to Strengthen and Improve Systems (ASSIST) for Health, which is made possible thanks to the generous support of the people of the United States of America, through USAID. USAID's ASSIST Project is managed by University Research Con., LLC (URC) under cooperative agreement number AID-OAA-A-12-00101. URC's partners in conducting activities on Zika include the American Pediatrics Academy, FHI 360, Institute for Healthcare Improvement and WI-HER, LLC. For further information on ASSIST activities, please visit [www.usaidassist.org](http://www.usaidassist.org) or write [assist-info@urc-chs.com](mailto:assist-info@urc-chs.com).

## **SUMMARY**

This case study describes activities carried out by personnel of the Tela Hospital, in the Atlántida Region of Honduras to involve men in the prevention of the Zika virus and its complications. One of the limitations of the strategy of providing condoms to pregnant women in order to help prevent sexual transmission of Zika is the reluctance of women to bring condoms home and use them, out of concern over their partner's potential reaction. The hospital staff decided to carry out activities to train spouses or partners of pregnant women, through educational activities and invitations, as well as to other men who visit the hospital for medical consultations, in order to bring them together, provide group counseling, and show them how to use condoms properly in preventing Zika.

Thanks to the support of the ASSIST project of the United States Agency for International Development (USAID), we built improvement teams at Tela Hospital and other health units in zones affected by Zika, in order to strengthen activities of the health services to prevent the transmission of infection in pregnant women, and to offer quality care to women and children affected by the virus. The Tela team tried out a variety of ideas to put out the message of the importance of preventing sexual transmission of Zika to men. One achievement of involving men in the process has been the declarations of satisfaction provided by pregnant women, saying that their spouses/partners are now more receptive and more supportive because they understand the reason, they bring condoms home. Based on this successful experience, the improvement teams at other facilities in the zone have replicated and even improved on this strategy.

## **INTRODUCTION**

The Tela Hospital is in the Atlantic littoral zone of Honduras. Tela is a basic public hospital, covering a population of over 144,120 people. In 2017 it attended a total of 2,392 births. The Secretary of Health of Honduras (SESAL), with advisory assistance from the USAID ASSIST Project, selected the engagement of the hospital in the Zika prevention project, due to the high number of reported Zika and of pregnant women suspected of carrying the virus.

During March 2017, Tela Hospital organized three improvement teams: the first to implement Zika counseling in the family planning services, another for prenatal care, and the third for identification of congenital Zika syndrome (CSaZ, for the Spanish acronym for “síndrome congénito asociado al virus Zika”) in newborns. The improvement teams were trained in May 2017, by personnel from the Quality Management Department at the central levels of SESAL and ASSIST and started their activities in June. Each team prepared an improvement objective and indicator, reviewed the steps for care, identified gaps, proposed necessary changes in the care process in order to implement Zika counseling, and implemented a series of activities to achieve their objectives.

## **STARTUP OF WORK FOR IMPROVEMENT IN PRENATAL CARE (MAY 2017)**

The team proposed two objectives for improvement: the first is related to implementation of Zika counseling for every pregnant woman during prenatal care; the second is related to provision of condoms to every pregnant woman who received counseling. The improvement team launched the following changes: a) Zika counseling was implemented for the first time at the hospital, using a new space dedicated for that purpose by the team; and b) female counselors were assigned and trained, who would approach

pregnant women at the pre-clinic and following their medical appointment; c) forms were implemented to register counseling data; d) education on the Zika virus (risks of Zika infection during pregnancy, and ways to prevent was provided at the pre-clinic; e) written information was provided in threefold flyers; f) a specialized medical evaluation was conducted by healthcare providers specialized in management of Zika; and g) condom packets were prepared to give to pregnant women after receiving counseling.

During the implementation process, it was necessary to make further changes in order to provide counseling. Ultimately, we identified that before receiving prenatal care from the physician, and after going to the pre-clinic, the pregnant woman and her partner should visit the (female) psychologist in order to receive counseling. No woman goes on to a medical consultation without first having received counseling from the psychologist or an auxiliary.

The availability of condoms for prenatal care was made possible by a generous donation of the government of the United States of America, through USAID. Thus, all establishments that were prioritized had condoms available.

## **ANALYSIS OF THE PROBLEM**

When the team implemented its activities to achieve its improvement objectives, they ran into problems because many pregnant women would not accept the condoms; they would reject them or simply leave them behind at the hospital, because they were afraid to bring the condoms home, on account of what the reaction of their husband/partner might be; many mentioned that their husbands or partners were going to get angry and think that they were cheating on them; or sometime they would simply say that they would not use them. This led many members of the improving team to ask “*why?*” is this situation so. Based on their prior experience, they identified that one success factor in the prevention of sexual transmission was the involvement of the pregnant women’s partner. Faced with this necessity, the team added a series of activities to involve men in the process of counseling on Zika, and in order to obtain better results with the use of condoms during pregnancy. This is when they decided to start group counseling sessions with the men. The first men’s meeting took place on 6 June 2017.

## **INVOLVING MEN IN THE PREVENTION OF SEXUAL TRANSMISSION OF ZIKA**

Faced with the challenge of involving men and getting them to take on a more proactive role in the healthcare of pregnant women and their babies (including the prevention of vector and sexual transmission, and how to use condoms properly) the team conducted the following activities. To start off, they discussed the issue with all members of the improvement team. At first, they themselves have doubts as to whether they would be able to obtain positive results. Later on, they held meetings with the entire staff of the facility, to sensitize them to the activities that were to be carried out, and to define the issues to be discussed at the meetings. They created a timeline for monthly meetings for the men and selected a professional to lead them. his responsibility at first was entrusted to the hospital (female) psychologist.

Invitations were created (a small simple card which stated the purpose of the meeting, its date, time, and place) which were distributed to pregnant women during counseling, for them to take them back to their

spouses, or at the hospital, to each spouse/partner who accompanied the pregnant women at the specialized consultation.

Subsequently, they delivered invitations to men who came to the hospital for other reasons. Although all men reached were welcome, the team focused on reaching out to men for the first time. All information on Zika was provided at one single meeting: transmission methods, personal methods to prevent the infection, environmental protection, sensitizing men to women’s healthcare (especially if they are pregnant) and the consequences to the baby if it is infected by Zika virus. Subsequently, they added other issues, such as masculinity topics (which made it possible to improve the attitude of the men at the meeting), techniques for using condoms, and family planning methods. More recently, issues involving early simulation of children were also included. From start to the finish, they used ice-breaking dynamics, questions to inquire about know-how and practices, role-playing, and motivational dynamics.

The meetings are held monthly, based on the schedule being developed, and are led by the (female) psychologist, who speaks about Zika issues; a professional nurse talks about family planning issues; and a (female) pediatrician talks about the issue of child stimulation.

These meetings lasted around 2 hours, during which they also train men in proper techniques for using condoms. The improvement team prepared a flyer with information on Zika, and prevention of sexual transmission. This is given to each man, along with a certain number of condoms to take home.



REPUBLICA DE PERÚ  
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

**MASCULINIDAD HOSPITAL TELA**

CRONIGRAMA  
RESPONSABLE: DRA. LINDA MOLINA / COMISIÓN PSICOPEDAGÓGICA: DRA. LUCIA FERRER AGUILOA / PSICÓLOGA DEL HOSPITAL TELA

Fecha	Hora	Actividad	Lugar	tema
27 febrero	9:00 pm	Grupo de masculinidad	Sala de supervisión Hospital tela	masculinidad y zika planificación familiar
16 marzo	9:00 am	Celebración DIA DEL PADRE (invitación especial) Grupo de masculinidad	Sala psicopedagógica Hospital tela	<ul style="list-style-type: none"> <li>El rol del hombre en la sociedad peruana</li> <li>masculinidad y zika</li> <li>planificación familiar</li> </ul>
23 abril	9:30 am	Grupo de masculinidad	Sala psicopedagógica Hospital tela	masculinidad y zika planificación familiar
17 mayo	9:00 Am	Grupo de masculinidad familiar con esposas para celebración del día de la madre	Sala de psicopedagógica Hospital tela	<ul style="list-style-type: none"> <li>fortalecimiento de matrimonio</li> <li>masculinidad y zika</li> <li>planificación familiar</li> </ul>
15 junio	9:30 Am	Grupo de masculinidad	Sala psicopedagógica Hospital tela	masculinidad y zika planificación familiar
13 julio	9:30 Am	Grupo de masculinidad	Sala psicopedagógica Hospital tela	masculinidad y zika planificación familiar

DR. LINDA MOLINA

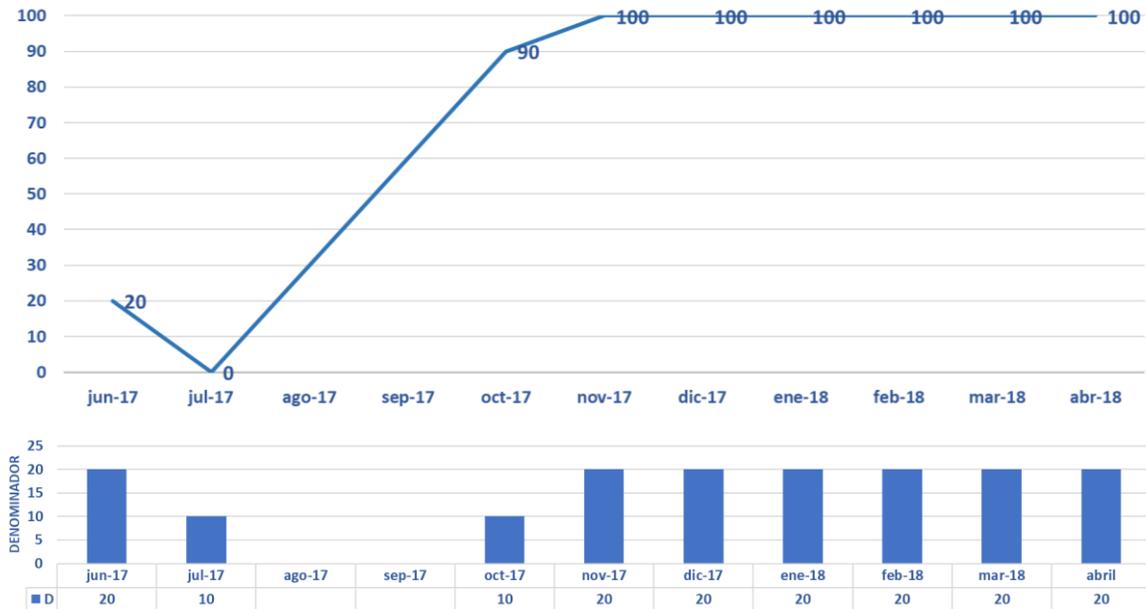
## RESULTS

A timeline of the meetings with men with prior appointments, or who were reached for counseling on Zika is being kept monthly and on a ongoing basis at Tela hospital. Some 108 men have received information and/or counseling on Zika since the start of these activities at the Tela hospital. Of these, 19 were between the ages of 15 and 19, 37 between the ages of 20 – 29, and 33 were older than age 30. The success of the strategy has made it possible to schedule new meetings, which are held in the outpatient waiting rooms. As of the end of February 2018, men are being invited to bring their wives/partners and babies to the postpartum ward at the hospital. Is also being delivered, in addition to the normal appointments, for the pregnant women and the baby. The hospital of El Progreso and the Carlos B

González health facility visited Tela Hospital to learn about this experience, and now they are duplicating and even improving it.

**Graph I** shows the results in terms of increasing acceptance of the use of condoms by pregnant women.

**I. Percentage of pregnant women who were given condoms for prevention of sexual transmission of Zika, Tela hospital (June 2017 to April 2018)**



\* Source: "Improvement Indicator Database" Database ASSIST Project.

## REPLICATION EXPERIENCE AT THE CARLOS B GONZÁLEZ HEALTH FACILITY OF THE CITY OF EL PROGRESO, YORO (CBG), OF SESAL

Staff from the Carlos B González (CBG) facility, in the city of El Progreso, [visited the Tela Hospital in August 2017](#) to learn about its work with men, after they identified that they were having similar issues. For example, when pregnant women were written prescriptions to get condoms at the pharmacy, they found that they were tossing the prescriptions in the trash; sometimes if the pregnant women did in fact get the condoms, they would discard them at the hospital, saying that they were afraid their husbands would get angry.

They replicated the experience, by holding meetings every Thursday, geared toward men, and they also began to provide counseling to pregnant women and their partners. Invitations are prepared, with specific times and dates for the husbands, which were handed to the pregnant women after counseling.

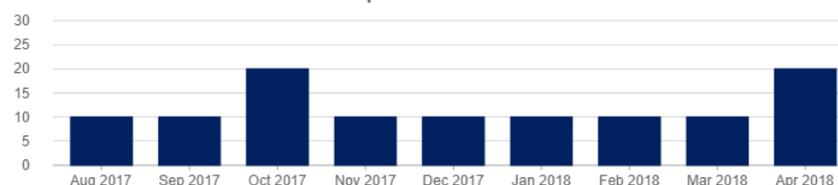
One of the innovations carried out by the CBG, was to identify, train and assign male-gender health workers to work with the men. This strategy improved acceptance by the men who participated in the meetings.

During the period between September 2017 to date, the CBG has had 96 men at the group meetings. Of 2,037 pregnant women who received care between October 2017 to April 2018, 24 pregnant women came with their partners, with both receiving Zika counseling as a result of the invitations to the men.

**Graph 2. Percentage of pregnant women who receive condoms during prenatal training for prevention of sexual transmission of Zika, Carlos B González (SESAL) (August 2017 to April 2018)**



**Total de embarazadas monitoreadas en el periodo evaluado**



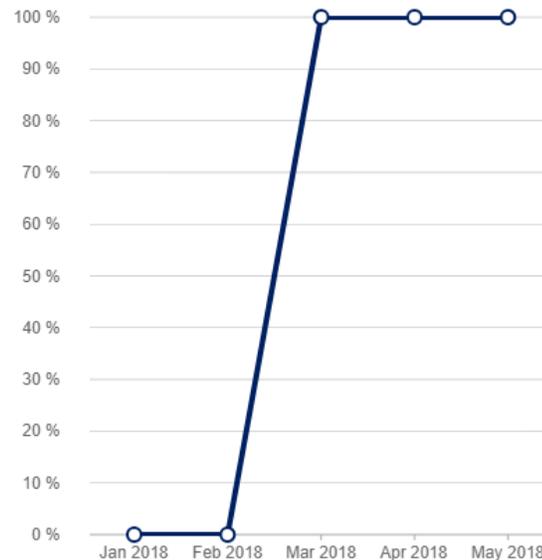
## REPLICATION OF EXPERIENCE AT THE IHSS CLINIC OF EL PROGRESO (CIHSSP)

As a result of the exchanges of knowledge and experience in family-planning carried out in February 2018, the staff of the IHSS Clinic at El Progreso (CIHSSP) who participated were able to learn about the experience of involving men in the prevention of Zika, presented by the Tela Hospital and the CBG. Motivated by their experience, the team decided to implement a strategy adapted to its own context. The IHSS cares for insured employees of the in-bond (maquila) companies, which amounts to approximately 10% of the national population.

The CIHSSP began its activities with men in April 2018. They started off by inviting all husbands of pregnant women e coming for their first prenatal check at the clinic. Along with the appointment for the pregnant woman, they provide a written invitation to the husband/partner in order for them to negotiate leave with their employers. After the meeting, they receive a certificate for participation in the “Parent Workshop”. Likewise, they provide parents a second workshop meeting during the last prenatal care appointment (34 weeks of pregnancy). The team integrated four strategies to involve men: a) group meetings for the invited men; b) personal counseling for men; c) mandatory pre-marriage counseling sent out by the municipality of El Progreso, and d) counseling for couples (the pregnant woman and her husband). In addition to the issues addressed by Tela Hospital of, the CIHSSP added the issues of nutrition and postpartum depression.

From April 2018 to date, the CIHSS has provided counseling to 16 couples, 8 sessions for single men, and it has held 11 premarital meetings for 102 couples (204 persons), who have been counseled on Zika-related issues.

**Graph 3. Percentage of pregnant women who receive condoms during prenatal training for prevention of sexual transmission of Zika, El Progreso Clinic (IHSS) (January 2018 to April 2018)**



**Total de embarazadas monitoreadas en el periodo evaluado**





One experience described by the team, was the history of one of the men who participated in the men’s meetings. When he was shown the exercises and counseling for the pregnant women, the husband took pictures on his cell phone. Later on, the pregnant woman provided the personnel feedback on the changes she had seen her husband: he began taking care of her, was concerned about her health, subsequently supported her during childbirth, and later on, with the newborn. They are satisfied with this strategy and will keep it going.

## CONCLUSION

Preventing the sexual transmission of the virus is a responsibility that properly belongs to the couple. To address the pregnant woman alone is a weak strategy. Furthermore, the pregnant women do not always have the capability to transfer knowledge to her partner, or to negotiate the use of condoms. The men at first were hesitant to get involved, did not know about Zika, were unaware of the risk of sexual transmission, and did not allow their spouse to bring condoms home. Some of the statements that arose during the meetings with men were that “it’s the women who don’t like using condoms”, “the women don’t delegate child care, and “they feel weird and surprised at being at a meeting for men”.

This good strategy, properly implemented with excellent techniques and dynamics has been able to change in the men’s mindset, and their perspectives on how to stop infection by the Zika of virus and prevent harm to the newborn.

The steps for implementing the strategy, as suggested by the team, are:

1. Raising awareness of healthcare providers
2. Raising awareness of health facility personnel
3. Find suitable spaces to give the talks
4. Select the people who will be giving the talks (permanent, dedicated)
5. Prepare invitation cards
6. Provide information the men information, through flyers
7. Keep a record of the men’s participation

## NEXT STEPS

Registration of male participants who received counseling/information on ZIKA began in 2018, on the official patient daily care (ATA) forms. Previously, counseling care was not registered and went unnoticed. As of that date, all counseling of pregnant women and men is reported.

ASSIST will support SESAL in preparing an operational guide for implementation of the strategy of involvement of men in the prevention of Zika at other health facilities. Furthermore, SESAL, with the support of ASSIST, will identify work tools and aids that will help facilitate the meetings with men and the identification of issues that need to be addressed during the meetings with their respective methodologies, as well as to support layout and printing the flyer the Tela team prepared for giving to the men.

*Members of the quality improvement team of Tela Hospital:*

- Dra. Dioxana López, pediatrician, coordinator of the newborn (RN - recién nacidos) team
- Lic. Daira Contreras, chief of gynecology, member of prenatal
- Lic. Magdalena Menjívar, quality coordinator
- Dra. Linda Molina, coordinator of prenatal team
- Lic. Itza Aguiluz, psychologist
- Lic. Glenda Martínez, chief of labor and childbirth, a member of the newborn team
- Lic. Kathia Rodríguez, social services, childbirth, postnatal planning social, postpartum period, family planning team
- Lic. Riccy Molina, social services, specialized outpatient care, prenatal



*Members of the quality improvement team of the Carlos B. González:*

- Gisela Garay, nursing auxiliary
- Wendy Mejía, pharmacy exhilarate
- Norma Flores, attending physician
- Bessy Velásquez, services physician
- Alfonso Bonilla, facility director
- Francisco Rosales, guard
- Ebelinda Quiroz, statistician
- Esmeralda Velásquez, attending physician
- Nancy Chirinos, statistics auxiliary



*Members of the quality improvement team of Clínica IHSS El Progreso:*

- Dra. Karen Maldonado, psychologist, medical records technician
- Lic. Lucia Licon, Lic. in Education, pharmacy auxiliary
- Gina Reyes, laboratory technician
- Kensy Ocampo, nursing auxiliary
- Lic. Nohemy González, Lic. in Nursing
- Yolany Banegas, computer technician/laboratory technician
- Dina González, medical records technician
- Sara Puentes, nursing auxiliary
- Lic. Rubén Orellana, Lic. in Education, social promoter



*For further information, call or write:*

USAID Project for Applying Science to Strengthen and Improve Systems for Health  
[Proyecto de USAID Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud]  
University Research Co., LLC • 5404 Wisconsin Avenue, Suite 800 • Chevy Chase, MD 20815-3594 • USA  
Edificio Novacentro, Avenida Los Próceres, 9 piso 108B 3594 • Tegucigalpa • Honduras  
[www.usaidassist.org](http://www.usaidassist.org) • [assist-info@urc-chs.com](mailto:assist-info@urc-chs.com)

This case study was prepared thanks to the generous support of the people of United States, through the US Agency for International Development (USAID). The opinions contained in this publication do not necessarily reflect the views or positions of USAID or the United States Government.



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

**USAID**  
**ASSIST PROJECT**  
*Applying Science to Strengthen  
and Improve Systems*



A nurse from Gabriela Alvarado General Hospital explains the screening tool to outpatient services clients and asks for their time and cooperation to apply it.  
© 2017 BRENDAN BANNON FOR USAID, COURTESY OF PHOTOSHARE

## Case Study

# ACTIVE SEARCH OF REPRODUCTIVE HEALTH CLIENTS TO PROVIDE ZIKA COUNSELING

**September 2018**

This case study was prepared by María E. Banegas, Melvin Chavez, Miriam Moradel, and Norma Aly of University Research Co., LLC (URC) for review by the United States Agency for International Development (USAID) under the USAID Project Applying Science to Strengthen and Improve Systems (ASSIST) Project, which is made possible thanks to the generous support of the American people through USAID. The USAID ASSIST Project is implemented by URC under the terms of Cooperative Agreement Number AID-OAA-A-12-00101. URC's partners for Zika activities include the American Academy of Pediatrics, FHI 360, Institute for Healthcare Improvement, and WI-HER, LLC. For more information on ASSIST activities, please visit [www.usaidassist.org](http://www.usaidassist.org) or write to [assist-info@urc-chs.com](mailto:assist-info@urc-chs.com).

## **SUMMARY**

The case study describes the use of a screening tool for active search of women and men of reproductive age and their partners attending specialized external consultations and other services at Gabriela Alvarado General Hospital in the city of Danlí in the Department of El Paraíso, Honduras. The screening tool aims to identify lost opportunities to provide Zika counseling. The USAID ASSIST Project has provided technical assistance to the Secretariat of Health Quality Management Department staff and hospital staff to organize and train care quality improvement teams to strengthen Zika prevention and care for patients with suspected Zika virus infection in family planning and prenatal care services.

The hospital improvement team results have been successful, as they have seen an increase in the number of clients who received Zika counseling during family planning and prenatal care and an increase in uptake of other services such as cervical cancer screening and folic acid supplementation. Another important result was identifying and incorporating men into Zika counseling.

## **INTRODUCTION**

Gabriela Alvarado General Hospital (HGGA, for its acronym in Spanish) of Danlí is a public hospital that serves all 480,700 inhabitants of El Paraíso Department in southeastern Honduras. The hospital attends an average of 6,089 deliveries per year. The hospital was selected by the Honduran Ministry of Health (SESAL) in 2016 to participate in Zika clinical management and prevention improvement activities in response to confirmed cases of Zika virus infection.

Starting in June 2017, HGGA organized a team to improve Zika-related care in family planning and prenatal care. This team and teams from other health facilities were trained on continuous quality improvement by staff of the SESAL Quality Management Department and the USAID ASSIST Project, through two learning sessions lasting 1.5 days each. The HGAA team's first improvement objective was to provide Zika counseling to all hospitalized pregnant women on the gynecology ward. The team also developed an indicator to periodically measure if the objective was met. SESAL and ASSIST staff provided initial follow-up to the team through training sessions every two weeks to guide them in proposing, testing, and implementing changes to achieve the proposed improvement objective.

## **BACKGROUND**

When the team measured the indicator for the first time, they observed that no pregnant woman had received Zika counseling. Based on this finding, the team focused on two important changes: first, they assigned a psychologist from the outpatient service to provide Zika counseling to hospitalized pregnant women in the gynecology ward for a period of two hours; and second, they prepared a private space in the postpartum ward to provide Zika counseling.



In the picture, a nurse from Gabriela Alvarado General Hospital uses the screening tool to identify a client who should receive Zika counseling.

## PROBLEM ANALYSIS

The improvement team began to implement the proposed changes, implementing Zika counseling in the gynecology ward and using a time series chart to verify progress toward achieving their improvement objective.

They quickly realized that the number of hospitalized pregnant women was very low and that counseling was provided only to pregnant women who had a health problem or risk factor (for example, hypertensive disorders, vaginal bleeding, etc.). They identified only one to four pregnant women per week at the gynecology ward, and all these received counseling, achieving 100% compliance with the indicator.

When SESAL and ASSIST staff conducted an external assessment of compliance with the indicator in outpatient services, they found 0% compliance. When analyzing this result, the team realized that the majority of pregnant women who came to the hospital were treated in the outpatient clinic and were not receiving Zika counseling.

## IMPROVEMENT STRATEGY DESIGN

Based on the problem they identified, the team modified their improvement objective, expanding the target population for Zika counseling to pregnant women in the outpatient clinic. They also decided to introduce a screening tool to help identify those who should receive Zika counseling. The screening tool was developed by SESAL to identify pregnant women before 12 weeks gestation to provide prenatal care from the first trimester. It consists of an interview. Questions are asked by staff in waiting rooms and other services to identify care needs among women and their partners, who come to the hospital looking for different types of care. The team adjusted the screening tool to include a question asking if they had received Zika counseling, using one sheet per patient. They decided to apply the tool to men also to provide counseling on prevention of sexual transmission of Zika, since the pregnant women had difficulty negotiating condom use with their partners.

The activities the team completed to implement the screening tool were: 1) introduced the Zika counseling question to the existing SESAL screening tool and adjusted the sheet to record up to 20 interviews (see **Figure 1**); 2) trained staff to use the screening tool, and 3) tested the redesigned tool for three weeks.

**Figure I. Adjusted screening tool design**

Secretariat of Health, Honduras  
Screening Sheet for Women and Men of Reproductive Age

Person responsible for filling out sheet: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Health facility / department: \_\_\_\_\_

Questions	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
<b>WOMEN</b>																			
<b>Age of patient/client</b>																			
Is sexually active and/or has a partner? (yes/no)																			
Date of last period: If greater than 6 weeks, conduct a rapid pregnancy test.																			
Is pregnant? (yes/no)																			
Has client/patient received counseling on Zika prevention? (yes/no)																			
Is using some form of birth control? (yes/no)																			
If yes, what method of birth control? (See reference at bottom of page and write the number corresponding to the method.)																			
If no, would patient/client like to use a family planning method? (yes/no)																			
Taking folic acid? (yes/no)																			
Cervical cancer screening (pap smear) done within last year? (yes/no)																			
Classify for family planning and/or Zika counseling (yes/no)																			
<b>MEN</b>																			
<b>Age of patient/client</b>																			
Is sexually active and/or has a partner? (yes/no)																			
Is partner currently pregnant? (yes/no)																			
Is using (or partner is using) some form of birth control? (yes/no)																			
If yes, what method of birth control? (See reference at bottom of page and write the number corresponding to the method.)																			
Has client/patient received family planning or Zika counseling? (yes/no)																			
Classify for family planning counseling (yes/no)																			
Classify for Zika counseling (yes/no)																			

Family Planning Method: (1) Combined Oral Contraceptive Pill; (2) Depo-Provera (hormonal injection; every 3 months); (3) Monthly hormonal injection; (4) Implant; (5) Female sterilization (tubal ligation); (6) Male sterilization (vasectomy); (7) Condom; (8) Fertility Awareness or Rhythm Method; (9) Lactational Amenorrhea Method (LAM); (10) IUD/IUS; (11) Abstinence

**DEVELOPING NEW CHANGE IDEAS**

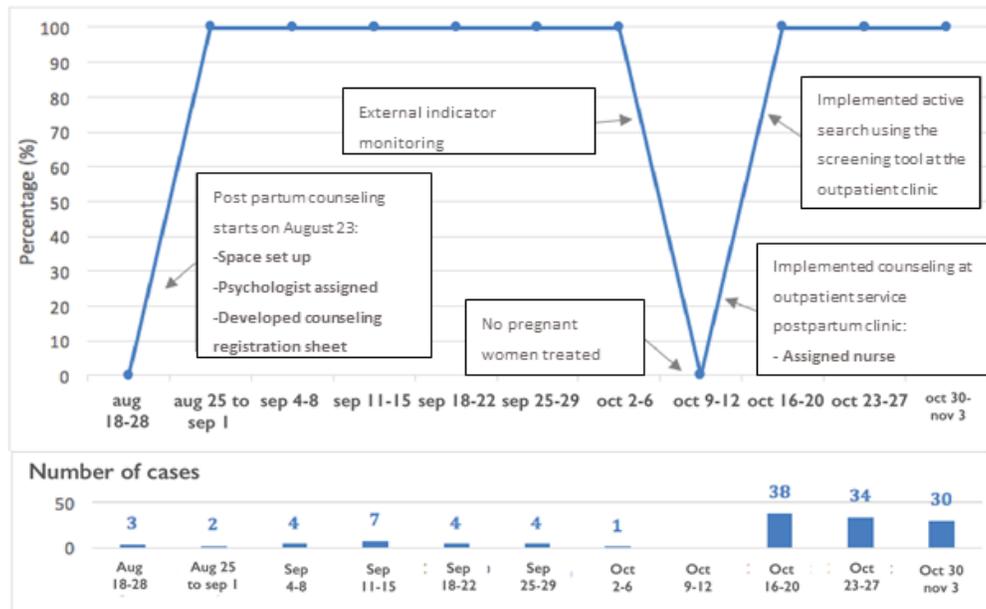
To achieve the improvement goal, the team implemented new changes and activities: 1) reassigned a specific auxiliary nurse to provide Zika counseling in the postpartum room (which at that time was not being used); 2) took the opportunity to implement family planning (FP) counseling (because it was not being provided previously in outpatient prenatal care); 3) trained medical and nursing staff on Zika management guidelines; 4) provided training on FP and Zika counseling skills to three hospital nurses; 5) included a Zika counseling sheet in the medical record; 6) implemented a registration book for women counseled per ward; 7) began recording counseling as care provided in the ATA form (official form recording daily care provided).

Before filling out the screening tool with individual clients, hospital staff would announce in the waiting room the purpose of the screening tool and request time from clients to fill it out.

**RESULTS**

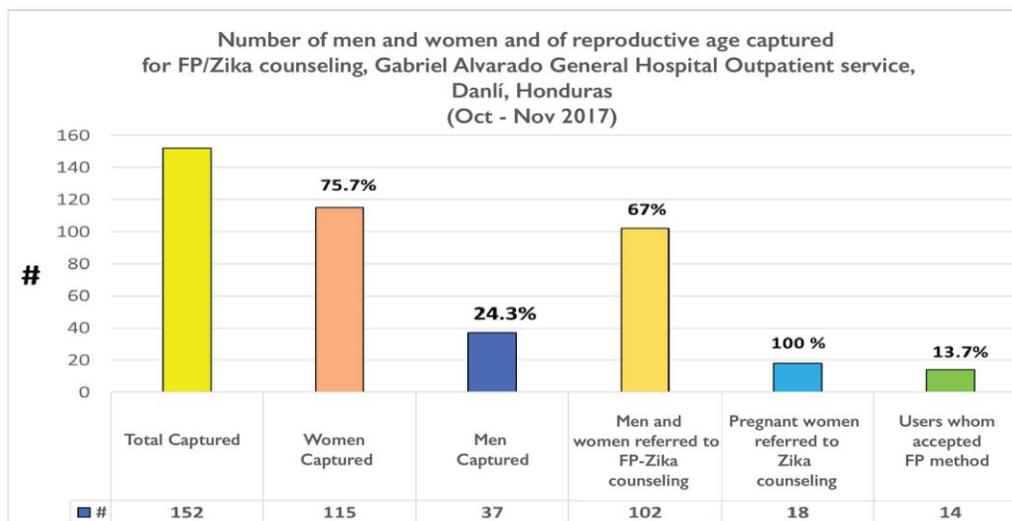
The team succeeded in providing Zika counseling to pregnant women, and they also managed to reach more pregnant women than initially proposed. The following chart shows improvement in the indicator’s performance (**Figure 2**).

**Figure 2. Percentage of pregnant women seen at Gabriela Alvarado General Hospital who received Zika counseling, Danlí, El Paraíso, Honduras (August to November 2017)**



During the three weeks of testing, the team managed to identify 152 users; of which, 76% (115/152) were women and 24% (37/152) were men. Of these, only 102 (67%) agreed to receive FP/Zika counseling. Of the 102 users who accepted counseling, 14 of them (14%) voluntarily accepted a FP method. Of the 115 women identified in total, 18 were pregnant and all pregnant women received Zika counseling. All men counseled took condoms (Figure 3).

**Figure 3. Number of men and women of reproductive age prioritized for FP/Zika counseling, HGGG Outpatient Clinic, Danlí, Honduras (Oct - Nov 2017)**





The HGGA improvement team members: Ena Rodríguez, María de Cruz Elvir, Patricia Andrade, Pedrina Leiva, Kenia González and Sarvia Lanza.

## CONCLUSION

According to hospital staff, the screening tool *“is a strategy that facilitates access to sexual and reproductive health services, effective for active search of users for FP/Zika counseling and provides an opportunity to detect important health needs of both men and women.”*

## NEXT STEPS

The screening tool experience was presented at the learning session of improvement teams working on integrating Zika prevention in family planning services held on February 7 and 8, 2018. As a result, improvement teams from seven other hospitals and clinics decided to implement the screening tool in their facilities.

*For more information, contact:*

USAID Applying Science to Strengthen and Improve Systems Project  
University Research Co., LLC • 5404 Wisconsin Avenue, Suite 800 • Chevy Chase, MD 20815-3594 • USA  
Efcio Novacentro, Avenida Los Proceres, 9 piso 108B 3594 • Tegucigalpa • Honduras

This case study was developed thanks to the support of the American people through the United States Agency for International Development (USAID). The views expressed in this publication are those of URC do not necessarily reflect the views of USAID or the United States Government.



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

**USAID**  
**ASSIST PROJECT**  
*Applying Science to Strengthen  
and Improve Systems*



## Case Study

# ENHANCING THE CONNECTIVITY AND CONFIDENCE OF HEALTHCARE OFFICERS IN JAMAICA THROUGH PROJECT ECHO

**MAY 2020**

This case study was authored by Gina-Anne Cameron-Turner of University Research Co., LLC (URC) and produced by the USAID Applying Science to Strengthen and Improve Systems (ASSIST) Project, funded by the American people through USAID's Bureau for Global Health, Office of Health Systems. The project is managed by URC under the terms of Cooperative Agreement Number AID-OAA-A-12-00101. URC's global partners for ASSIST Zika activities included: American Academy of Pediatricians; FHI 360; Institute for Healthcare Improvement; and WILHER, LLC. For more information on the work of the USAID ASSIST Project, please visit [www.usaidassist.org](http://www.usaidassist.org) or write [assist-info@urcchs.com](mailto:assist-info@urcchs.com).

## SUMMARY

Building the capacity of healthcare providers has been central to USAID's Zika response in Jamaica, where the USAID Applying Science to Strengthen and Improve Systems (ASSIST) Project supported the Ministry of Health and Wellness in strengthening care for families affected by the virus. A cadre of Master Trainers have been provided with tools and trainings for the neurodevelopmental surveillance (NDS) and referrals of infants and young children in well-baby clinics, to increase the Zika-related knowledge and skills of healthcare providers. With support from the American Academy of Pediatrics, ASSIST facilitated ongoing engagement with these providers, through trainings and a Neurodevelopmental Surveillance Extension for Community Healthcare Outcomes (ECHO) Programme. This study describes how the Jamaica NDS ECHO facilitated knowledge sharing among Master Trainers and improved trainers' engagement with NDS training materials and content.

## BACKGROUND

As part of USAID's Zika response, the USAID Applying Science to Strengthen and Improve Systems (ASSIST) Project provided support to the Jamaican Ministry of Health and Wellness (MOHW) to strengthen care for infants and families affected by the Zika virus. ASSIST uses improvement science to build the capacity of healthcare service delivery organizations. In 2018-2019, the project worked in Jamaica to support infants and families affected by Congenital Syndrome associated with Zika virus (CSaZ) by providing psychosocial support to pregnant women, neurodevelopmental surveillance (NDS) of children in well-child clinics and, when necessary, facilitating their referrals.

Since Jamaica's first confirmed case of Zika in January 2016, the need for the island to have an elaborate Zika response plan increased exponentially. Accordingly, the MOHW responded by gathering local expert clinicians to produce and distribute protocols for the clinical management of Zika virus infection and psychosocial support for pregnant women and children with Guillain-Barre syndrome and/or families affected by Zika virus, as well as a brief on microcephaly. However, the healthcare system had other needs, which the MOHW and ASSIST worked with the American Academy of Pediatrics (AAP) to address by developing a training curriculum for NDS and conducting two Training of Master Trainer workshops for a total 57 healthcare providers. The AAP has worked with the MOHW to update clinical guidelines and protocols and to introduce new and updated job aids that are being piloted in the healthcare facilities. Additionally, to provide continuing education on topics related to NDS and further support to Master Trainers in training other healthcare professionals in Jamaica, the AAP, MOHW and ASSIST jointly organized an NDS Extension for Community Healthcare Outcomes (Project ECHO) programme.

## PROJECT ECHO

Project ECHO is a hub and spoke knowledge sharing programme that connects non-specialists with expert clinicians to enhance the quality of healthcare provided in low-resource settings. Using a "tele-mentoring" approach, Project ECHO distinguishes itself from telemedicine programmes which involve the remote diagnosis and treatment of patients, prioritizing instead building the capacity of the healthcare participants in attendance. It caters to populations like those in Jamaica's rural parishes, by employing affordable technologies that are accessible remotely such as the Zoom platform. This model

originated from the University of New Mexico, with the goal of creating a sustainable quality improvement medium for sharing best practices through case-based learning and master presentations from expert clinicians. To best prepare other institutions interested in running their own ECHO programmes, the ECHO Institute has designated organizations, like the AAP, as superhubs, which have the capacity to train and support budding ECHO programmes like the NDS ECHO in Jamaica.

Each ECHO session is scheduled to last one hour, beginning with introductions and housekeeping, followed by a didactic lecture. A short Q & A then gives participants the opportunity to probe the expert lecturers for further clarification on matters arising from their presentations, after which is a de-identified patient case discussion. In the days leading up to the ECHO session, the case presenter would have been in dialogue with ECHO administrators to compile the Case Presentation Form that is used to guide the discussion. This document captures the reasons for presenting the case and the case's main points, as well as the demographic information, birth, medical, developmental and social history of the patient. After the designated participant shares these details, the session's facilitator summarizes the case and opens up the floor to clarifying questions. ECHO participants proceed to further discuss the case, providing recommendations to the case presenter on how to best proceed with caring for the patient in question. ECHO sessions conclude with the facilitators summarizing the case recommendations and wrapping up the call.

## DEVELOPING THE IMPROVEMENT STRATEGY

Between January and March 2018, a health services needs assessment was conducted by ASSIST to gauge the support needed for the MOHW's Zika response activities and, overall, aid in strengthening the country's systems to provide healthcare to Jamaican children who may have been affected by CSaZ. The assessment evaluated health workers' knowledge, attitudes, and practices about Zika transmission, the availability of related materials for providers and clients, and the perspectives that health leadership held on how health services have been adjusted in the context of Zika. It found that Zika knowledge was not consistently high across the providers interviewed and was particularly low for knowledge about modes of Zika transmission. This resulted in underinformed counselling advice given during antenatal and post-natal clinics. Additional findings revealed that while in well-child clinics, most guardians were asked about their child's learning and development and anthropometrics tended to be consistently measured, the documentation of this information in the child health records was poor.

Incorporating this feedback, activities conducted by ASSIST in Jamaica targeted the improvement of the quality of care and support services offered to children and infants potentially affected by CSaZ. Focus was placed on strengthening the capacity of the healthcare providers on the frontline of Jamaica's response to Zika for the neurodevelopmental surveillance of children and, when necessary, facilitating their referrals to the appropriate care and support services. ASSIST partnered with the AAP to implement key improvement activities in Jamaica that included updating guidelines and producing job aids (see **Figure I**), increasing Zika-related knowledge and skills of healthcare providers, and measuring



**Figure I. New and updated protocols, guidelines and job aids introduced under the USAID ASSIST Project**

and improving the quality of care available for children potentially affected by CSaZ. These activities have resulted in updates being made to the MOHW guideline, *Zika Virus Infection: Clinical Management Protocol for Pediatrics*, and to the milestone table in the Child Health Record for Well Child visits. A new “Classification and Treatment Guide for Neurodevelopmental Surveillance” was introduced, alongside a table-top job aid with “Milestones in a Child’s Development.”

Presenting the new and updated NDS tools to healthcare providers became a focus for ASSIST in Jamaica, and in November 2018, representatives from the 30 healthcare facilities that ASSIST supported in its first phase were trained by the AAP in neurodevelopmental surveillance. This workshop, held in St. Ann, further aimed to introduce clinical concepts for NDS in the health continuum, develop referral pathways and processes for children with risk factors or possible delays, introduce the cascade training approach, and develop the training skills of Master Trainers. Participants received additional direction on how to complete surveillance tools and appropriately classify newborns and children using the Classification and Treatment guide, Milestone Booklet, and Child Health Record Well-Child Health Visit Milestone Table.

When participants were asked in the post-training evaluation for feedback on how the workshop and content delivery could be improved, the Master Trainers expressed that they would have liked more time to be allotted to the training, by “doing more follow-up sessions with us, not just once for the year,” expressing a need for continued exposure to the content and refreshers. Participants further expressed the desire for more information on referral resources available through the MOHW. Many expressed general gratitude for the volume and content of knowledge that was shared in the training.

The AAP had identified Project ECHO as a useful strategy to address health workers’ lingering concerns about how to conduct NDS in Jamaica and provide care and support for children potentially affected by Zika by providing continued exposure to the materials delivered in training, particularly on the new tools. Thought was also given to specific concerns raised about the information available on referrals. As an ECHO SuperHub, the AAP had amassed technical expertise in coordinating ECHO sessions and was able to provide the administrative and programmatic support needed to expedite the programme’s launch. Their goal was to support the joint efforts of the MOH and ASSIST to build the knowledge and capacity of healthcare providers in Jamaica around neurodevelopmental surveillance of infants and young children in well-baby clinics and, as needed, their referrals to care and support services in accordance with MOHW guidelines.

## **JAMAICA NDS ECHO PROGRAMME**

The Jamaica Neurodevelopmental Surveillance in the Age of Zika ECHO was launched in March 2019. Invited participants were the NDS Master Trainers from the November 2018 workshop. The biweekly sessions were designed to improve use of the updated protocols and tools introduced under ASSIST and to strengthen the neurodevelopmental knowledge and skills required for surveillance, referrals, and cascade training of other providers.

To further the knowledge of Zika-related content and for Master Trainers’ implementation and teaching of the NDS tools, each ECHO session corresponded with a specific section of the Training of Trainers (TOT) guide that participants were provided with during their NDS training, and this relationship was clarified at the beginning of each training session. Through a total of 11 sessions between March 1<sup>st</sup> and July 12, 2019, 29 unique participants attended the NDS ECHO series, with an average attendance of 14 healthcare providers per session. The topics covered were as follows:

- Refresher on Training of Trainer Curriculum (March 1, 2019)

This introductory session briefly reviewed the NDS TOT Guide and featured a mock case that introduced participants to the format of case presentations expected from subsequent sessions.

- Teaching about Zika (March 8, 2019)

This session emphasized the key points that Master Trainers can highlight when teaching their colleagues about the relevance of the Zika virus. The session directed Master Trainers to resources in the TOT Guide to facilitate teaching on the virus and NDS.

- Teaching Appropriate Developmental Milestones for Age (March 22, 2019)

An overview of milestones by age in the NDS surveillance tools, this session defined red flag milestones, reviewed the well-child visit schedule, and provided key guidelines that Master Trainers can use when training their colleagues on developmental milestones.

- Coaching on the NDS Tool (April 5, 2019)

To better prepare participants for their cascade trainings, this session highlighted ways that Master Trainers can facilitate knowledge sharing after the cascade session, specifically by supporting the referral and follow-up of patients and incorporating adult learning techniques on the job. This session also addressed common pitfalls and confusing themes that could potentially hinder the correct classification of children.

- Communication Milestones (April 12, 2019)

This session reviewed the communication milestones by age, with an emphasis on red flag milestones, and sought to give a better understanding of how Zika-related developmental delays can impact vision, hearing, and language.

- Gross Motor Milestones (May 3, 2019)

This review of gross motor milestones emphasized red flag milestones and aimed to give a better understanding of how Zika-related developmental delays can impact movement milestones.

- Fine Motor Milestones (May 17, 2019)

This session reviewed fine motor milestones, with an emphasis on red flag milestones, and aimed to give healthcare providers a better understanding of how Zika-related developmental delays can impact fine movement milestones.

- Social Behaviour and Play (May 31, 2019)

This session reviewed social behavior and play milestones by age, highlighting red flag milestones and giving a better understanding of how Zika-related developmental delays may impact social milestones.

- Communicating with Families (June 14, 2019)

Healthcare providers were lectured on supporting caregivers and families during difficult discussions, highlighting key components of positive provider/caregiver interactions to promote stimulation based on current and upcoming developmental milestones.

- Identifying Autism (June 28, 2019)

This session sought to improve understanding of milestones that may indicate autism spectrum disorder, increase caregivers’ comfort in appropriately classifying and referring a child with suspected autism, and facilitate understanding of the use and scoring of the Q-Chat 10 for autism spectrum disorder screening.

- Coordination of Care, Referrals, and Working Together/Wrap-up (July 12, 2019)

This final session was especially interactive and sought to facilitate discussion with the MOHW regarding referral processes in Jamaica.

## RESULTS

The AAP evaluated the Jamaica NDS ECHO through a participant focus group, post session and post program surveys, and iECHO, an electronic relations and resource management tool orchestrated through the ECHO Institute. **Figure 2** shows survey results for the proportion of participants who felt that their knowledge of topics related to NDS was above average or expert level before and after the ECHO programme, suggesting that the programme had a strong impact on participants’ knowledge and confidence in their mastery of NDS topics.

**Figure 2. NDS ECHO participants’ self-reported knowledge about NDS topics before and after the Jamaica NDS ECHO programme**



Source: Radecki L. Jamaica Neurodevelopmental Surveillance in the Age of Zika ECHO Evaluation. 2019. *Research and Evaluation Report*. Published by the USAID ASSIST Project. Chevy Chase, MD: University Research Co., LLC (December 2019). Available at:

[https://dec.usaid.gov/dec/content/Detail\\_Presto.aspx?ctlID=ODVhZjk4NWQzM2YyMi00YjRmLTkxNjktZTcxMjM2NDBmY2Uy&rID=NTU3MDUx&inr=VHJlZQ%3d%3d&dc=YWRk&rrtc=VHJlZQ%3d%3d&bckToL=](https://dec.usaid.gov/dec/content/Detail_Presto.aspx?ctlID=ODVhZjk4NWQzM2YyMi00YjRmLTkxNjktZTcxMjM2NDBmY2Uy&rID=NTU3MDUx&inr=VHJlZQ%3d%3d&dc=YWRk&rrtc=VHJlZQ%3d%3d&bckToL=)

AAP's evaluation estimated that 21,504 potential children have been impacted by the Jamaica NDS ECHO. This was determined by asking participants to estimate how many children, ages 4 and younger, they interact with in an average month. The average figure (128) was multiplied by the average number of ECHO participants per session ( $14 \times 128 = 1,792$ ), then by 12 (months) to gauge the annual estimate.

Ensuring that participants have a solid grasp of the content of the training curriculum introduced under ASSIST is particularly important because, after participating in the AAP-led NDS training, Master Trainers were tasked with returning to their facilities to offer cascade trainings to healthcare workers in their district. For some, this leadership role seemed daunting, raising concerns about the soft skills that Master Trainers approached the role with. As a result of the ECHO sessions, participants have expressed changes in their confidence as care providers, with some who were a part of a focus group highlighting their experiences:

- *[ECHO] boosted my self-confidence for public speaking because once I'd be shy to go up and present but now I'm able to do so...with the materials that were given, everything was given to you. It's only for you to go out there and present it well, in a way that others can understand it. But once you go through it, revise it, you'll be able to put it across and it was very good and good for me. I'm now more knowledgeable, for instance, persons calling me to ask, 'Oh, I saw this baby, what do you think about it?' and I am confident to say, 'Do this' or 'Do that.'*
- *[I] feel a bit more confident as a consultant. There are pilot areas in my parish and so I'm a bit more confident with persons calling me for ideas. Now I can confidently guide the process because I understand what is expected. I'm looking for other things. I am seeing through a different eye. So when they call to ask a question, I feel much more confident answering them and guiding them.*

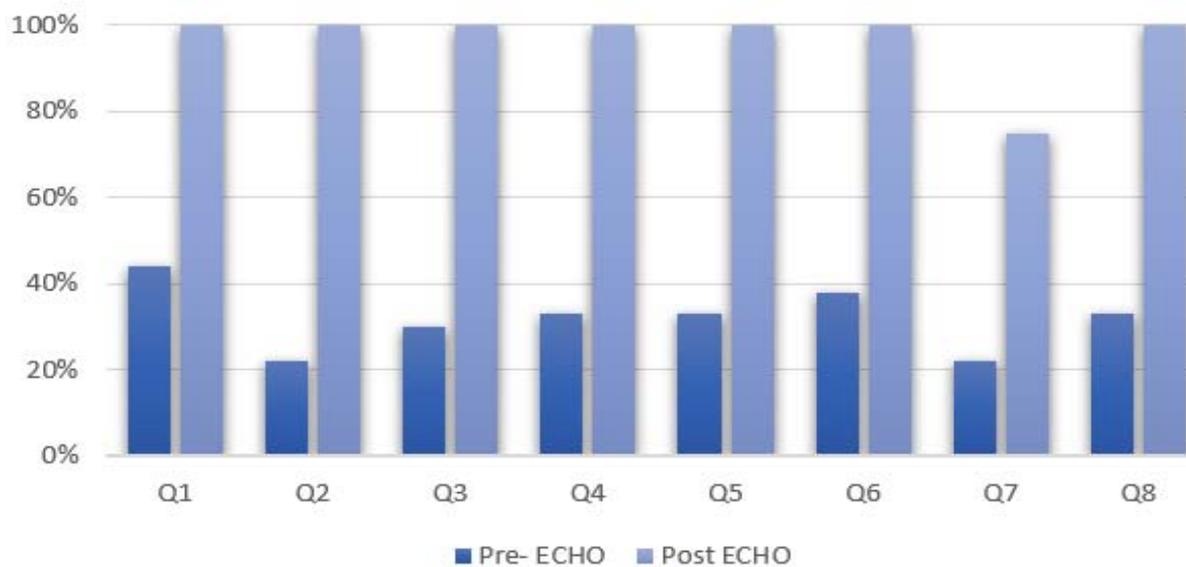
Additionally, when asked to self-report on how their confidence levels have changed over time as a result of participation in the ECHO programme, respondents demonstrated high levels of confidence in their abilities to conduct neurodevelopmental surveillance (see **Figure 3**).

## **COORDINATION OF CARE, REFERRALS, AND WORKING TOGETHER**

Apart from training, NDS Master Trainers are viewed as experts in their field, commonly consulted by colleagues on, not only how to use the tools, but also occasionally how to handle difficult cases. The didactic lectures and case presentations provided opportunities for participants to engage with expert clinicians and specialists appointed by the AAP and other Master Trainers. When asked about how they perceived the value of case studies, participants' responses highlighted opportunities that the ECHO sessions provided for healthcare providers to connect and share resources with each other;

- *The cases were the best for me because the person is experiencing the same things that I'm seeing and it gave me a better way to assist my clients that I see. It facilitated teamwork because as a team we are closer now.*
- *Being able to hear a different person presenting, you as an individual practitioner can pick out of all of that discussion what works for you.*
- *You're also able to evaluate your thought process because when I listened to the cases, as I listen, in my head I'm working on what I think I would do. And so when you hear the experts in the group speaking, you are able to identify some things that they say should be done and you have come up with those ideas. Then you are able to evaluate yourself as if you're on par with what's happening...*

**Figure 3. NDS participants' reports of changes in confidence in the following aspects of providing care before and after the Jamaica NDS ECHO**



Q1- Providing primary care for infants/children potentially exposed to Zika

Q2- Knowing where to find resources in the TOT Guide to support you as you train and support your colleagues about Zika virus and neurodevelopmental surveillance

Q3- Understanding key points to emphasize when training and provide ongoing support to colleagues on appropriate milestones

Q4- Initiating action when “red flag” milestones are not met

Q5- Supporting caregiver/ families during difficult discussions

Q6- Classifying and referring a child who may have autism

Q7- Accessing community resources for referrals for children with identified or suspected neurodevelopmental disorders

Q8- Serving as a resource in my clinic/community/ locality for the care of infants/children confirmed or suspected with Zika

Source: Radecki L. Jamaica Neurodevelopmental Surveillance in the Age of Zika ECHO Evaluation. 2019. *Research and Evaluation Report*. Published by the USAID ASSIST Project. Chevy Chase, MD: University Research Co., LLC (December 2019). Available at:

[https://dec.usaid.gov/dec/content/Detail\\_Presto.aspx?ctlID=ODVhZjk4NWQzM2YyMi00YjRmLTkxNjktZTcxMjM2NDhmY2Uy&rID=NTU3MDUx&inr=VHJlZQ%3d%3d&dc=YWRk&rrtc=VHJlZQ%3d%3d&bckToL=](https://dec.usaid.gov/dec/content/Detail_Presto.aspx?ctlID=ODVhZjk4NWQzM2YyMi00YjRmLTkxNjktZTcxMjM2NDhmY2Uy&rID=NTU3MDUx&inr=VHJlZQ%3d%3d&dc=YWRk&rrtc=VHJlZQ%3d%3d&bckToL=)

- ...the cases give me an insight into what is happening in other areas and looking back I would think, 'Why didn't I think of that?' We gather all the information and I know that going back into your situation you're going to use ideas from this case and that case for the client. The discussion at the end of the case studies really, really helped me because I realized that some of things that I have been doing

*can be improved...*

- *(I) learnt something new about the internet and met new colleagues.*

## **ADDITIONAL INFORMATION PARTICIPANTS WANTED**

When asked what additional topics they would like to see addressed in future ECHO sessions, respondents highlighted their desire for additional information on communicable, non-communicable, and neurological diseases, such as autism, cerebral palsy, and sickle cell; supplementary guidance on communicating effectively; maternal issues; newborn and early childhood screening; and antenatal, perinatal, and early childhood care. Concerns were raised about organizational challenges posed by the implementation of the tools, and the need to strengthen collaboration and the adaptation of a team approach to the treatment of children and families suspected of developmental delays.

Participants further expressed the desire for additional information on referrals, including common barriers to referrals and suggestions to overcome said hinderances in low-resource contexts.

## **LESSONS LEARNED**

The Jamaica NDS ECHO effectively met its goals of strengthening the capacity of healthcare providers to better handle the neurodevelopmental concerns linked to the Zika outbreak. The programme was designed to provide continuing education on topics related to NDS and to further support Master Trainers in training other healthcare professionals in Jamaica, and participants in AAP's evaluation have attested to the sessions doing so. The programme also served to forge novel connections with healthcare providers and boost participants' confidence in their roles as NDS Master Trainers.

Despite the provision of laptops and modems under the USAID ASSIST Project, the ECHO sessions' attendance rates were challenged by connectivity issues faced by Master Trainers, particularly in rural areas. Additional challenges emanated from the inconvenience of the scheduled meeting time for some healthcare providers, as well as the difficulty in recruiting volunteers for each respective ECHO session.

Based on the success of the NDS ECHO and other ECHO programs in Jamaica, the MOHW expressed interest in sustaining and integrating the efforts in the country by becoming a central administrative hub for ECHO programs in Jamaica. In this role, the MOHW would engage the Regional Health Authorities (RHAs), agencies, and related organizations that make up the public health system to strengthen capacity for healthcare delivery across the island. Using the ECHO platform, public sector healthcare providers throughout the country would have access to the expertise of the central MOHW and subject matter experts without having to travel and, in some cases, refer patients. Healthcare providers can connect via their Smartphones, laptops, or other computer systems. By becoming a centralized hub, the MOHW could use the ECHO platform to educate community health workers, nurses, midwives, public health nurses, and other health providers in a vast array of health topics.

In anticipation of assuming the role of ECHO Hub, the MOHW co-facilitated an ECHO Immersion Training with the AAP and ASSIST during June 25-28, 2019 in St. James, Jamaica with 37 stakeholders. The workshop aimed to teach the principles of the ECHO model, to review fundamental skills necessary for ECHO session facilitation, and to present best practices in establishing and executing the ECHO curriculum and case form development. The workshop reviewed the ECHO experience in Jamaica to date, and through interactive activities that probed participants to reflect on topical issues in their contexts, participants discussed future opportunities for the ECHO in Jamaica. In addition, the AAP provided the required immersion training and technical support required to help the MOHW sustain

the ECHO programme in Jamaica. ASSIST also procured and delivered 60 laptops to the Phase I and 2 facilities supported by the project, to facilitate the staff's participation in the NDS ECHO, as well as ECHO equipment to be utilised in the ECHO Hub. Through a loan from the Inter-American Development Bank, the MOHW has also been able to secure staff for the proposed ECHO Hub. This is a promising development for the sustainability of ECHO model in the country.

The Jamaican Ministry of Health and Wellness launched the second phase of the NDS ECHO programme in November 2019. The second phase includes a ten-session series featuring topics such as referral to specialist care, early stimulation, and team approaches to treatment. As of January 2020, there have been three successful ECHO sessions administered by the MOHW.

*For more information:*

USAID Applying Science to Strengthen and Improve Systems (ASSIST) Project  
University Research Co., LLC • 5404 Wisconsin Avenue, Suite 800 • Chevy Chase, MD 20815-3594, USA

This case study was made possible by the support of the American people through USAID. The contents of this case study are the sole responsibility of URC and do not necessarily reflect the views of USAID or United States Government.



## TAMIZAJE ADECUADO DE MICROCEFALIA, UN DESAFÍO EN EL HOSPITAL BÁSICO DE SHUSHUFINDI, ECUADOR

OCTUBRE 2019

Este estudio de caso fue escrito por Alejandro Vargas Moreno de University Research Co., LLC (URC) y elaborado gracias al apoyo del pueblo estadounidense a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y su Proyecto "Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud" (ASSIST). El proyecto es manejado por University Research Co., LLC (URC) bajo los términos del Acuerdo Cooperativo AID-OAA-A-12-00101. Para mayor información sobre las actividades de ASSIST, favor de visitar [www.usaidassist.org](http://www.usaidassist.org) o escribir a [assist-info@urc-chs.com](mailto:assist-info@urc-chs.com).

## RESUMEN

El Hospital Básico de Shushufindi (HBSSFND), está localizado en las estribaciones orientales de la provincia de Sucumbíos en Ecuador, en la frontera con Colombia. Es un hospital de segundo nivel básico que brinda atenciones a 55.500 habitantes, de ellos 1600 corresponden a mujeres en edad fértil y atendió a 600 parturientas durante el 2018.

El HBSSFND conformó, en el mes de junio de 2018, un equipo de mejora continua de la calidad (EMCC) que trabajó exhaustivamente en acciones que permitieran fortalecer e implementar procesos de atención al recién nacido, a las embarazadas y a mujeres en edad fértil. Este equipo, que fue capacitado en una metodología de mejoramiento continuo de la calidad, se puso como objetivo lograr que todos los niños que nacen en la unidad operativa fueran adecuadamente tamizados para detectar microcefalia.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Proyecto ASSIST de USAID brindaron seguimiento y apoyo técnico al EMCC a través de reuniones periódicas acompañadas por un facilitador de ASSIST, para planificar la incorporación de ideas de cambio, ejecutar lo planificado, verificar los resultados de las propuestas y actuar con base en ello, y así alcanzar el objetivo de mejora propuesto.

Al tiempo de iniciarse el trabajo del EMCC, ningún recién nacido era tamizado para microcefalia con base en las normas y protocolos establecidos por el MSP. A fines de junio de 2019, luego de 12 meses de trabajo, el EMCC observó que mediante la ejecución de las ideas de cambio planteadas y el control permanente de su cumplimiento, se elevó la calidad con la que los recién nacidos son atendidos durante el tamizaje para microcefalia, efectuándose de acuerdo a normas y protocolos en el 95% de los casos.

## ANTECEDENTES

El equipo de mejoramiento continuo de la calidad de la atención al recién nacido en el Hospital Básico de Shushufindi se conformó en el mes de junio del 2018. Sus miembros fueron proveedores de salud que atienden a neonatos en diferentes momentos del proceso: personal de enfermería, médicos residentes y un obstetra, asignando el liderazgo a la enfermera jefa de hospitalización. El equipo contó con el importante seguimiento y apoyo del director del hospital básico, cuyo genuino interés por elevar los estándares de calidad de la atención impulsó el empoderamiento de todos los profesionales de salud vinculados a la atención de los recién nacidos.

En junio del 2018, el equipo del HBSSFND midió por primera vez el cumplimiento del tamizaje adecuado para microcefalia. Observaron que con ningún neonato que era recibido en este hospital básico se cumplía con las normas y protocolos del MSP para tamizaje correcto para microcefalia, reflejándose en el 0% del cumplimiento del indicador. Este resultado constituyó la línea de base para el proceso de mejoramiento de la calidad iniciado.

Con base en este hallazgo, el equipo identificó el objetivo del mejoramiento: *elevar al 80% el tamizaje adecuado para microcefalia en el Hospital Básico de Shushufindi entre julio – septiembre del 2018*. Para avanzar hacia el mismo, primero analizó el sistema de prestación de servicios al recién nacido. En un segundo momento, a partir del análisis realizado, desarrolló ideas de cambio para implementarse aplicando la metodología de planificar, ejecutar, verificar y actuar.



Equipo de mejoramiento continuo de la calidad de la atención – colaborativo de recién nacido del Hospital Básico de Shushufindi. De izquierda a derecha: Dra. Martha Guamán, Dr. Santiago Tenelema, Obst. Dennis Subía., Lcda. Jhoset Almeida (Líder del EMCC). © 2018 CREDITO: A. Vargas Moreno, URC

## ANÁLISIS DEL PROBLEMA

El equipo de mejora de la calidad de la atención al recién nacido comenzó identificando el objetivo de mejora y analizó el proceso de atención con un enfoque sistémico, utilizando el *Modelo de la Calidad de la Atención en Salud de Avedis Donabedian* y la espina de pescado, con lo que reconoció los problemas en las entradas, los procesos y los resultados. Así, se identificó que, los profesionales desconocían la normativa expedida por el MSP y el hospital no contaba con los insumos óptimos para esta actividad. Estos dos problemas en las entradas generaban que el proceso sea deficiente y el resultado muy malo.

ANÁLISIS DEL PROCESO DEL QUE SE ORIGINA EL OBJETIVO DE MEJORA		
Entradas	Procesos	Resultados
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La mayoría de los profesionales desconocen las normas y protocolos del MSP para el tamizaje correcto de microcefalia.</li> <li>• No dispone de insumos para realizar la actividad: utilizan cintas métricas no estandarizadas, “domésticas o de sastre”.</li> <li>• No disponen de curvas antropométricas apropiadas para el registro de la medición.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La medición no se realiza a las 24 horas o previo al alta, únicamente al nacimiento del niño.</li> <li>• No se registra de forma correcta en la curva antropométrica.</li> <li>• No se establece una conclusión con respecto a la medición.</li> <li>• No hay registro de la conducta a tomarse en caso de que la medición del perímetro cefálico resulte patológica.</li> </ul>	<p>Ningún neonato del Hospital Básico de Shushufindi recibe tamizaje adecuado de microcefalia con base en las normas y protocolos del MSP para medición del perímetro cefálico.</p>

## DESARROLLO DE LAS IDEAS DE CAMBIO

En forma inmediatamente consecutiva, el equipo de mejoramiento continuo de la calidad comenzó a implementar ideas de cambio para lograr elevar al 80% en tres meses (julio – septiembre) el tamizaje correcto de microcefalia en los recién nacidos. Además, inició la construcción de su gráfica de serie de tiempo para verificar el cumplimiento de su objetivo de mejora.

**1. Levantamiento de la línea de base:** Entre los meses de mayo y junio del 2018 se hizo el levantamiento de la línea de base. Esto permitió determinar que el 0% de los neonatos en el Hospital Básico de Shushufindi recibían tamizaje adecuado de microcefalia. Estos datos fueron reportados por el EMCC a la Dirección Médica de la casa de salud y a la asistencia técnica de ASSIST.

**2. Contar con profesionales capacitados en el proceso de atención adecuado y con los insumos necesarios:** En el mes de junio, se solicitó, dotó e implementó de los insumos necesarios para la medición correcta del perímetro cefálico en los recién nacidos. El director de la unidad operativa dispuso colocar cintas métricas estandarizadas e inextensibles, facilitadas por ASSIST, en la sala de partos, alojamiento conjunto y salas de gineco obstetricia y pediatría.

En los meses de julio y agosto los proveedores de salud que atienden a recién nacidos (enfermeras, médicos generales, especialistas en pediatría y obstetras) fueron capacitados en normas y protocolos del MSP para la medición correcta del perímetro cefálico.

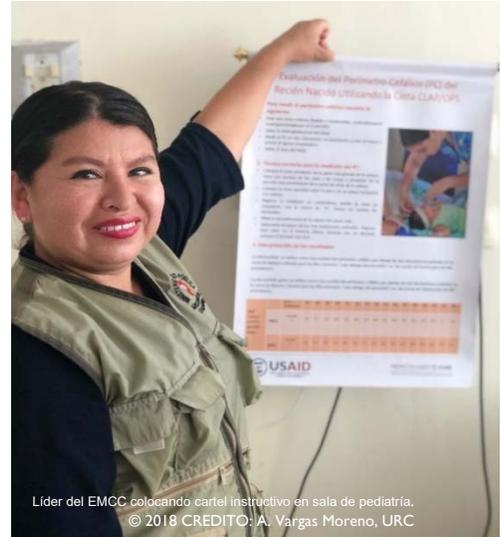


**3. Dotación de otras ayudas de trabajo.** En el mes de septiembre, al analizar el resultado del indicador, se observó que no se alcanzó el objetivo de mejora, pues solo el 75% de tamizajes de microcefalia se realizaban con calidad. La nueva idea de cambio, proveniente del análisis de las deficiencias del proceso, fue dotar de otras ayudas de trabajo a los profesionales y entregar una cinta métrica estandarizada por profesional (no por unidad de producción). Así se implementó la guía para la medición del perímetro cefálico que contenía curvas antropométricas de Fenton para niños y niñas nacidos pretérmino y de Babson & Benda para los niños nacidos a término. Además, se colocaron estratégicamente carteles instructivos.

**4. Supervisión permanente de la calidad del tamizaje de microcefalia.** Mediante memorando del director de la unidad operativa se dispuso el cumplimiento obligatorio de todos los pasos del proceso de atención por parte del personal operativo involucrado en el mismo, cuya inobservancia recibe sanción. Se realizó una supervisión permanente de los líderes de pediatría durante el “pase de visita de la mañana” y la entrega del turno entre los médicos residentes.

5. **Se implementó la supervisión aleatoria de historias clínicas de recién nacidos previo al alta**, por parte del director de la unidad operativa para verificar el cumplimiento del estándar de calidad.

6. **La comunicación mejora la calidad en el HBSSFND.** Haciendo uso de las plataformas de comunicación celular (WhatsApp) se implementó en el mes de noviembre el grupo de “novedades de RN” incluyéndose entre los participantes al director del HBSSFND, analista de calidad, miembros del EMCC y médicos residentes. El grupo tiene como objetivo fortalecer las actividades de supervisión y retroalimentación los fines de semana y feriados, en los que no se cuenta con pediatras ni personal técnico/administrativo.

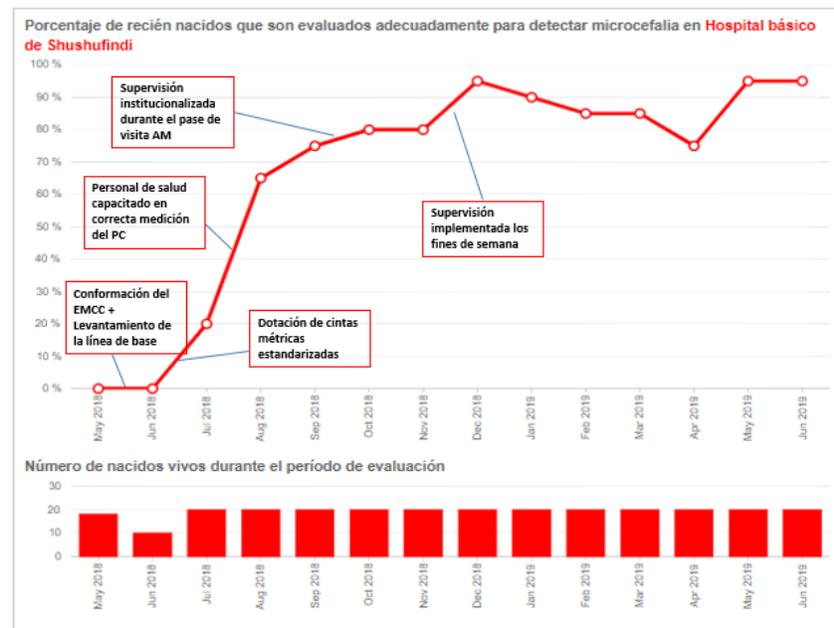


Líder del EMCC colocando cartel instructivo en sala de pediatría.  
© 2018 CREDITO: A. Vargas Moreno, URC

## RESULTADOS

El Hospital Básico de Shushufindi, logró elevar y sostener la calidad del tamizaje adecuado de microcefalia en el recién nacido de 0% a 95% en un año (junio 2018 – junio 2019), fortaleciendo la atención en los tres momentos que lo integran: entradas, procesos y resultados. Gracias a la asistencia técnica del Proyecto ASSIST de USAID, se implementaron ayudas de trabajo y capacitaciones en forma presencial y virtual en diferentes momentos a través de ciclos de mejoramiento continuo de la calidad, lo que posibilitó fortalecer el proceso y obtener un resultado superior al objetivo de mejora planteado.

### Tamizaje adecuado de microcefalia en el recién nacido. Hospital Básico de Shushufindi, Junio 2018 – Junio 2019



## COMENTARIOS

Los integrantes del equipo de mejoramiento continuo de la calidad (EMCC) de atención al recién nacido aprendieron que es importante poner en práctica un sistema a través del cual las unidades de salud miden el cumplimiento de estándares basados en la evidencia, analizan y mejoran continuamente el cumplimiento de los indicadores y las normas. Aprendieron también que es posible pasar del concepto abstracto de calidad de la atención de salud a un sistema que permite valorar de manera objetiva la calidad de la atención que brindan y mejorarla.

Existen EMCC en las unidades operativas de acuerdo a lo dispuesto por el MSP, sin embargo esos EMCC deben ser fortalecidos mediante la capacitación permanente en gestión de la calidad para optimizar el recurso humano disponible. Además, es fundamental contar con una planificación de calidad, mecanismos de control que posibiliten crear ciclos rápidos de mejora continua de la calidad.

También se identificó que no solo es necesario contar con la normativa técnica que, desde la política de salud, permita conocer la forma correcta o con calidad de ejecutar los procesos de atención, sino que es fundamental tener personal capacitado permanentemente y los recursos necesarios para ejecutar la normativa al 100%, como son las cintas diagnósticas inextensibles (cintas de medición) y curvas antropométricas actualizadas, tales como son las de Fenton, de tamaño adecuado que permite un buen registro.

## PRÓXIMOS PASOS

El EMCC del HBSSFND mantendrá la correcta medición del perímetro cefálico como una buena práctica institucionalizada. Además, el EMCC liderará un ciclo de capacitación en cascada al personal de las unidades de salud de primer nivel que atienden partos y de las que el hospital básico recibe recién nacidos referidos. Gestionará el aprovisionamiento oportuno de insumos (cintas, curvas de antropometría) y lo implementará de manera planificada.

El Hospital Básico de Shushufindi, ratifica su compromiso de sostener la calidad de sus procesos de atención, entre ellos el tamizaje adecuado de microcefalia en los recién nacidos.

*Para obtener más información, póngase en contacto con:*

Proyecto de USAID Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud  
University Research Co., LLC • 5404 Wisconsin Avenue, Suite 800 • Chevy Chase, MD 20815-3594 •  
EE.UU.

Este estudio de caso fue elaborado gracias al apoyo del pueblo estadounidense a través de USAID. El contenido de este estudio de caso es responsabilidad exclusiva de URC y no refleja necesariamente las opiniones de USAID o del Gobierno de los Estados Unidos.



**USAID**  
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS  
UNIDOS DE AMÉRICA

**PROYECTO ASSIST  
DE USAID**

*Aplicando la Ciencia para Fortalecer  
y Mejorar los Sistemas de Salud*



Actividades en la puesto de salud de Llano de Ánimas ejecutadas afuera del puesto de salud. © 2019 Foto por Elena Hurtado

## Estudio de Caso

# INVOLUCRAMIENTO DE LOS PUESTOS DE SALUD EN LA MEJORA DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN EL CONTEXTO DE ZIKA EN GUATEMALA

**DICIEMBRE 2019**

Este estudio de caso fue escrito por Alejandro Vargas Moreno de University Research Co., LLC (URC) y elaborado gracias al apoyo del pueblo estadounidense a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y su Proyecto “Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud” (ASSIST). El proyecto es manejado por University Research Co., LLC (URC) bajo los términos del Acuerdo Cooperativo AID-OAA-A-12-00101. Para mayor información sobre las actividades de ASSIST, favor de visitar [www.usaidassist.org](http://www.usaidassist.org) o escribir a [assist-info@urc-chs.com](mailto:assist-info@urc-chs.com).

## RESUMEN

De junio de 2017 a junio de 2019, el hospital, la maternidad periférica y el centro de salud del municipio de Amatitlán, Guatemala, participaron en los Colaborativos de Mejoramiento de la Calidad de la atención a mujeres en edad reproductiva –embarazadas y no embarazadas- y niños menores de 2 años, en el contexto de la epidemia de Zika, impulsados por el proyecto Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud (ASSIST) de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). En enero de 2019, el equipo de mejora del centro de salud decidió expandir el mejoramiento a los nueve puestos de salud de Amatitlán donde no se hacía el tamizaje, la consejería, ni la entrega de condones para la prevención de la transmisión sexual del Zika a las embarazadas.

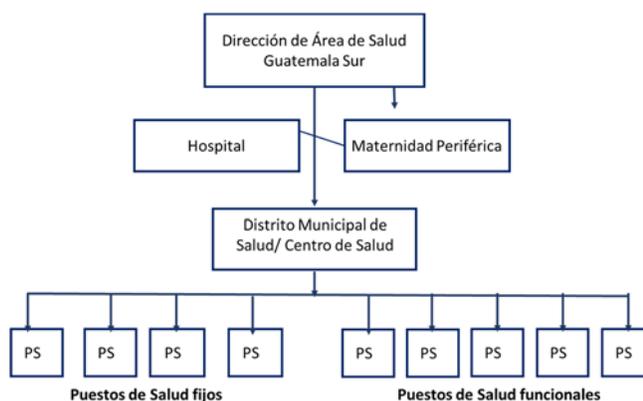
Con el apoyo de ASSIST, se capacitó al personal de los puestos de salud en los componentes de la atención prenatal, en el contexto de Zika. El equipo de mejora del centro de salud también les compartió una de sus mejores prácticas: el uso de un sello en los expedientes clínicos para recordar y anotar el tamizaje, la consejería y la entrega de condones a las embarazadas. Además, quisieron compartirles otros elementos de la mejora de la calidad, como son: el trabajo en equipo, la medición de indicadores y el aprendizaje colaborativo. Este estudio de caso describe el proceso ejecutado para formar equipos de puestos de salud que adoptaran las mejores prácticas del centro de salud, midieran indicadores y juntos aprendieran cómo mejorar su desempeño.

## ANTECEDENTES

Amatitlán, a solamente 30 Km de la ciudad capital es el municipio más al sur del departamento de Guatemala y pertenece al área de salud de Guatemala Sur. El sistema de salud pública del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) en Amatitlán está organizado en una Dirección de Área de Salud (DAS), con un Hospital Nacional, una Maternidad Periférica y un Centro de Salud, todos ubicados en la cabecera municipal. Para la provisión de servicios en el área rural, hay nueve puestos de salud (PS) clasificados en: cuatro “fijos” y cinco “funcionales” (ver **Figura 1**). Los puestos fijos generalmente tienen dos auxiliares de enfermería. Los puestos funcionales, que cubren las aldeas más lejanas, cuentan con una auxiliar de enfermería y un médico del centro de salud que rota por los cinco puestos. Cada puesto de salud cubre más de una aldea y una población de entre 2,000 y 7,000 personas, menos gente los puestos funcionales y más los puestos fijos.

De junio de 2017 hasta junio de 2019, el hospital, la maternidad y el centro de salud de Amatitlán participaron en los Colaborativos de Mejora de la planificación familiar, la atención prenatal (APN), del recién nacido y de la niñez en el contexto de la epidemia de Zika impulsados por el proyecto Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud (ASSIST). Estos servicios fueron muy exitosos en probar ideas de cambio novedosas y mejorar sus indicadores de calidad en la atención en el contexto del Zika. Por ejemplo, ellos fueron los creadores de los “circuitos de

**Figura 1. Organización del Sistema de salud pública del Distrito Municipal de Salud de Amatitlán, en el Área de Salud de Guatemala Sur**



atención y consejería” en la maternidad periférica, por lo que no es de extrañarse que quisieran expandir sus buenas prácticas a los servicios del primer nivel de atención.

En cinco de seis DAS donde trabajó el proyecto ASSIST, algunos centros de salud, espontáneamente, y otros en la etapa de ampliación del colaborativo, fueron paulatinamente abarcando a los PS de su jurisdicción hasta alcanzar 347 PS. En la expansión encontraron al personal del primer nivel muy motivado a participar porque “tenemos muchos años de no recibir capacitación (especialmente los puestos más lejanos), a pesar de que es en este nivel donde primero nos damos cuenta de las enfermedades y donde deberían resolverse el 80% de ellas”. No obstante, en los PS por haber solo uno o dos proveedores – generalmente, un auxiliar de enfermería- no se formó equipos de mejora específicos ni se les pidió medir indicadores. Este estudio de caso presenta la experiencia del Distrito Municipal de Salud (DMS) de Amatlán en introducir estos componentes de la mejora de la calidad al trabajo en sus nueve PS.

## ANÁLISIS DEL PROBLEMA

La expansión del mejoramiento colaborativo de la atención prenatal a los nueve PS de Amatlán inició en enero de 2019 con una línea de base por medio de la cual el centro de salud se dio cuenta que no se hacía el tamizaje de Zika, ni se daba consejería en Zika, ni se entregaban condones para la prevención de la transmisión sexual del Zika en embarazadas. Con el apoyo de ASSIST, se capacitó al personal de los PS en estos componentes de la atención prenatal. Además el equipo del centro de salud les compartió una de sus “mejores prácticas”: el uso de un sello para recordar y anotar el tamizaje, la consejería y la entrega de condones en la consulta prenatal a las embarazadas (ver **Figura 2**).

Adicionalmente, la directora del centro de salud, Dra. Blanca Rosa Guevara Téllez, le preguntó al equipo: “¿Cómo hacemos para compartirles a los puestos de salud, no solo el sello, sino otros elementos de la mejora de la calidad como son: el trabajo en equipo, la medición de indicadores y el aprendizaje unos de otros, cuando en los puestos solo hay una enfermera auxiliar?”. Como una vez al mes las enfermeras de los puestos de salud se reúnen en el centro de salud, el equipo decidió capacitarles en la reunión de marzo de 2019, en la medición de indicadores y preguntarles cómo se podrían organizar en equipos de mejora para el aprendizaje colaborativo.

**Figura 2. Sello para el registro del tamizaje de Zika, la consejería y la entrega de condones para la prevención de la transmisión sexual del Zika a mujeres embarazadas en el DMS de Amatlán**

El formulario, titulado "TAMIZAJE, CONSEJERIA Y ENTREGA DE CONDONES POR ZIKA EN APN", contiene los siguientes campos:

- FECHA: [ ]
- REFERIDA: SI [ ] NO [ ]
- PRIMERA CONSULTA: [ ]
- RECONSULTA: [ ]
- FIEBRE: [ ] CONJUNTIVITIS: [ ] RASH: [ ] ARTRALGIA: [ ] MIALGIA: [ ]
- TRANSMISIÓN: VECTORIAL [ ] SEXUAL [ ] VERTICAL [ ]
- PREVENCIÓN: [ ]
- COMPLICACIONES: [ ]
- ENTREGA CONDONES: [ ]
- CANTIDAD: [ ]
- ACOMPANÍO PAREJA: [ ] MADRE: [ ] SUEGRA: [ ] OTRO: [ ]

En la parte inferior del formulario se indica: "EQUIPO DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD / ZIKA; CENTRO DE SALUD DE AMATILÁN".

## DISEÑO DE LA ESTRATEGIA DE MEJORA

Con la participación de las enfermeras de los PS, surgió la idea de organizar equipos de mejora continua de la calidad (EMCC) por tipo de puesto –fijo o funcional-. Así, cuatro enfermeras formaron el equipo de puestos fijos (en aldeas de Cerritos, Llano de Ánimas, San José Calderas y Las Trojes) y cinco auxiliares de enfermería formaron el equipo de puestos funcionales (en aldeas de Cerro Corado, Mesías Bajas y Altas, Pedregal y Pepinal). Cada equipo nombró una líder responsable de la convocatoria y de los instrumentos de medición (hojas de monitoreo y consolidados en gráficas).

Los nuevos equipos recibieron una capacitación muy práctica en la medición de tres indicadores de la atención prenatal para detectar signos y síntomas de Zika y la prevención de la enfermedad: 1) porcentaje de embarazadas que son adecuadamente evaluadas en la APN preguntándoles por signos y síntomas de Zika; 2) porcentaje de embarazadas que reciben consejería sobre Zika en la APN; y 3) porcentaje de embarazadas a quienes en la APN se les entrega condones para protegerse de la transmisión sexual del Zika. Como los indicadores se miden mediante la revisión de 20 expedientes de embarazadas cada mes, la decisión fue que cada PS en el equipo de puestos fijos aportara 5 expedientes de embarazadas escogidos al azar y que cada puesto del equipo de puestos funcionales aportara 4 expedientes de embarazadas (ver **Figura 3**). El indicador de la entrega de condones también se verifica usando el formulario de registro diario de consultas del Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA) del MSPAS.

**Figura 3. Hoja de monitoreo del indicador de tamizaje de Zika en la embarazada para cuatro puestos de salud fijos, Amatitlán, Guatemala (ejemplo)**

## DESARROLLO DE LAS IDEAS DE CAMBIO

Como el centro de salud ya les había capacitado en las acciones de tamizaje, consejería y entrega de condones, y les había compartido el sello para su registro, la tarea de medición de indicadores parecía muy fácil. Sólo era cuestión de revisar los sellos y anotar los hallazgos en las hojas de monitoreo. Sin embargo, al hacer la primera medición de los indicadores, los equipos se dieron cuenta que habían debilidades y probaron ideas de cambio para remediarlas (ver **Tabla 1**).

**Tabla 1. Brechas en la atención prenatal en contexto de Zika y soluciones encontradas en puestos de salud de Amatitlán, Guatemala**

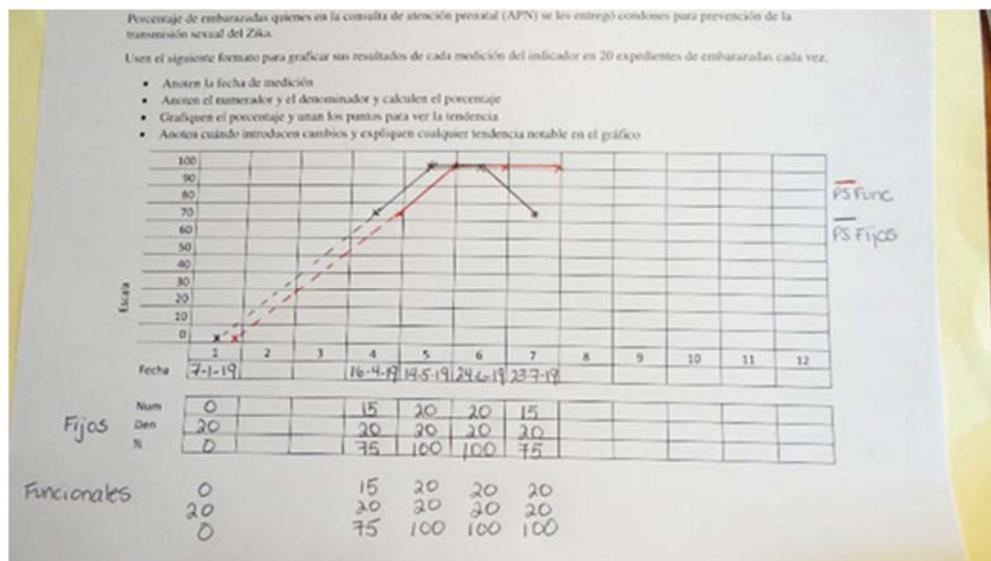
Debilidades	Ideas de cambio
Se imprimió el sello solamente una vez y no para cada consulta prenatal	Asegurarse de colocar (imprimir) el sello atrás del expediente prenatal, uno para cada consulta.
Cada quién llena el sello según su comprensión; a veces los signos de Zika	Definir cada rubro del sello y la forma como se va a marcar (instructivo). Por ejemplo, si el proveedor

aparecen sin marca no porque no preguntaran sobre ellos sino porque la embarazada no los tenía	pregunta por cada uno de los síntomas de Zika, cada uno debe ser marcado. Si la embarazada tiene uno de esos síntomas, se registra en otra parte del expediente clínico.
Olvido de alguno de los pasos del proceso	Al principio de la consulta colocar en el escritorio el sello, el folleto para la consejería y el estuche con los condones como recordatorio de todos los elementos a cubrir.

## RESULTADOS

Los puestos de salud graficaron los resultados de los indicadores en hojas como se muestra en la **Figura 4** para la entrega de condones. Los tres indicadores se comportaron de igual forma. En la línea de base los equipos tenían 0% en el cumplimiento, luego de la entrega del sello y capacitaciones en el primer trimestre del año todos los indicadores subieron a 75% en abril de 2019. Después de implementar sus propias ideas de cambio, los indicadores subieron hasta 100% por dos mediciones consecutivas. Sin embargo, los indicadores del equipo de los puestos fijos volvieron a bajar a 75% en la última medición en julio de 2019 debido a que una de las enfermeras auxiliares salió de vacaciones y el auxiliar de enfermería que se quedó no llenó el sello, aunque aparentemente sí realizó las actividades de mejora. Los mismos equipos concluyeron que debían aplicar el principio de mejora que “*lo que no está escrito no se hizo*”.

**Figura 4. Gráfico de series de tiempo del porcentaje de embarazadas a quienes en la APN se les entregó condones para la prevención de la transmisión sexual del Zika en puestos de salud fijos y funcionales, Amatlán, enero-julio 2019.**



## CONCLUSIÓN

Este breve estudio de caso demuestra que es posible que los puestos de salud se organicen en equipos de acuerdo a sus características, aún si solamente hay uno o dos proveedores por servicio. En este caso, se formaron dos equipos: uno de 4 puestos fijos y el otro de 5 puestos funcionales. Al organizarse en equipos se creó una interesante competencia que hizo que el personal se esforzara más por

implementar los cambios y que el equipo de puestos fijos lamentara haber bajado sus indicadores en la última medición, y tuviera claro los pasos que debían dar para mejorar su desempeño.

Otra conclusión es que a pesar de recibir del centro de salud sus “mejores prácticas” como fue el sello, la implementación en los servicios no siempre es automática y, es posible, que los nuevos equipos tengan que poner a prueba nuevas ideas de cambio para poder alcanzar las metas de sus indicadores. También se dieron cuenta que el indicador bajó cuando una de las enfermeras capacitadas se fue de vacaciones lo cual es un factor que comúnmente afecta el registro de las acciones y por el cual deben capacitarse más trabajadores de salud.

Finalmente, se probó que con una capacitación de “aprender-haciendo”, los dos equipos de auxiliares de enfermería fueron capaces de comprender la metodología de mejora y medir y analizar sus indicadores.

## **PASOS A FUTURO**

Los EMCC de los puestos de salud indicaron que, en el futuro, quisieran medir el perímetro cefálico de los niños de 0 a 2 años y utilizar la metodología de mejora continua para cumplir con el indicador del porcentaje de niños a quienes se les mide el perímetro cefálico cada mes en el primer año y trimestralmente en el segundo año de vida. La medida de perímetro cefálico la podrían anotar en el mismo cuaderno de SIGSA 5C donde anotan otras dos medidas antropométricas (peso y longitud/ talla); quisieran utilizar la metodología para mejorar el cumplimiento con las tres medidas.

Los puestos de salud también están dispuestos a probar la medición de los conocimientos de las embarazadas haciendo las entrevistas, no a la salida del PS, sino en las viviendas de las embarazadas. De hecho, las auxiliares de todos los puestos hicieron dos entrevistas de prueba a embarazadas en sus hogares y, aunque no utilizaron un formulario de entrevista estandarizado, en un cuaderno anotaron las respuestas en forma narrativa. En el futuro, planean usar el formato estandarizado que usa el centro de salud, con modificaciones.

Participantes en las actividades de mejora de puestos de salud del Área de Salud de Amatitlán: Dra. Blanca Rosa Guevara, Directora, Centro de Salud de Amatitlán; Auxiliares de enfermería miembros del EMCC de puestos fijos: Esna Lizbeth Rodríguez (líder), Irma Belinda Alvarado, Griselda Godoy, Casta Rubidia Castro, Marleny Albizúrez, Angélica Hernández y Ana Beatriz Gutiérrez; Auxiliares de enfermería miembros del EMCC de puestos funcionales: Sandra García (líder), Rosa García, Luz Angélica López Cifuentes, Marta Rufina Hernández, Luis García y Dr. Marcelo Apén, Supervisor del Centro de Salud.

Este estudio de caso fue posible gracias al apoyo generoso del pueblo de los Estados Unidos de América a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El contenido de este estudio de caso es la responsabilidad de URC y no necesariamente refleja las perspectivas de USAID o el Gobierno de los Estados Unidos.

*Para más información contactar:*

USAID Applying Science to Strengthen and Improve Systems Project  
University Research Co., LLC • 5404 Wisconsin Avenue, Suite 800 • Chevy Chase, MD 20815-3594 • USA  
[www.usaidassist.org](http://www.usaidassist.org) • [assist-info@urc-chs.com](mailto:assist-info@urc-chs.com)



Una enfermera del Hospital General Gabriela Alvarado explica a las usuarias y usuarios de la consulta externa la hoja filtro y solicita de su tiempo y voluntad para aplicarla.  
© 2017 BRENDAN BANNON PARA USAID, CORTESÍA DE PHOTOSHARE

## Estudio de Caso

# BÚSQUEDA ACTIVA DE USUARIAS Y USUARIOS DE SALUD REPRODUCTIVA PARA BRINDAR CONSEJERÍA DE ZIKA

### FEBRERO 2018

Este estudio de caso fue preparado por María E. Banegas, Melvin Chavez, Miriam Moradel y Norma Aly de University Research Co., LLC (URC) para revisión por parte de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), en el marco del Proyecto de USAID Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud (ASSIST), el cual es posible gracias al apoyo generoso del pueblo americano a través de USAID. El Proyecto ASSIST de USAID es implementado por URC bajo los términos del acuerdo cooperativo número AID-OAA-A-12-00101. Los socios de URC para realizar actividades sobre Zika incluyen a la Academia Americana de Pediatría, FHI 360, Institute for Healthcare Improvement y WI-HER, LLC. Para mayor información sobre las actividades de ASSIST, favor de visitar a [www.usaidassist.org](http://www.usaidassist.org) o escribir a [assist-info@urc-chs.com](mailto:assist-info@urc-chs.com).

## RESUMEN

El estudio de caso describe principalmente la incorporación de una herramienta que se llama “la hoja filtro” para la búsqueda activa de mujeres y hombres en edad reproductiva y sus acompañantes que asisten a la consulta externa especializada y a otros servicios del Hospital General Gabriela Alvarado (HGGA) de la ciudad de Danlí del Departamento de El Paraíso, Honduras, con el propósito de identificar oportunidades perdidas para brindar consejería en Zika. El Proyecto ASSIST de USAID ha brindado asistencia técnica al personal del Departamento de Gestión de la Calidad de la Secretaría de Salud y al personal del hospital, para la organización y capacitación de equipos de mejora de la calidad de la atención de pacientes sospechosos de infección por el virus del Zika en los servicios de planificación familiar y atención prenatal.

Los resultados del equipo de mejoramiento del hospital han sido exitosos, ya que han observado un incremento de usuarias y usuarios que recibieron consejería en Zika en la atención prenatal y planificación familiar y además se incrementaron otras atenciones como la realización de citologías y la suplementación con ácido fólico. Otro resultado importante ha sido la captación del hombre para brindarle la consejería en Zika.

## INTRODUCCIÓN

El Hospital General Gabriela Alvarado (HGGA) de Danlí es un hospital básico, público, destinado a atender una población de 480,700 habitantes procedentes de toda el área geográfica del Departamento de El Paraíso en el sureste de Honduras; atiende un promedio de 6,089 partos al año. El hospital fue seleccionado por la Secretaría de Salud (SESAL) en el año 2016 por presentar casos de infección por el virus Zika para participar en actividades de mejora en la prevención y manejo clínico de Zika.

El HGGA organizó un equipo de mejora de la atención que abordó los temas de planificación familiar y atención prenatal a partir del mes de junio del 2017. Este equipo y los de otras unidades de salud fueron capacitados en mejoramiento continuo por personal del Departamento de Gestión de la Calidad del nivel central de la SESAL y el Proyecto ASSIST de USAID a través de dos sesiones de aprendizaje con duración de 1.5 días cada una. El equipo de mejora del HGAA elaboró como su objetivo de mejoramiento, lograr que todas las embarazadas hospitalizadas en la Sala de Ginecología recibieran la consejería sobre Zika. También el equipo elaboró un indicador para medir periódicamente si el objetivo se estaba cumpliendo. El personal de SESAL y ASSIST brindaron seguimiento inicial al equipo a través de reuniones de entrenamiento cada dos semanas para guiarles en proponer, probar e implementar cambios para alcanzar el objetivo de mejoramiento propuesto.

## ANTECEDENTES

Cuando el equipo midió el indicador por primera vez, observaron que ninguna mujer embarazada estaba recibiendo consejería en Zika. En base a este hallazgo, el equipo se enfocó en dos cambios importantes: primero, asignaron una psicóloga de la consulta externa por dos horas para que brindara la consejería de Zika a las embarazadas ingresadas en la Sala de Ginecología; y segundo, acondicionaron un espacio físico privado en sala de puerperio para brindar la consejería en Zika.



En la fotografía, una enfermera del Hospital General Gabriela Alvarado use la hoja filtro para identificar un cliente que debe recibir consejería de Zika.

CRÉDITO: LICENCIADA SARVIA LANZA PARA EL PROYECTO ASSIST DE USAID

## ANÁLISIS DEL PROBLEMA

El equipo de mejora comenzó a realizar los cambios propuestos, implementando la consejería en Zika en la Sala de Ginecología, e inició la construcción de su gráfica de serie de tiempo del indicador para verificar el cumplimiento de su objetivo de mejoramiento. Rápidamente se dieron cuenta que el número de embarazadas hospitalizadas era muy bajo y que la consejería se estaba brindando solo a embarazadas que tenían un problema de salud o factor de riesgo (por ejemplo, trastornos hipertensivos, sangrados vaginales, etc.). Captaban únicamente entre una o cuatro embarazadas por semana en la sala de internamiento y a todas les daban consejería; por lo tanto, tenían 100% en el indicador tal como se lo habían propuesto. Después que el personal de SESAL y ASSIST midieron externamente el indicador en el hospital, tomando en cuenta la consulta externa, el indicador resultó en 0%. Al hacer el análisis de este resultado, el equipo se dio cuenta que la mayoría de embarazadas que asistían al hospital eran atendidas en la consulta externa y no estaban recibiendo la consejería sobre Zika.

## DISEÑO DE LA ESTRATEGIA DE MEJORAMIENTO

En base al problema que identificaron, el equipo modificó su objetivo de mejoramiento, ampliándolo a la consejería en Zika a embarazadas de la consulta externa, y decidieron incorporar el uso de una herramienta que se llama “la hoja filtro”. La hoja filtro nació en la SESAL para captar mujeres embarazadas antes de las 12 semanas para brindarles atención prenatal desde el primer trimestre. Consiste en una entrevista con preguntas realizadas por el personal para captar, en salas de espera y otros servicios, las necesidades de atención en mujeres y hombres y sus acompañantes que acuden al hospital en búsqueda de diferentes atenciones. El equipo realizó ajustes a la hoja filtro para incorporar la pregunta si había recibido consejería en Zika, usando una hoja por paciente. Decidieron aplicarla a los hombres también en vista de que la embarazada tenía dificultad para negociar el uso con su pareja.

Figura I. Diseño de la hoja filtro ajustada

**SECRETARIA DE SALUD DE HONDURAS**  
**Hoja filtro para Captación de Mujeres/Hombres en Edad Fértil para Consejería de Zika/PF**

Responsable del llenado: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_  
 Unidad o Sala: \_\_\_\_\_

N°	Preguntas	Fecha:																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
<b>MUJER</b>																					
1	Edad de la usuaria																				
2	¿Tiene Vida sexual activa/está acompañada /tiene pareja? (Si/No):																				
3	Fecha de última regla: ¿si hay retraso de FUM mayor de 6 semanas, realizar prueba rápida de embarazo.																				
4	¿Esta Embarazada? (Si / No)																				
5	¿Ha recibido consejería en prevención del Zika? (Si/ No)																				
6	¿Usa algún método de PF? (Si/No)																				
7	¿Qué Método Utiliza? (Ver Referencia al final de la página y colocar el número que corresponde al método)																				
8	En caso de no estar planificando ¿le gustaría usar un método de planificación familiar? (Si /No)																				
9	¿Toma Acido Fólico? si/no:																				
10	¿Se ha realizado la Citología en el último año? (Si/no)																				
11	Clasifica para Consejería en ZIKA (Si / No)																				
12	Clasifica para Consejería en PF (Si / No)																				
<b>HOMBRE</b>																					
1	Edad del Usuario																				
2	¿Tiene Vida sexual activa? (si/No):																				
3	¿Su pareja está embarazada actualmente? (si/No):																				
4	¿Usa <del>ud</del> o su pareja un método de PF? (Si/No)																				
5	¿Qué Método Utiliza? (Ver Referencia al final de la página y colocar el número que corresponde al método)																				
6	¿Ha recibido consejería de Zika? (si/No):																				
7	Clasifica para <del>consejería</del> en PF (Si / No)																				
8	Clasifica para <del>consejería</del> en ZIKA (Si / No)																				

Métodos de Planificación Familiar: (1) ACOS, (2) Depo Provera o Inyección trimestral, (3) Inyección Mensual, (4) Implanon, (5) Esterilización Femenina, (6) Esterilización Masculina (7) Condón masculino/o femenino y, (8) Método Natural, (9) MELA, (10)DIU, (11) Abstinencia Sexual.

Las actividades que realizó el equipo para implementar la hoja filtro fueron: a) se introduce la pregunta de consejería de Zika y se ajusta la hoja para registrar hasta 20 entrevistas (ver **Figura I**), b) capacitación del personal en su uso y c) validación de la hoja rediseñada durante tres semanas.

## DESARROLLO DE NUEVAS IDEAS DE CAMBIO

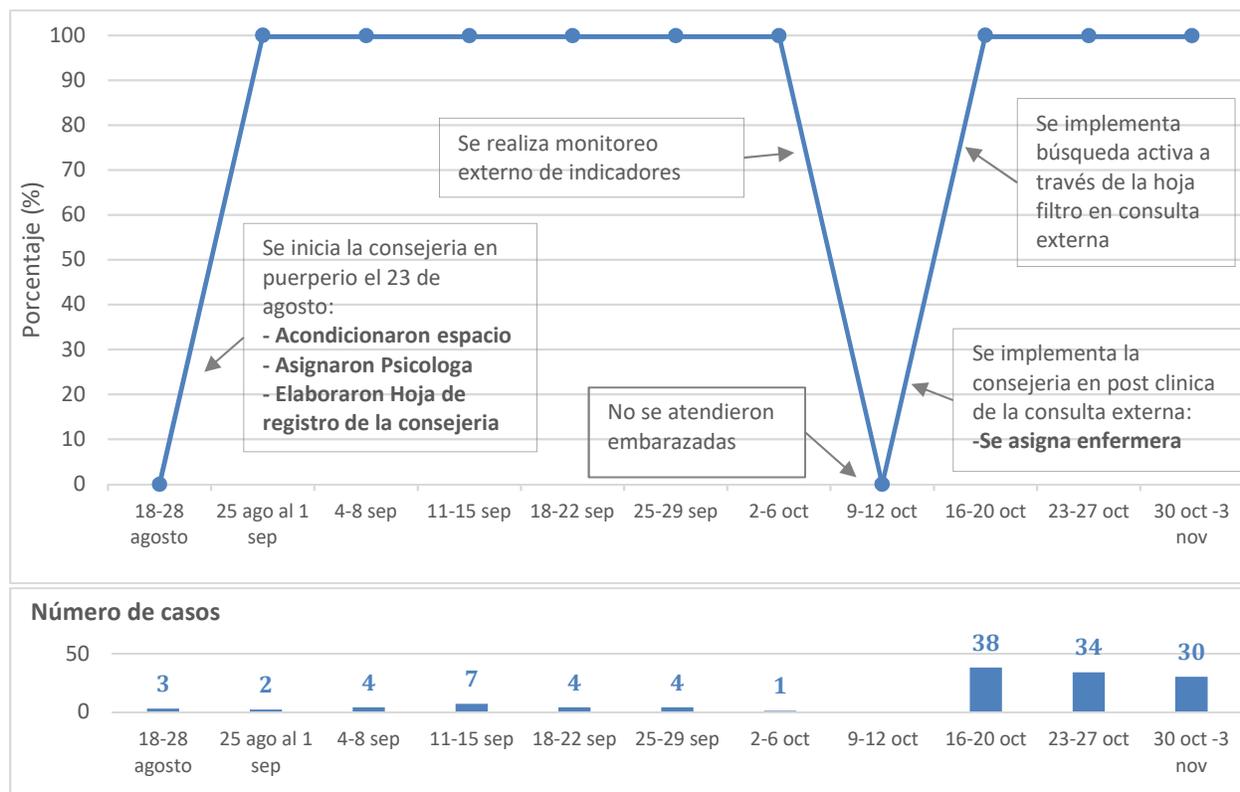
Para lograr la meta del objetivo de mejoramiento, el equipo realizó nuevos cambios y actividades: a) reasignaron una auxiliar de enfermería específica para dar consejería en Zika en consulta externa en el espacio de la Post clínica (que en ese momento no funcionaba), b) aprovecharon también para implementar la consejería en planificación familiar (porque no existía en el hospital), c) capacitaron al personal médico y de enfermería en lineamientos de manejo sobre el Zika, d) se brindó entrenamiento en habilidades para la consejería en planificación familiar (PF) y Zika a tres enfermeras del hospital, e) implementaron una hoja de consejería de Zika en el expediente, f) se incorporó un libro de registro de mujeres aconsejadas por sala e g) se inició (por primera vez) el registro de la consejería como una atención en el ATA (el formato oficial de registro de atenciones diarias).

Previo la aplicación de la hoja filtro, el personal del hospital en la sala de espera realiza el anuncio de la aplicación de la misma para solicitarles un espacio de su tiempo y exponer los objetivos para qué sirve la hoja.

## RESULTADOS

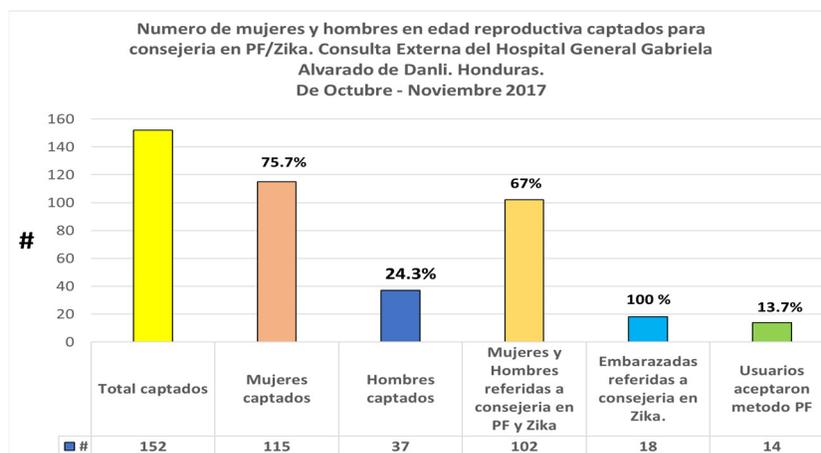
Desde que el equipo se propuso brindar consejería en Zika a las embarazadas, lo logró. Pero también logró llegar a más embarazadas de lo que se propuso inicialmente. En la siguiente gráfica se presenta el comportamiento del indicador (**Figura 2**).

**Figura 2. Porcentaje de embarazadas atendidas en el Hospital Gabriela Alvarado que recibieron consejería en Zika, Danlí, El Paraíso, Honduras (agosto a noviembre 2017)**



Durante las tres semanas de prueba, el equipo logró captar 152 usuarias y usuarios; de las cuales, el 76% (115/152) fueron mujeres y el 24% (37/152) fueron hombres. De ellos, solo 102 (67%) aceptaron recibir consejería en PF/Zika. De los 102 usuarias y usuarios que aceptaron consejería, 14 de ellos (14%) aceptaron voluntariamente un método de PF. De las 115 mujeres captadas en total, 18 fueron embarazadas y todas las embarazadas recibieron consejería en Zika. Todos los hombres aconsejados llevaron condones (**Figura 3**).

**Figura 3. Número de mujeres y hombres en edad reproductiva captados para consejería en PF/Zika, Consulta Externa del HGGA, Danlí, Honduras (oct – nov 2017)**





En la fotografía aparecen los miembros del equipo de mejora del HGGA: Ena Rodríguez, María de Cruz Elvir, Patricia Andrade, Pedrina Leiva, Kenia González y Sarvia Lanza.

## CONCLUSIÓN

Según expresa el personal del hospital, la hoja filtro “es una estrategia que facilita el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, efectiva para la búsqueda activa de usuarias y usuarios para la consejería de PF/Zika, y se convierte en una oportunidad para la detección de situaciones importantes de la salud tanto para la mujer que el hombre que requieren una respuesta”.

## PRÓXIMO PASOS

La experiencia de la hoja filtro fue presentada en la Reunión de Intercambio de Experiencias de los Equipos de mejoramiento en los servicios de Planificación Familiar realizada el 7 y 8 de febrero del 2018, y como resultado se obtuvo que siete de los equipos participantes decidieron implementarla en sus establecimientos.

*Para más información llamar o escribir a:*

Proyecto de USAID Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud  
University Research Co., LLC • 5404 Wisconsin Avenue, Suite 800 • Chevy Chase, MD 20815-3594 • EE.UU.  
Efcio Novacentro, Avenida Los Proceres, 9 piso 108B 3594 • Tegucigalpa • Honduras

Este estudio de caso fue elaborado gracias al apoyo del pueblo estadounidense a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Las opiniones expresadas en la presente publicación no necesariamente reflejan el punto de vista o posición de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) ni del Gobierno de los Estados Unidos.



Madres hacen ejercicios con sus hijos durante una clase de estimulación temprana para bebés afectados por Zika.

© 2018 CRÉDITO: LIC. FANNY MOTIÑO, HOSPITAL DEL SUR

## Estudio de caso

# BRINDANDO APOYO PSICOEMOCIONAL A MADRES Y ESTIMULACIÓN A NIÑOS AFECTADOS POR SÍNDROME CONGÉNITO ASOCIADO AL VIRUS DEL ZIKA

**JUNIO 2018**

Este estudio de caso fue preparado por Fanny Motiño del Hospital del Sur y Gabriela Amador y María Banegas de University Research Co., LLC (URC) para revisión por parte de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), en el marco de su Proyecto Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud (ASSIST), el cual es posible gracias al apoyo generoso del pueblo americano a través de USAID. El Proyecto ASSIST de USAID es implementado por URC bajo los términos del acuerdo cooperativo número AID-OAA-A-12-00101. Los socios de URC para realizar actividades sobre Zika incluyen a la Academia Americana de Pediatría, FHI 360, Institute for Healthcare Improvement y WI-HER, LLC. Para mayor información sobre las actividades de ASSIST, favor de visitar [www.usaidassist.org](http://www.usaidassist.org) o escribir a [assist-info@urc-chs.com](mailto:assist-info@urc-chs.com).

## RESUMEN

El Hospital General del Sur (HGS), con sede en la ciudad de Choluteca y la Región Departamental de Choluteca, inauguró en noviembre del 2017 una “clínica de manejo integral a niños con microcefalia”, que surgió con el propósito de dar seguimiento integral y continuo a los niños afectados por síndrome congénito asociado al Zika (SCaZ) de su área de influencia. La clínica inició su funcionamiento en febrero del 2018, luego de que la Región Departamental identificara un listado de niños afectados SCaZ y explorara si han recibido las evaluaciones especializadas acorde a los *Lineamientos de manejo integral de pacientes sospechosos de Zika* de la Secretaría de Salud (SESAL). Un equipo conformado por personal de la Región Departamental y del hospital retomó la implementación de la clínica, como un servicio del hospital para dar seguimiento a estos niños.

La Región Departamental de Choluteca tomó la decisión de transferir a una psicóloga del nivel regional hacia el hospital y el personal del hospital identificó el espacio físico para el funcionamiento de la clínica (que fue remodelada para tal fin en el año 2017, con el apoyo de la primera dama de Honduras). En base a las guías técnicas disponibles, la clínica comenzó a funcionar y actualmente lleva a cabo reuniones periódicas con las madres y familiares para brindarles apoyo psicoemocional, y a los niños afectados con SCaZ se les brinda estimulación temprana.

El Proyecto ASSIST de USAID ha brindado asistencia técnica a los equipos de profesionales de la Región de Salud, al hospital y a los establecimientos de salud para implementar actividades de capacitación en Zika, organizar equipos de mejoramiento de la atención y dar seguimiento a niños afectados por SCaZ, a fin de que reciban las atenciones que les corresponda acorde a los lineamientos de la SESAL.

Esta experiencia es coordinada por el hospital y se incluyen las acciones desarrolladas por el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), quien se encarga de capacitar a las familias afectadas por SCaZ, acorde a lo programado en el componente de cuidado y apoyo con base comunitaria, para lograr que la estimulación temprana sea brindada continuamente por el cuidador de los niños en sus propios hogares en el día a día.

El presente estudio de caso describe el proceso llevado a cabo para la implementación de la clínica destinada a brindar atención integral a los niños afectados por el síndrome congénito de Zika en el área de influencia de la Región de Salud de Choluteca, así como brindar apoyo psicoemocional a las madres y familiares de estos niños.

## INTRODUCCIÓN

El Departamento de Choluteca fue el primer departamento hondureño en ser azotado y en reportar la incidencia de los primeros de casos de infección por el virus del Zika en el país, los mismos que rápidamente se incrementaron hasta alcanzar 150 casos en la segunda semana epidemiológica del año 2016, que fue el máximo pico presentado durante ese año. La Región Departamental, con la asistencia técnica del Proyecto ASSIST, realizó talleres con los proveedores de servicios de salud tanto del primer nivel de atención, como de hospitales, sobre el manejo integral del Zika, de acuerdo con los lineamientos técnicos elaborados por el nivel central. Así mismo, inició un proceso de organización y capacitación de equipos de mejoramiento en hospitales y establecimientos de salud para introducir la consejería para la prevención del Zika en los servicios de planificación familiar y en atención prenatal, e identificar casos de microcefalia en las salas de atención a recién nacidos.

Desde inicios del 2018, la Región de Salud recibe asistencia técnica de ASSIST para la implementación del componente de cuidado y apoyo a niños afectados por SCaZ, en coordinación con otros socios implementadores de USAID. Una de las primeras acciones tomadas por la Región de Salud fue la implementación de la clínica de manejo integral de niños con microcefalia que funciona en el HGS, con la finalidad de brindar estimulación temprana a los niños afectados con SCaZ, identificar qué tipo de atención especializada han recibido de acuerdo con su edad, y brindar apoyo psicoemocional a las madres y otros familiares de estos niños.

## ANÁLISIS DEL PROBLEMA

El equipo de mejoramiento de la calidad de atención a recién nacidos del HGS, trabaja para mejorar la identificación de la microcefalia en recién nacidos atendidos en el hospital. Para ello ha capacitado al personal sobre la forma correcta de medir el perímetro cefálico, ha implementado las gráficas de Fenton para representar e interpretar los resultados de la medición, y ha implementado los procedimientos correspondientes para promover que ningún recién nacido egrese del hospital sin tener al menos dos mediciones del perímetro cefálico: al nacimiento y al egreso.

Antes de la intervención, la Región de Salud de Choluteca carecía de un listado oficial de registro de niños afectados con SCaZ, tampoco contaba con un punto focal de referencia para brindar información que permita identificar los casos de niños con SCaZ, donde vivían y quién les brindaba seguimiento. Se identificaron en primer lugar los casos de microcefalia atendidos en el hospital revisando los registros oficiales de atenciones, de igual forma se inició una coordinación con las redes de salud del área de influencia del proyecto (San Marcos, El Triunfo, Pespire, Choluteca, Marcovia, El Corpus) y se investigaron los casos existentes. Al inicio no había capacidad de diagnóstico en clínicas maternas del área de influencia de la Región de Salud, pero a través de la capacitación brindada por ASSIST, todo el personal a cargo de atender a recién nacidos fue preparado en la medición de perímetro cefálico y su interpretación.

Durante las reuniones de organización y capacitación de los equipos de mejoramiento, el personal de la región y ASSIST encontró casos de microcefalia que no habían sido reportados a la Región de Salud. Poco a poco se fue conformando un listado de niños afectados, el cual ha sido completado con los datos obtenidos en las redes de salud. Debido a que se desconocía si los niños afectados estaban recibiendo atención, se decidió diseñar una estrategia de seguimiento a estos niños.

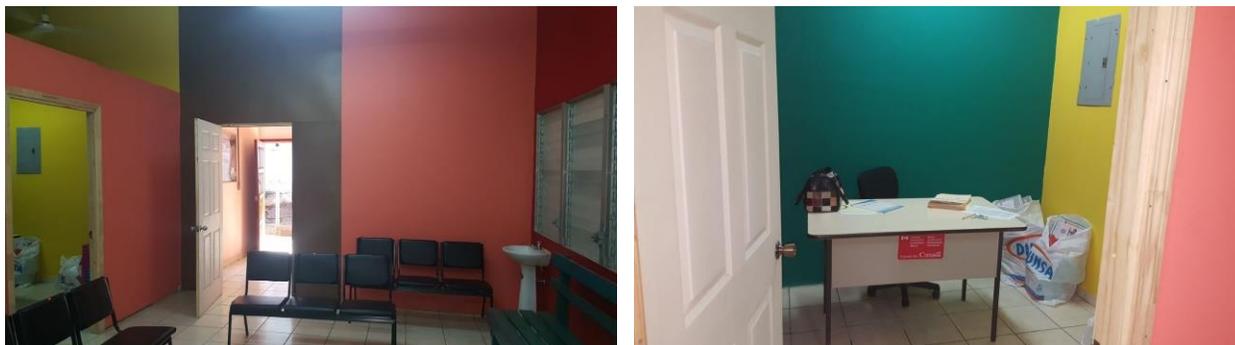
A inicios del 2018, el equipo de la Región de Choluteca ha identificado un total de 34 niños diagnosticados por microcefalia, de los cuales el 38% procede del municipio de Choluteca (13 casos) y el 17.6% procede de Marcovia (6 casos). Este último municipio inicialmente no fue priorizado, pero actualmente está incluido dentro de las actividades del proyecto (ver **Tabla I**).

**Tabla I. Número de casos de niños con SCaZ identificado por municipio y porcentaje de casos identificados en total**

Municipio	# de casos	Porcentaje
Choluteca	13	38.2 %
Triunfo	5	14.7 %
Marcovia	7	20.6 %
Pespire	3	8.9 %
Corpus	2	5.9 %
Moramulca (San Jose)	2	5.9 %
Orocuina	1	2.9 %
Yusguare	1	2.9 %
Total	34	100 %

## DISEÑO DE LA ESTRATEGIA DE MEJORAMIENTO

La estrategia de mejoramiento definida por el equipo técnico consistió en poner en marcha la clínica de manejo integral al niño con microcefalia, tal como se había pretendido en el año 2016, cuando el hospital recibió ayuda de la primera dama para realizar la remodelación estructural en un área del hospital y crear una clínica para atención de los niños afectados por Zika. Esta clínica tenía una estructura, pero no funcionaba, y tanto el equipo de la región de salud como el hospital, decidieron iniciar su funcionamiento para brindar seguimiento integral a los niños, así como a las madres y sus familias.



*Vistas de la clínica de atención a los niños afectados por microcefalia del Hospital General del Sur.*

## DESARROLLO DE LAS NUEVAS IDEAS DE CAMBIO

El cambio realizado por el equipo técnico de la Región de Salud fue la implementación de un nuevo proceso de atención. Se realizaron las siguientes actividades: a) la región de salud transfirió una psicóloga desde el nivel regional hacia el hospital, para que fuera la persona responsable de brindar atención y seguimiento a los niños afectados, b) el hospital identificó un espacio dentro de sus instalaciones destinado a la implementación de la clínica, c) se implementó una base de datos para identificar a los niños afectados por SCaZ, d) se contactó a las madres de los niños, e) se programaron las citas para la atención de las madres, f) se iniciaron las acciones de atención a los niños.

Con el resultado de la búsqueda de niños afectados emprendida por la región de salud, la psicóloga encargada de la clínica de atención integral a estos niños inició el contacto con las madres y familiares para darles una cita. Desde ese momento se han llevado a cabo alrededor de dos o tres reuniones semanales con las madres de estos niños. Durante las reuniones, las madres reciben apoyo psicoemocional y aprenden técnicas para continuar con la estimulación en casa.

Al carecer de normas oficiales para brindar estimulación temprana y apoyo psicoemocional a niños afectados por SCaZ, la psicóloga, Lic. Fanny Motiño, que empezó a trabajar con las madres y los bebés afectados en el segundo semestre del 2017, utiliza la *Guía de Apoyo psicosocial para las embarazadas y las familias afectadas por la microcefalia y otras complicaciones neurológicas en el contexto del virus del Zika*, de la Organización Mundial de Salud (OMS).

## RESULTADOS

1. El Hospital General del Sur cuenta ahora con una clínica de atención integral para el niño afectado por microcefalia, realiza reuniones continuas para brindar apoyo psicoemocional a las madres y familiares, y estimulación temprana a los niños. Además, se está coordinando con hospitales nacionales para conseguir citas a los niños a fin de que sean evaluados por especialistas.
2. Se ha identificado un total de 34 niños afectados con microcefalia, desde agosto 2015 a febrero del 2018, y se les ha contactado para citarlos a fin de que reciban atención en la clínica. La primera reunión se llevó a cabo el 2 de febrero del 2018, con asistencia de 28 niños afectados y sus madres. Las madres recibieron apoyo psicoemocional y los niños estimulación temprana; además se los diagnosticó para identificar si tenían todas sus evaluaciones especializadas, tal como indican los lineamientos. De 28 niños atendidos al momento, todos han sido evaluados en el Hospital del Sur, se identificó que 13 asisten a la Teletón (organización hondureña especialista en rehabilitación), 8 fueron vistos por neurólogo, 2 por audiólogo y 6 por oftalmólogo. ASSIST ha gestionado en el hospital de referencia de Tegucigalpa la atención a los niños que aún no tienen todas sus evaluaciones de acuerdo a la norma.
3. En el hospital de referencia nacional San Felipe, 31 niños procedentes de la Región de Choluteca han sido evaluados por los especialistas entre los meses de marzo y abril. Otras organizaciones han apoyado para la movilización de las familias de los niños hacia Tegucigalpa, producto de la gestión del personal de la clínica con personal de la Secretaria de Protección Social.
4. La Región Departamental de Choluteca cuenta actualmente con una base de datos implementada a nivel regional y en el hospital, la que permite llevar un registro de los niños afectados por microcefalia. Esta base de datos se actualiza periódicamente con información sobre el registro de las evaluaciones generales y especializadas que van recibiendo los niños afectados, acorde a los lineamientos de atención del Zika.
5. El equipo de la región de salud se encuentra muy motivado para llevar una vigilancia estricta de los casos sospechosos. Recientemente, una clínica materna reportó 5 casos de niños con microcefalia, e inmediatamente, personal de la región de salud se desplazó para realizar la investigación pertinente. Posteriormente se descartaron estos casos y se detectó que había necesidad de capacitar al personal de la clínica sobre la manera correcta de medir el perímetro cefálico y realizar su interpretación.
6. También se está llevando a cabo la capacitación de las familias para brindar estimulación temprana en el hogar. De esta manera se complementan las acciones que el establecimiento de salud realiza y da seguimiento.
7. De la misma forma que en el Hospital del Sur, otros hospitales están incluyendo dentro de sus servicios la oferta a niños afectados con SCaZ. Un ejemplo de ello es el hospital San Francisco de Olancho que cuenta con una clínica de estimulación temprana y terapia física, que surgió como parte de un convenio entre el hospital y la Secretaría de Educación para brindar servicios a niños con problemas de lenguaje y aprendizaje. Esta clínica, anteriormente no ofertaba servicios a recién nacidos afectados por SCaZ y actualmente sí lo hace. Son beneficiarios de la clínica los niños afectados por SCaZ, por problemas de prematurez, problemas de asfisia al nacer, y otros.

## CONCLUSIÓN

Para llevar a cabo un seguimiento adecuado de los niños que nacen afectados por el SCaZ se requiere:

1. Realizar un correcto tamizaje de las embarazadas en búsqueda de signos y síntomas de infección por el virus del Zika.
2. Tomar los exámenes de laboratorio requeridos a la embarazada catalogada como sospechosa de infección por el virus.
3. Asegurar el parto institucional de la embarazada sospechosa.
4. Medir correctamente el perímetro cefálico al momento del parto, a las 24 horas, o antes del egreso del niño/niña.
5. Realizar exámenes de laboratorio al recién nacido.
6. Iniciar las evaluaciones periódicas de los niños de acuerdo con su edad y de acuerdo con los lineamientos de atención.
7. Coordinar con UNICEF las acciones de cuidado y apoyo con base comunitaria.

## PRÓXIMO PASOS

ASSIST continuará brindando asistencia técnica a la clínica de atención integral del niño afectado con microcefalia para que pueda elaborar su flujograma de atención e iniciar un proceso de mejora continua.

Se continuará con el fortalecimiento de la vigilancia de recién nacidos afectados por SCaZ en clínicas maternas y en el hospital.

Se identificará y oficializará un enlace de referencia, respuesta y seguimiento para que las familias conozcan dónde deben acudir, dónde encontrarán las atenciones requeridas y dónde recibirán seguimiento.

Se identificará un mecanismo de coordinación para continuar con la estimulación temprana que debe realizar la familia en la comunidad.

*Para más información llamar o escribir a:*

Proyecto de USAID Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud  
University Research Co., LLC • 5404 Wisconsin Avenue, Suite 800 • Chevy Chase, MD 20815-3594 • EE.UU.  
Efcio Novacentro, Avenida Los Proceres, 9 piso 108B 3594 • Tegucigalpa • Honduras



Madres de bebés con SCaZ participan en clases de estimulación temprana en el Hospital General del Sur.

© 2018 CRÉDITO: FANNY MOTIÑO, HOSPITAL DEL SUR

Este estudio de caso fue elaborado gracias al apoyo del pueblo estadounidense a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Las opiniones expresadas en la presente publicación no necesariamente reflejan el punto de vista o posición de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) ni del Gobierno de los Estados Unidos.



Los hombres asisten a un taller enfocado en la prevención del Zika dirigido por la psicóloga Itzá Cárdenas y la enfermera Zayda Cáceres en el hospital de Tela en Honduras.

© 2017 BRENDAN BANNON PARA USAID, CORTESÍA DE PHOTOSHARE

## Caso de Estudio

# INVOLUCRAMIENTO DEL HOMBRE EN LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN DEL ZIKA EN HONDURAS

### SEPTIEMBRE 2018

Este estudio de caso fue preparado por Zayda Cáceres y Norma Aly de University Research Co., LLC (URC) para revisión por parte de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), en el marco del Proyecto de USAID Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud (ASSIST), el cual es posible gracias al apoyo generoso del pueblo americano a través de USAID. El Proyecto ASSIST de USAID es implementado por URC bajo los términos del Acuerdo Cooperativo Número AID-OAA-A-12-00101. Los socios de URC para realizar actividades sobre Zika incluyen a la Academia Americana de Pediatría, FHI 360, Institute for Healthcare Improvement y WI-HER, LLC. Para mayor información sobre las actividades de ASSIST, favor de visitar [www.usaidassist.org](http://www.usaidassist.org) o escribir a [assist-info@urc-chs.com](mailto:assist-info@urc-chs.com).

## RESUMEN

El estudio de caso describe las actividades desarrolladas por el personal del hospital de Tela en la Región de Atlántida, Honduras, para involucrar a los hombres en la prevención de la infección del virus del Zika y sus complicaciones. Una limitante de la estrategia de entregar condones para su uso entre mujeres embarazadas para prevenir la transmisión sexual del Zika es el recelo de la embarazada de llevar los condones a su casa y usarlos, por temor a la reacción de su pareja. El personal del hospital decidió realizar actividades de captación de los esposos o parejas de las embarazadas a través de invitaciones y actividades de educación como también a otros hombres que visitan el hospital por consulta médica, para reunirlos y brindarles consejería grupal y enseñarles la técnica de uso correcto del condón para la prevención del Zika.

Gracias al apoyo del Proyecto ASSIST de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), se crearon equipos de mejora en el hospital de Tela y en otras unidades de salud en las zonas afectadas por el Zika para fortalecer las acciones de los servicios de salud para prevenir la infección de Zika en mujeres embarazadas y ofrecer una atención de calidad a mujeres y niños afectados por el virus. El equipo de Tela ensayó diferentes ideas para llevar el mensaje de la importancia de prevenir la transmisión sexual del Zika a los hombres. Uno de los logros del involucramiento del hombre ha sido las expresiones de satisfacción de las embarazadas que refieren que sus esposos/parejas están más receptivos y que las apoyan más porque ahora entienden el por qué ellas llevan condones a casa. A partir de esta experiencia exitosa, los equipos de mejora en otros establecimientos de la zona han replicado la estrategia y aun la han mejorado.

## INTRODUCCIÓN

El Hospital de Tela está ubicado en la zona del litoral del Atlántico de Honduras. Un hospital básico y público, Tela cubre una población de más de 144,120 personas y en el 2017 atendió un total de 2,392 partos. La Secretaria de Salud de Honduras (SESAL), con la asesoría del Proyecto ASSIST de USAID, seleccionó la participación del hospital en el proyecto de prevención de Zika debido a que reportó un alto número de casos de Zika y de embarazadas sospechosas del virus.

Durante el mes de marzo del 2017, el hospital de Tela organizó tres equipos de mejora: uno para implementar la consejería de Zika en los servicios de planificación familiar, otro en la atención prenatal y el último para identificación del síndrome congénito asociado al virus Zika (CSaZ) en recién nacidos. Los equipos de mejora fueron capacitados en mayo del 2017 en técnicas de mejoramiento continuo por personal del Departamento de Gestión de la Calidad del nivel central de la SESAL y ASSIST, a través de dos sesiones de aprendizaje, e iniciaron sus actividades a partir del mes de junio. Cada equipo elaboró un objetivo y un indicador de mejoramiento, analizaron los pasos de la atención, identificaron brechas, propusieron los cambios necesarios en el proceso de atención para implementar la consejería en Zika e implementaron una serie de actividades para lograr su objetivo.

## INICIOS DEL TRABAJO DE MEJORAMIENTO EN ATENCIÓN PRENATAL (MAYO 2017)

El equipo se propuso dos objetivos de mejoramiento: el primero estaba relacionado con la implementación de la consejería en Zika para toda mujer embarazada durante la atención prenatal y el

segundo con la entrega de condones a toda embarazada aconsejada. El equipo de mejora lanzó los siguientes cambios: a) se implementó por primera vez la consejería en Zika en el hospital en un nuevo espacio para tal fin designado por el equipo, b) se asignaron y capacitaron a las consejeras que abordarían a la embarazada en la preclínica y después de la consulta médica, c) se implementaron los formatos donde se registraría los datos de la consejería, d) se brindó educación sobre el virus Zika (los riesgos de una infección de Zika durante el embarazo y como prevenirla) en la preclínica, e) se dio información escrita en trípticos, f) se realizó evaluación médica especializada por proveedores de salud capacitados en el manejo del Zika, y g) se prepararon paquetitos de condones para entrega a las mujeres embarazadas después de recibir consejería.

Durante el proceso de implementación se tuvieron que realizar nuevos cambios para brindar la consejería y al final identificaron que antes de recibir la atención prenatal por el médico y después de pasar por preclínica, la embarazada y su pareja deberían pasar con la psicóloga para recibir consejería. Ninguna mujer pasa a consulta sin haber recibido su consejería en Zika por medio de la psicóloga o un suplente.

La disponibilidad de condones para la atención prenatal fue gracias a la generosa donación del Gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica a través de USAID, por lo tanto, todos los establecimientos priorizados contaron con condones disponibles.

## **ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

Cuando el equipo implementó las actividades para lograr su objetivo de mejoramiento, comenzaron a enfrentar problemas porque muchas de las embarazadas no aceptaban los condones, los rechazaban o simplemente los dejaban abandonados en el hospital porque tenían temor de llevar condones a casa por causa de las reacciones de su esposo/pareja (muchas mencionaban que sus esposos o parejas se iban a enojar, que iban a pensar que los estaban engañando) o simplemente referían que no los usarían. Esto permitió que los miembros del equipo de mejora se preguntaran el *¿por qué?* de la situación y, en base a sus experiencias previas, identificaron que un factor de éxito para la prevención de la transmisión sexual era el involucramiento de las parejas de las embarazadas. Ante esta necesidad, el equipo adicionó una serie de actividades para tratar de involucrar al hombre en los procesos de consejería de Zika y así obtener mejores resultados en relación con el uso del condón durante el embarazo. Fue así como decidieron iniciar reuniones de consejería grupal con hombres. La primera reunión con hombres se llevó a cabo el 6 de junio del 2017.

## **INVOLUCRANDO A LOS HOMBRES EN LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN SEXUAL DE ZIKA**

Ante el reto de involucrar a los hombres para lograr un rol proactivo en el cuidado de la salud de la mujer embarazada y su bebé, incluyendo la prevención de la transmisión vectorial y sexual (así como el correcto uso del condón), el equipo realizó las siguientes actividades. Para empezar, discutieron el tema con todos los integrantes del equipo de mejora, al inicio ellos mismos dudaban de lograr resultados. Luego tuvieron reuniones con todo el personal del establecimiento para sensibilizarlos con las actividades que iban a realizar, definieron los temas a impartir durante las reuniones, hicieron un cronograma de reuniones mensuales para los hombres, seleccionaron un profesional para conducir las mismas, responsabilidad que recayó inicialmente en la psicóloga del hospital.

Hicieron invitaciones (una tarjetita sencilla donde se encontraba el propósito de la reunión, la fecha, el lugar y la hora) las cuales distribuyeron a las embarazadas durante la consejería para que se las llevaran a sus esposos o dentro del hospital a cada uno de los esposos/parejas que acompañaban a las embarazadas en la consulta especializada.

Luego comenzaron a entregar invitaciones a otros hombres que acudían por otras causas al hospital. Todos los hombres que captan son bienvenidos, pero el equipo se enfoca en captar hombres por primera vez y en una sola reunión le brindan toda la información sobre Zika: formas de transmisión, medidas de prevención personal de la infección y de protección ambiental, sensibilizar al hombre en el cuidado de la mujer —especialmente si está embarazada— y sobre consecuencias para el bebé si se infecta por el virus del Zika, y posteriormente adicionaron otros temas como los temas de masculinidad (que permitieron mejorar la actitud del hombre en la reunión), técnicas para aplicar el condón, métodos de planificación familiar y recientemente se han introducido temas de estimulación temprana para sus hijos. De inicio hasta el final utilizaban dinámicas para romper el hielo, preguntas para indagar conocimientos y prácticas, juego de roles, y dinámicas de motivación.

Las reuniones se realizan mensualmente de acuerdo con el programa elaborado y son conducidas por la psicóloga que habla del tema de Zika, una enfermera profesional habla sobre el tema de planificación familiar y la pediatra habla sobre el tema de estimulación de niños.

Estas reuniones duran más o menos dos horas y durante las mismas también capacitan a los hombres en la técnica correcta para el uso del condón. El equipo de mejora elaboró un tríptico con información sobre el Zika y la prevención de la transmisión sexual, el cual es entregado a cada hombre, juntamente con una cantidad de condones para llevar a casa. También se realizan otras actividades de promoción dentro del hospital, haciendo partícipes a los diferentes servicios: feria de murales elaborados con el enfoque de prevención contra el Zika. En las fotografías a continuación, se observa las charlas grupales en sala de espera y en reuniones específicas con hombres, realizadas por el personal del hospital.



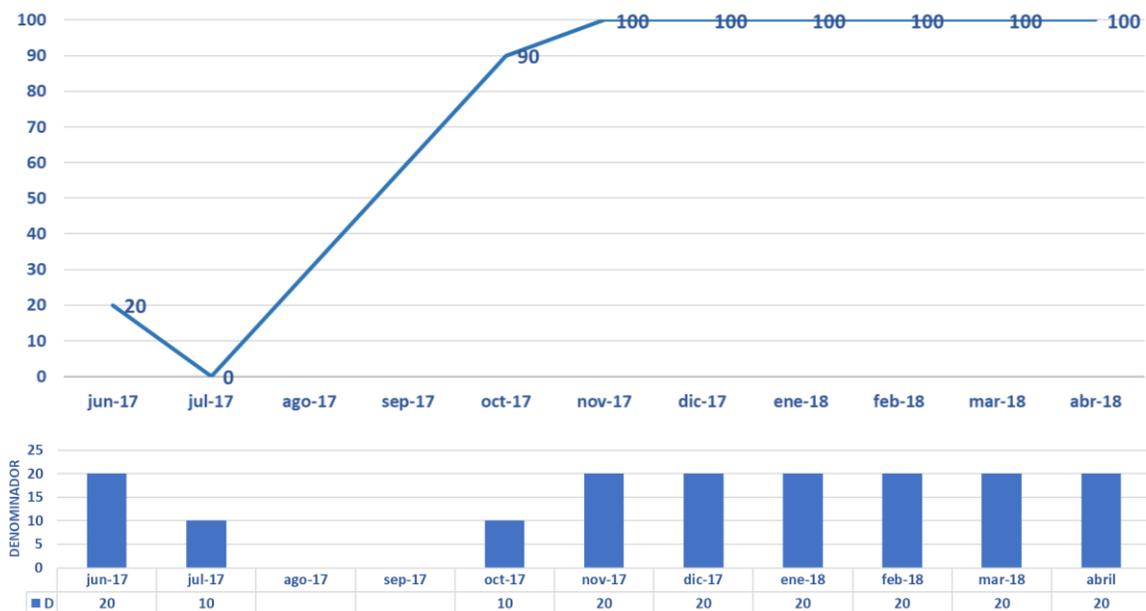
## RESULTADOS

Un cronograma de reuniones con hombres previamente citados o captados para consejería en Zika se está realizando en forma mensual y continua en el hospital de Tela. Unos 108 hombres han recibido información y/o consejería sobre Zika desde el inicio de la actividad en el hospital de Tela; de los cuales, 19 tenían entre 15 y 19 años, 37 entre 20-29 años y 33 eran mayores de 30 años. El éxito de la estrategia ha permitido la programación de nuevas reuniones que se realizan en las salas de consulta externa y a partir de finales de febrero 2018 se ha comenzado a invitar a los hombres que llegan a traer a sus esposas/parejas y sus bebés a sala de puerperio en el mismo hospital, entregando una invitación además de las citas normales para la embarazada y para el bebé. Los establecimientos de salud Carlos B González y el hospital del Progreso visitaron al hospital de Tela para conocer la experiencia y ahora ambos la han replicado y la han mejorado.

REPUBLICA DE HONDURAS SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA					
MASCULINIDAD HOSPITAL TELA					
CRONOGRAMA					
RESPONSABLE: DRA. LINDA AROLDI / COORDINADOR: DR. HOSPITAL TELA					
Fecha	Hora	Audiencia	Lugar	tema	
27 febrero	9:00 pm	Grupo de masculinidad	Sala puerperio Hospital tela	de masculinidad y planificación familiar	zika
16 marzo	9:00 Am	Celebración DIA DEL PADRE (evento apoyo) Grupo de masculinidad	Sala puerperio Hospital tela	de	El rol del hombre en la sociedad hondureña, + Masculinidad y zika + planificación familiar
23 abril	9:30 Am	Grupo de masculinidad	Sala puerperio Hospital tela	de masculinidad y planificación familiar	zika
17 mayo	9:00 Am	Grupo de masculinidad (es para los paterpas para celebración del día de la madre)	Sala puerperio Hospital tela	de	Desarrollo de sus parejas + Masculinidad y zika + planificación familiar
15 junio	5:30 Am	Grupo de masculinidad	Sala puerperio Hospital tela	de masculinidad y planificación familiar	zika
13 julio	9:30 Am	Grupo de masculinidad	Sala puerperio Hospital tela	de masculinidad y planificación familiar	zika

En la **Gráfica I** se presentan los resultados en términos de aumentar la aceptación de condones por las embarazadas.

**Gráfica I. Porcentaje de embarazadas a quienes en la atención prenatal se les entregó condones para prevención de la transmisión sexual del Zika, hospital de Tela (junio de 2017 a abril de 2018)**



\* Fuente: Base de datos "Improvement Indicator Database", Proyecto ASSIST.

## EXPERIENCIA DE RÉPLICA EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD CARLOS B GONZÁLEZ DE LA CIUDAD DE EL PROGRESO, YORO (CBG) DE LA SESAL

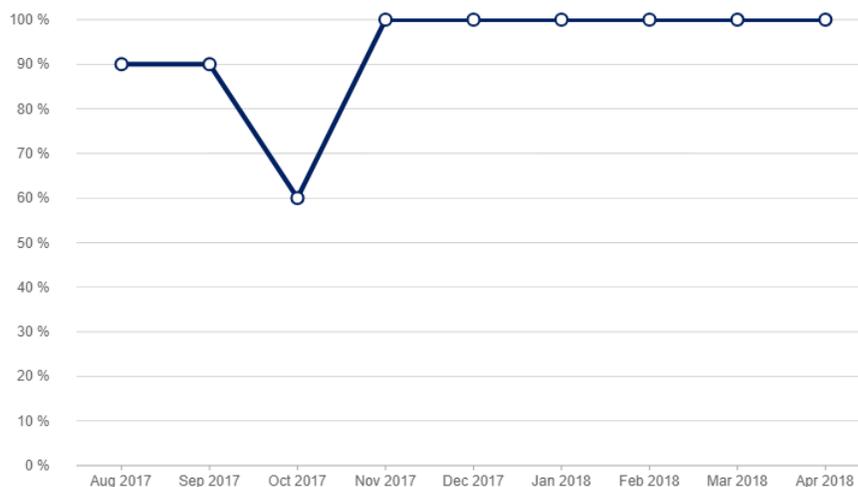
Personal del establecimiento Carlos B González (CBG), de la ciudad de El Progreso, [visitó el hospital de Tela en agosto del 2017](#) para conocer la experiencia de trabajo con los hombres después que identificaron que estaban teniendo problemas parecidos. Por ejemplo, cuando le daban la receta a la embarazada para retirar los condones en farmacia y comenzaron a ver que las recetas se encontraban tiradas en los basureros y en algunas ocasiones cuando la embarazada si retiraba los condones, pero los dejaba botados en el hospital y expresaban que tenían temor de que sus esposos se enojaran.

Ellos replicaron la experiencia desarrollando reuniones todos los jueves dirigidos a hombres y además comenzaron a dar consejería a las embarazadas y sus parejas. Se elaboraron invitaciones para las reuniones con el día y horas específicas para los esposos las cuales fueron entregadas a las embarazadas después de la consejería.

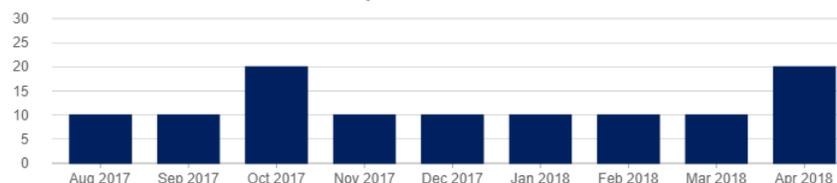
Una de las innovaciones realizadas por el CBG es que identificó, entrenó y asignó a trabajadores de la salud del sexo masculino para trabajar con los hombres. Esta estrategia mejoró la aceptación de los hombres participantes en las reuniones.

Durante el periodo de septiembre del 2017 a la fecha, el CBG ha tenido 96 hombres en reuniones grupales. De 2037 embarazadas atendidas de octubre del año 2017 a abril del año 2018, 24 embarazadas han sido atendidas con compañía de sus parejas y ambos han recibido consejería en Zika, como resultados de las invitaciones realizadas a hombres.

**Gráfica 2. Porcentaje de embarazadas a quienes en la atención prenatal se les entregó condones para prevención de la transmisión sexual del Zika, Carlos B González (SESAL) (agosto de 2017 a abril de 2018)**



**Total de embarazadas monitoreadas en el periodo evaluado**

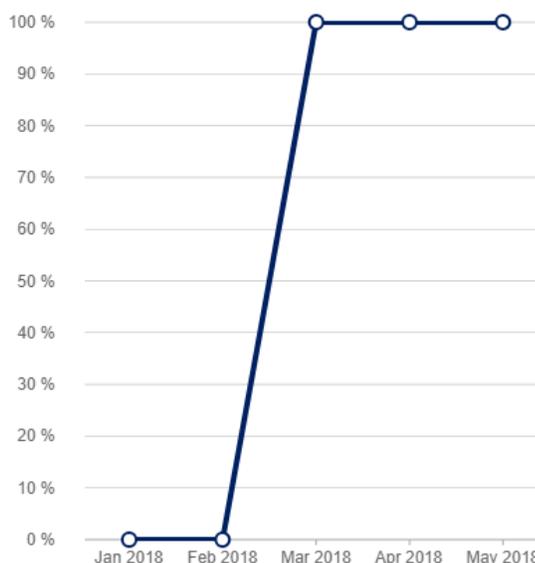


## EXPERIENCIA DE RÉPLICA EN LA CLÍNICA DEL IHSS DE EL PROGRESO (CIHSSP)

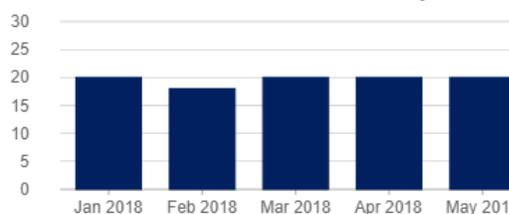
Como resultado del intercambio de experiencia de planificación familiar realizado en febrero del 2018, el personal de la Clínica del IHSS de El Progreso (CIHSSP) que participó en él conoció la experiencia de involucramiento del hombre en la prevención del Zika presentado por el hospital de Tela y el CBG. Motivados por la experiencia, el equipo decidió implementar una estrategia adaptada a su contexto. El IHSS atiende a los empleados asegurados de empresas maquiladoras (aproximadamente el 10% de la población a nivel nacional).

La CIHSSP inició sus actividades con hombres en abril del 2018. Iniciaron invitando a todos los esposos de las embarazadas que acudían a su primer control prenatal a la clínica. Junto a la cita de la embarazada, le dan una invitación por escrito para el esposo/pareja para que estos gestionen el permiso ante los patronos de sus trabajos. Después de la reunión le dan un certificado de participación en el “Taller para padres”. De igual forma le brindan una segunda reunión de taller para padres en la última atención prenatal (34 semanas de gestación). El equipo implementó cuatro estrategias para involucrar hombres: a) reuniones grupales para los hombres invitados, b) consejerías personales para hombres, c) consejerías prematrimoniales obligatorias enviadas por la municipalidad de El Progreso y d) consejerías para parejas (embarazada y su esposo). Además de los temas que el hospital de Tela aborda, la CIHSSP adicionó el tema de nutrición y la depresión post parto.

**Gráfica 3. Porcentaje de embarazadas a quienes en la atención prenatal se les entregó condones para prevención de la transmisión sexual del Zika, Clínica El Progreso (IHSS) (enero de 2018 a mayo de 2018)**



**Total de embarazadas monitoreadas en el periodo evaluado**



De abril 2018 a la fecha, la CIHSSP ha atendido 16 parejas en consejería, mas 8 consejerías a hombres solos, y ha sostenido 11 reuniones prematrimoniales para 102 parejas (204 personas) a las cuales han aconsejado sobre los temas relacionados al Zika.

Una experiencia expresada por los miembros del equipo fue la historia de uno de los hombres que participó en las reuniones para hombres. Cuando le mostraban los ejercicios y consejos para la mujer embarazada, el esposo tomaba fotografías con su celular y posteriormente la embarazada retroalimentó al personal sobre los cambios que su esposo había tenido, tales como: comenzó a cuidarla, a estar pendiente de su salud, posteriormente la apoyó durante el parto y después con el recién nacido. Están satisfechos con la estrategia y continúan manteniéndola.

## CONCLUSIÓN

Prevenir la transmisión sexual del virus es una responsabilidad de la pareja, abordar solo a la mujer embarazada es una estrategia débil. Además, la embarazada no siempre tiene las habilidades para transmitir conocimientos a su pareja o negociar el uso del condón. Inicialmente el hombre se muestra tímido para involucrarse, desconocía el Zika, desconocía el riesgo de transmisión sexual y no estaba permitiendo que la pareja lleve condones a casa. Algunas expresiones de ellos durante las reuniones con hombres fueron que “es a las mujeres que no les gusta usar el condón”, “las mujeres no delegan los cuidados de los hijos” y “se sienten raros y sorprendidos por estar en reuniones para hombres”.

La buena estrategia implementada y con excelentes técnicas y dinámicas se ha logrado un cambio en el pensamiento de los hombres en su perspectiva de cómo detener la infección del virus del Zika y prevenir los daños al recién nacido.

Los pasos sugeridos por el equipo para implementar la estrategia:

1. Toma de conciencia en los proveedores de los servicios de salud
2. Concientización del resto del personal del establecimiento de salud
3. Encontrar los espacios adecuados para impartir las charlas
4. Seleccionar los recursos que estará brindando las charlas (permanente, comprometido)
5. Elaborar tarjetas de invitación
6. Brindar información a los hombres a través de trífolios
7. Llevar un registro de la participación de los hombres

## PRÓXIMO PASOS

A partir del 2018, se inició el registro de los hombres participantes que reciben consejería/información de Zika en los formatos oficiales de atenciones diarias de pacientes (ATA). Anteriormente las atenciones de consejería no eran registradas y pasaban desapercibidas, pero a partir de la fecha todas las consejerías de embarazadas y de hombres son reportadas.

ASSIST apoyará a la SESAL en la elaboración de una guía operativa para la implementación de la estrategia de involucramiento del hombre en la prevención del Zika en otros establecimientos de salud. Además, la SESAL con apoyo de ASSIST identificará ayudas de trabajo que faciliten las reuniones con hombres y la identificación de los temas que deben abordarse durante las reuniones con su respectiva metodología, así como el apoyo a la diagramación e impresión del trífolio que el equipo de Tela elaboró para ser entregado a los hombres.

*Miembros del equipo de mejora de la calidad del hospital de Tela:*

- Dra. Dioxana López, pediatra, coordinadora equipo de recién nacidos (RN)
- Lic. Daira Contreras, jefa de ginecología, miembro de prenatal
- Lic. Magdalena Menjívar, coordinadora de calidad
- Dra. Linda Molina, coordinadora equipo prenatal
- Lic. Itza Aguiluz, psicóloga
- Lic. Glenda Martínez, jefe de labor y parto, miembro del equipo recién nacidos
- Lic. Kathia Rodríguez, servicio social, puerperio, equipo de planificación familiar
- Lic. Riccy Molina, servicio social, consulta externa especializada, equipo prenatal



*Miembros del equipo de mejora de la calidad del Carlos B. González:*

- Gisela Garay, auxiliar de enfermería
- Wendy Mejía, auxiliar de farmacia
- Norma Flores, médico asistencial
- Bessy Velásquez, médico en servicio social
- Alfonso Bonilla, director de establecimiento
- Francisco Rosales, vigilante
- Ebelinda Quiroz, estadígrafa
- Esmeralda Velásquez, médico asistencial
- Nancy Chirinos, auxiliar de estadística



*Miembros del equipo de mejora de la calidad de la Clínica IHSS El Progreso:*

- Dra. Karen Maldonado, psicóloga, técnico registros médicos
- Lic. Lucia Licon, Lic. en Pedagogía, auxiliar de farmacia
- Gina Reyes, técnico de laboratorio
- Kensy Ocampo, auxiliar de enfermería
- Lic. Nohemy González, Lic. en Enfermería
- Yolany Banegas, técnico en computación/técnico de laboratorio
- Dina González, técnico de registros médicos
- Sara Puentes, auxiliar de enfermería
- Lic. Rubén Orellana, Lic. en Pedagogía, promotor social



*Para más información, llamar o escribir a:*

Proyecto de USAID Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud  
University Research Co., LLC • 5404 Wisconsin Avenue, Suite 800 • Chevy Chase, MD 20815-3594 • EE.UU.  
Eficio Novacentro, Avenida Los Próceres, 9 piso 108B 3594 • Tegucigalpa • Honduras  
[www.usaidassist.org](http://www.usaidassist.org) • [assist-info@urc-chs.com](mailto:assist-info@urc-chs.com)

Este estudio de caso fue elaborado gracias al apoyo del pueblo estadounidense a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Las opiniones expresadas en la presente publicación no necesariamente reflejan el punto de vista o posición de la USAID ni del Gobierno de los Estados Unidos.



Entrega de condones a embarazada en clínica médica del CIS El Carrizal.  
© 2018 CRÉDITO: EQUIPO DE MEJORA, CIS EL CARRIZAL

Estudio de caso

# DETECCIÓN Y MANEJO INTEGRAL DE LA INFECCIÓN POR ZIKA DURANTE LA ATENCIÓN PRENATAL

## ESTABLECIMIENTO DE SALUD CIS EL CARRIZAL DE COMAYAGÜELA, HONDURAS

**SEPTIEMBRE 2018**

Este estudio de caso fue preparado por Tania Diaz y Norma Aly de University Research Co., LLC (URC) para revisión por parte de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), en el marco de su Proyecto Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud (ASSIST), el cual es posible gracias al apoyo generoso del pueblo americano a través de USAID. El Proyecto ASSIST de USAID es implementado por URC bajo los términos del acuerdo cooperativo número AID-OAA-A-12-00101. Los socios de URC para realizar actividades sobre Zika incluyen a la Academia Americana de Pediatría, FHI 360, Institute for Healthcare Improvement y WI-HER, LLC. Para mayor información sobre las actividades de ASSIST, favor de visitar [www.usaidassist.org](http://www.usaidassist.org) o escribir a [assist-info@urc-chs.com](mailto:assist-info@urc-chs.com).

## RESUMEN

El Centro Integral de Salud (CIS) El Carrizal está ubicado en una colonia periurbana de la ciudad de Comayagüela. Su área de influencia comprende 34 colonias urbano-marginales con una población de 76,478 personas y un número de 12,563 viviendas habitadas. Al mes atiende un aproximado de 40 nuevas embarazadas y 199 subsiguientes en la atención prenatal (APN). Con el apoyo de la Unidad de Gestión de la Calidad de la Región Metropolitana de Salud del Distrito Central y la asesoría técnica del Proyecto ASSIST de USAID, el CIS El Carrizal organizó un equipo de mejora del proceso de atención prenatal, el cual fue capacitado en cómo hacer mejora en la atención en salud aplicado en el contexto de la epidemia del Zika en junio del 2017, con el propósito de fortalecer las competencias del personal de salud para la prestación de servicios de calidad relacionados al Zika y mejorar los conocimientos de la población para prevenir la infección por este virus, especialmente a las mujeres embarazadas y madres de recién nacidos y sus familias. El equipo de mejora del CIS Carrizal elaboró tres objetivos para guiar su trabajo: implementar la consejería de Zika a las embarazadas que acuden a su APN, entregarles condones como medida de prevención sexual del virus del Zika y realizarles tamizaje de signos y síntomas de Zika. A pesar de algunas dificultades, han logrado trabajar en equipo e implementar cambios efectivos para abordar sus objetivos. Este estudio de caso describe su experiencia.

## INTRODUCCIÓN

El Centro Integral de Salud (CIS) El Carrizal, fundado en 2001, está ubicado en la colonia periurbana Centeno # 1, en la zona norte de la ciudad de Comayagüela, vecina de Tegucigalpa y parte del Distrito Central (DC). El establecimiento de salud pertenece a la Región Metropolitana de Salud del Distrito Central. Su área de influencia comprende 34 colonias urbano-marginales –tales como la Nueva Capital, Generación 2000, Fuerzas Unidas entre otras– con una población de 76,478 personas y un número de 12,563 viviendas habitadas. Por encontrarse en un área urbano marginal, predomina un clima de inseguridad debido a la proliferación de grupos organizados armados y alto índice de violencia, alcoholismo y drogas.

En CIS El Carrizal el horario de atención es de 7:00 a.m. a 3:00 p.m. Durante la jornada matutina, brinda los servicios ambulatorios de: medicina general, ginecología, odontología, psicología, trabajo social, laboratorio, enfermería, vacunas, farmacia y consejería de VIH y Zika. Aunque la jornada matutina es hasta las 3 p.m., los médicos salen a la una. Al mes atiende un aproximado de 40 embarazadas en su primera cita de APN y 199 en sus subsiguientes citas de control de embarazo.

Cuenta con personal de salud diverso: 6 médicos generales, 6 médicos en servicio social, 1 ginecóloga, 4 licenciadas en enfermería, 11 auxiliares de enfermería, 1 psicólogo, 1 trabajador social, 2 microbiólogos, 2 odontólogos y 4 técnicos en salud ambiental. La atención prenatal en el CIS El Carrizal es brindada por 1 médico ginecobstetra, 3 médicos generales y 5 médicos en servicio social.

## ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Con el apoyo de la Unidad de Gestión de la Calidad de la Región Metropolitana de Salud del Distrito Central y la asesoría técnica del Proyecto ASSIST de USAID, el CIS El Carrizal organizó un equipo de mejora del proceso de atención prenatal, el cual fue capacitado en cómo hacer mejora en la atención en salud aplicado en el contexto de la epidemia del Zika en junio del 2017, con el propósito de fortalecer las competencias del personal de salud para la prestación de servicios de calidad relacionados al Zika y

mejorar los conocimientos de la población para prevenir la infección por este virus, especialmente a las mujeres embarazadas y madres de recién nacidos y sus familias.

El equipo de mejora (EMC) realizó un flujograma para analizar la prestación de servicios relacionados al Zika dentro de la atención prenatal (APN). Al realizar el flujo del proceso de atención, se observó que los médicos no estaban brindando consejería en prevención del virus del Zika ni entregaban condones a las embarazadas ni a su pareja para la prevención de la transmisión sexual del mismo.

Sin embargo, en trabajo social –donde brindan la consejería de VIH– sí daban la consejería en Zika, pero no se encontraba evidencias del registro de dicha consejería a la embarazada por lo que se incorporó esta actividad en el área de trabajo social y en la atención medica prenatal consignándola en el libro de atenciones diarias (ATA), en el libro de consejería específico para Zika y en el expediente clínico.

De igual manera, otro problema que se observó fue que durante la consulta prenatal no se realizaba tamizaje de signos y síntomas de Zika ni se anotaba en el expediente clínico, por lo que se ideó un cambio en este proceso mediante el interrogatorio de los signos y síntomas durante la APN registrándolo en el expediente por medio del sello colocado en el dorso de la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) en la preclínica por la auxiliar de enfermería. Para entender mejor las fallas del proceso de atención, el equipo elaboró un flujograma e identificó las brechas que requerían abordarse y los cambios que el equipo planteó para enfrentar las brechas.

## **DISEÑO DE LA ESTRATEGIA DE MEJORAMIENTO**

El equipo de mejora del CIS Carrizal elaboró tres objetivos para guiar su trabajo de mejoramiento:

### **OBJETIVO DE MEJORA #1:**

En el CIS El Carrizal se incrementará la consejería en Zika a las embarazadas y/o su pareja que asisten a su atención prenatal de un 0 a un 50%, a partir del 1 de julio 2017 al 31 de diciembre 2017, mediante la incorporación de esta actividad en el área de trabajo social y en la atención medica prenatal (**Figura 1**) consignándola en el ATA, expediente clínico y libro de consejería en Zika.

**Indicador # 1:** *Porcentaje de embarazadas y/o su pareja que asisten a su atención prenatal a las cuales se les brinda consejería de Zika en el CIS El Carrizal*

**Numerador:** Número de embarazadas y/o su pareja que asistieron a su atención prenatal que recibieron consejería en Zika en el CIS El Carrizal

**Denominador:** Total de embarazadas y/o su pareja que fueron atendidas en la atención prenatal durante la semana en CIS El Carrizal

Figura 1. Atención de consejería a embarazada por parte del personal del CIS El Carrizal



### **OBJETIVO DE MEJORA #2:**

De las mujeres embarazadas que reciben APN en el CIS El Carrizal, el 100% recibirán su dotación de condones para prevenir la transmisión transversal del Zika a través de la entrega de paquetes de condones en el consultorio de atención médica previo a la información de la transmisión sexual y vertical, siendo esta entrega consignada en el expediente y ATA a partir del 1 de octubre 2017 al 31 de diciembre del 2017.

**Indicador # 2:** *Porcentaje de embarazadas que durante su APN previa recibieron información y se les entregaron condones para la prevención de la transmisión sexual del virus del Zika en el CIS El Carrizal*

**Numerador:** Número de embarazadas que durante su APN previa recibieron información y se les entregaron condones para la prevención de la transmisión sexual del virus del Zika en el CIS El Carrizal

**Denominador:** Total de embarazadas que fueron atendidas en la atención prenatal durante la semana en CIS El Carrizal

### **OBJETIVO DE MEJORA #3:**

En el CIS El Carrizal se incrementará el tamizaje clínico de Zika durante la APN de un 0% a un 50% mediante el interrogatorio de los signos y síntomas durante la APN registrándolo en el expediente por medio del sello colocado en el dorso de la HCPB en la preclínica, a partir del 1 de febrero al 1 de junio 2018.

**Indicador # 3:** *Porcentaje de embarazadas que durante su APN son evaluadas adecuadamente para detectar signos y síntomas del Zika durante el embarazo en el CIS El Carrizal*

**Numerador:** Número de embarazadas que durante su APN son evaluadas adecuadamente para detectar signos y síntomas del Zika durante el embarazo en el CIS El Carrizal

**Denominador:** Total de embarazadas que fueron atendidas en la atención prenatal durante la semana en CIS El Carrizal

## DESARROLLO DE NUEVAS IDEAS DE CAMBIO

Se propusieron ideas de cambio para lograr estos objetivos:

**Para lograr el Objetivo #1 (consejería en Zika), el equipo desarrolló las siguientes ideas de cambios y actividades:**

- Se socializaron las ideas de cambio a todo el personal del CIS El Carrizal.
- Se elaboró un formato, rayado y foliado, para registrar en un cuaderno específico la consejería en Zika y en el ATA para revisarlo semanalmente (**cambio**).
- En el carnet perinatal se consigna que se brindó la consejería en Zika por medio de un sello (**cambio**).
- Se estableció un rol de mediciones para no sobrecargar al personal cada semana.
- Se implementó un listado de criterios de calidad sobresalientes (**checklist**) que se debe bridar en la consejería Zika (**Figura 2**) (**cambio**).
- Se capacitó al 100% del personal del CIS El Carrizal en los *Lineamientos para la detección y manejo integral por Zika durante la preconcepción, embarazo, parto, puerperio, recién nacidos y manejo del Síndrome Congénito* con apoyo de los facilitadores regionales de la Clínica Periférica #2 IHSS Santa Fe, en una muestra clara de coordinación entre SESAL e IHSS.
- Se capacitaron un total de 15 consejeras en Zika y planificación familiar, las cuales se rotan para brindar la consejería a las embarazadas después de la atención médica en el cubículo destinado para consejería.
- Se realizaron otras actividades intra y extramuros, como charlas educativas sobre Zika en los pasillos para la población en general, elaboración de murales y visitas de campo con enfoque de Zika (**Figura 3**).
- Se validó el rotafolio de Consejería en Zika con el personal que brinda la consejería a las embarazadas, herramienta que fue elaborada por otros equipos y que fue adoptada después del intercambio de experiencias (**cambio**).

**Figuras 2 y 3. Listado de criterios de calidad sobresalientes (un checklist) que se deben bridar en la consejería Zika y mural elaborado por el equipo para informar**

Fecha	SG	Consejería Sintomatología de Zika: Rash Fiebre Conjuntivitis no purulenta	Consejería sobre Mecanismos de transmisión	Consejería: Maneras de prevención	Consejería A la Pareja	Entrega de condones

Fecha	SG	Consejería Sintomatología de Zika: Rash Fiebre Conjuntivitis no purulenta	Consejería sobre Mecanismos de transmisión	Consejería: Maneras de prevención	Consejería A la Pareja	Entrega de condones



**Para lograr el Objetivo #2 (dotación de condones a las embarazadas), el equipo desarrolló las siguientes ideas de cambios y actividades:**

- Se socializaron las ideas de cambio y los indicadores de país con el personal de atención y los médicos en servicio social nuevos.
- Se elaboró una bolsa de papel manila con 30 condones adentro y se le engrapa el tríptico sobre información de Zika, la cual se entrega en cada consultorio donde se da APN (**cambio**). (Como no existe un parámetro para la cantidad de condones que se debe entregar a las embarazadas cada mes, el equipo seleccionó esta cantidad después de una discusión con los asesores técnicos y en consulta con los gestores al nivel regional. Sin embargo, algunas mujeres pueden que usen menos y otras más; por eso, se recomienda consultar a las embarazadas y ser flexibles con respecto a la cantidad de condones que se les entrega.)
- Se trasladó el registro y la entrega de condones para las embarazadas a los consultorios donde se brinda la APN, previa información brindada por los médicos sobre la prevención de la transmisión sexual y vertical por el virus del Zika, ya que antes se les entregaba en farmacia (**cambio**). Este cambio fue apoyado por la gerencia del establecimiento de salud, al igual que ha apoyado todas las actividades realizadas por el equipo de mejora. De igual forma la clínica de consejería también estaba dotada de condones.
- Entrega de condones estricta en cubículos médicos, para asegurar que la embarazada lleve los mismos para prevención de la infección (**cambio**).

En las fotografías siguientes, se aprecia una consejería a una embarazada y los paquetes que el equipo de mejora ha preparado conteniendo condones para entregarle con el fin de prevenir la transmisión sexual del virus del Zika.

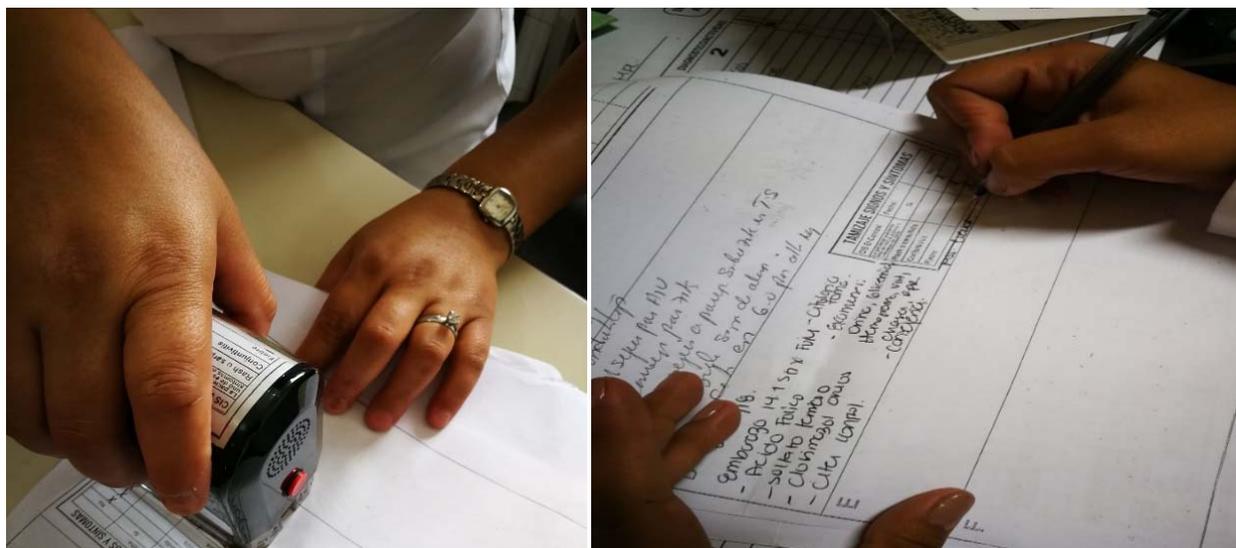


**Para lograr el Objetivo #3 (tamizaje clínico de Zika), el equipo desarrolló las siguientes ideas de cambios y actividades:**

- Se socializaron las ideas de cambio con todos los médicos del establecimiento de salud.
- Se implementó el tamizaje clínico de Zika a todas las embarazadas mediante el interrogatorio de los signos y síntomas durante la APN realizado por los médicos, registrándolo en el expediente por medio del sello (**Figuras 4 y 5**) colocado en el dorso de la HCPB en la preclínica (**cambio**). Este cambio no funcionó por la resistencia del médico a registrar los resultados del tamizaje.

- Entonces el equipo, después de analizar los resultados no satisfactorios, decidió cambiar el tamizaje a la preclínica (**cambio**). Este cambio si funcionó, la enfermera pregunta la presencia de signos y síntomas de Zika y lo registra mediante el sello en el expediente. Es responsabilidad del médico tomar decisiones si la enfermera encontró presencia de estos.
- Llevan un control estricto en brindar y registrar la consejería de Zika en la atención médica prenatal y en el servicio de trabajo social.
- Se realizan entrevista de pasillo o de salida para sondear el conocimiento a las embarazadas sobre signos y síntomas de Zika, mecanismos de transmisión y medidas de prevención personal.

**Figuras 4 y 5. Sello elaborado por el equipo para registrar el tamizaje de signos y síntomas en el expediente en preclínica, la consejería en Zika en pacientes embarazadas y su registro en el expediente**



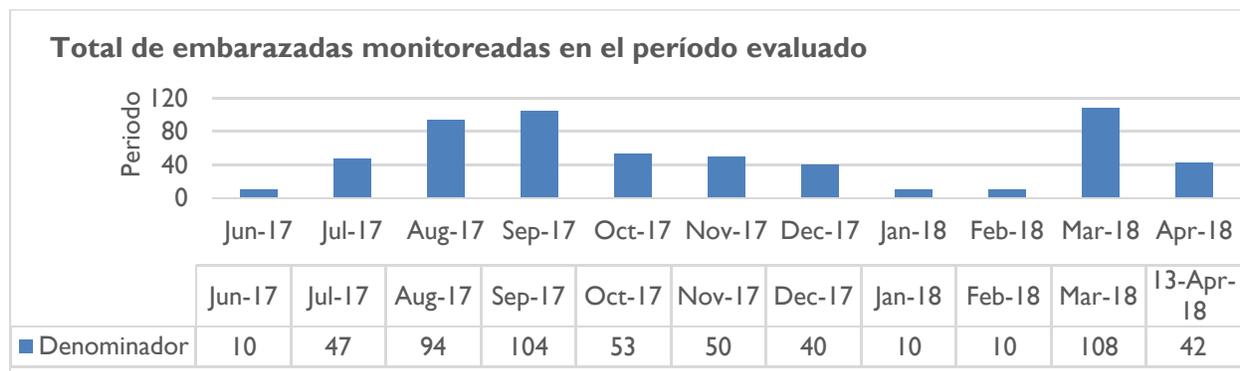
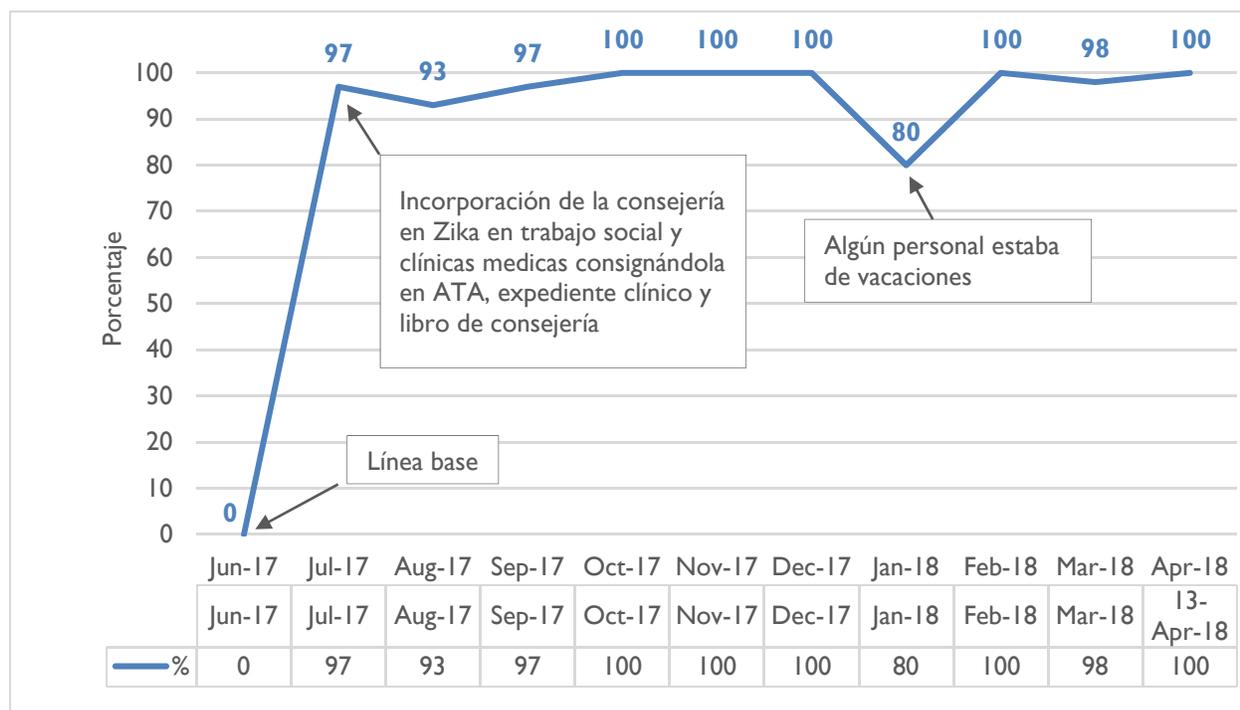
## RESULTADOS

Algunos de los logros del equipo de mejora para obtener sus resultados:

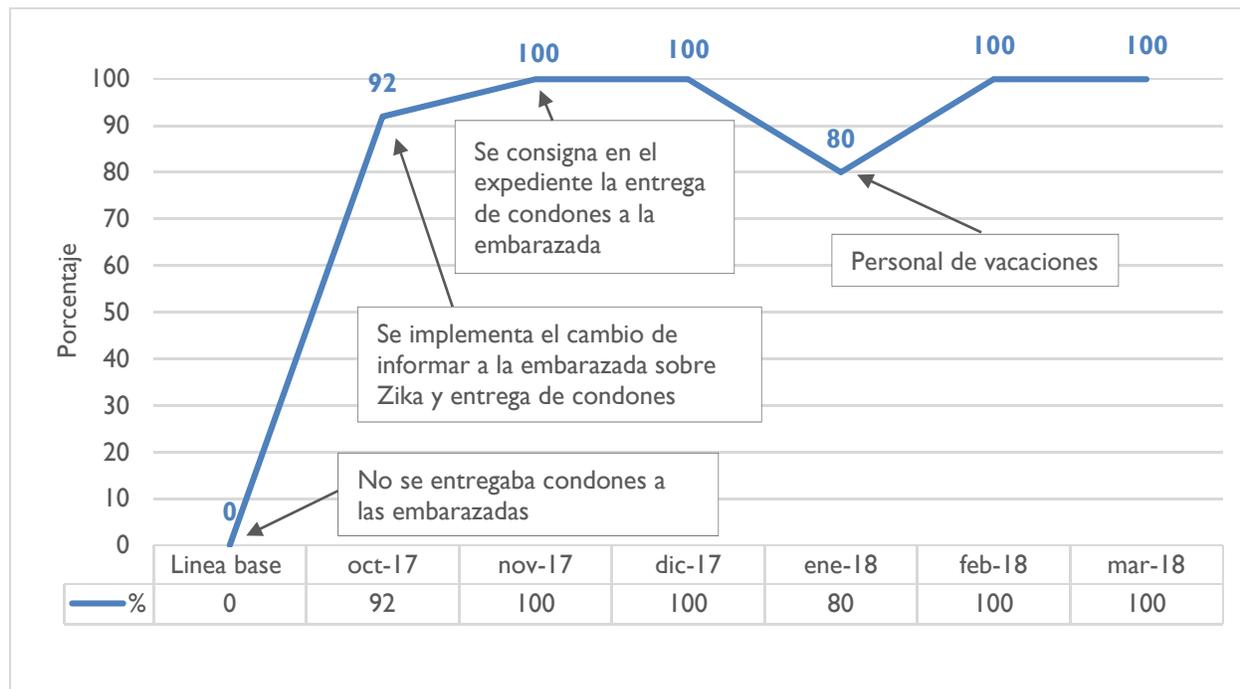
- Se formó el equipo de calidad para mejorar la atención prenatal (APN) en el contexto de Zika e implementar el trabajo en equipo.
- Se inició con una línea de base que encontró 0% de consejería en Zika y se logró alcanzar el 100%, que era la meta establecida para este indicador (**Figura 6**).
- Hay mayor aceptación de las embarazadas de los condones en el consultorio ya que están menos expuestas como antes se hacía cuando se entregaban los condones en la farmacia y están más concientizadas en la prevención de la transmisión sexual y vertical por el virus del Zika (**Figura 7**). Así mismo se lleva un mejor registro de la entrega de estos en el ATA.
- Hasta la fecha el 100% de las embarazadas durante su APN son evaluadas adecuadamente para detectar signos y síntomas del Zika durante el embarazo (**Figura 8**).

En las siguientes graficas se puede apreciar como el equipo logró sus objetivos:

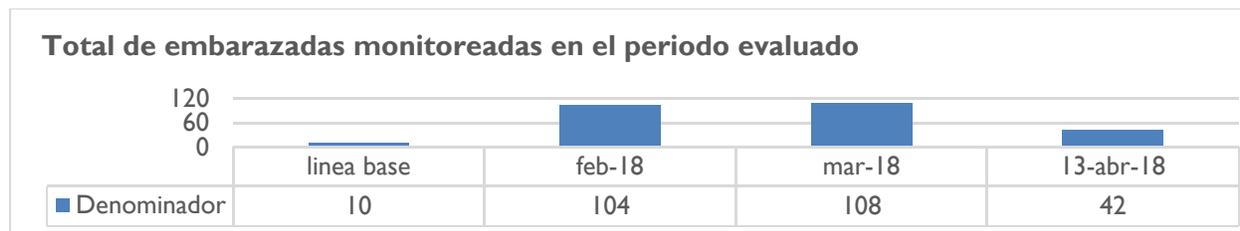
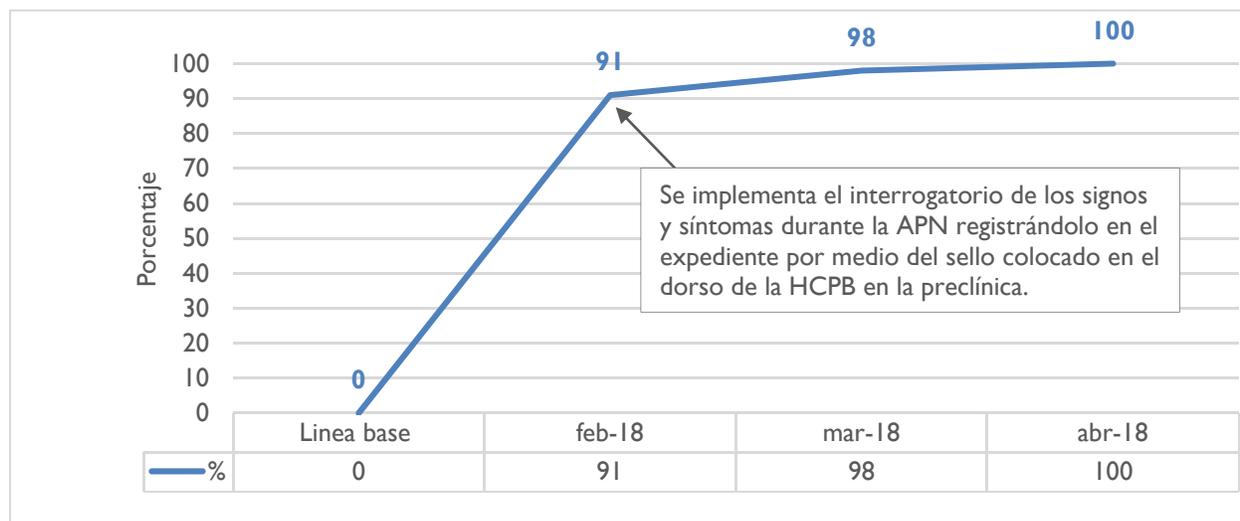
**Figura 6. Porcentaje de embarazadas y/o su pareja que asisten a su atención prenatal a las cuales se les brinda consejería de Zika en el CIS El Carrizal (1 de julio 2017 a 13 abril 2018)**



**Figura 7. Porcentaje de embarazadas que durante su APN previa recibieron información y se les entregaron condones para la prevención de la transmisión sexual del virus del Zika en el CIS El Carrizal (1 octubre 2017 – 31 marzo 2018)**



**Figura 8. Porcentaje de embarazadas durante su APN que son evaluados adecuadamente para detectar signos y síntomas del Zika durante el embarazo en el CIS El Carrizal (1 octubre 2017 – 13 abril 2018)**



## DIFICULTADES

- Han tenido dificultades con la captación de la pareja de la embarazada para brindar la consejería porque no siempre acude al CIS por razones de trabajo, por machismo, etcétera.
- A veces hay fuga de pacientes embarazadas o que se rehúsan a recibir la consejería de Zika y la entrega de los condones por factores culturales y educativos.
- La actitud negativa de los médicos ha sido una limitante, pero no ha impedido el progreso del mejoramiento. En cambiar el tamizaje a la preclínica y asignar la responsabilidad del interrogatorio inicial para signos y síntomas a las enfermeras, quienes estuvieron más dispuestas a cumplir con la recomendación del EMC, se logró fomentar la participación de los médicos en el tamizaje de Zika.

## CONCLUSIÓN

El Equipo de Mejora de la Atención en Salud del Proceso de Atención Prenatal del CIS El Carrizal, a pesar de sus dificultades, ha logrado trabajar en equipo e implementar tres objetivos: implementar la consejería de Zika a las embarazadas que acuden a su APN, entregarles condones como medida de prevención sexual del virus del Zika y realizarles tamizaje de signos y síntomas de Zika. Así mismo lograron concientizar a la población, y en especial a las embarazadas, sobre medidas de prevención personal, familiar y ambiental para la protección de su futuro bebé y evitar las temibles complicaciones de esta enfermedad.

## PRÓXIMOS PASOS

Los próximos pasos son:

- Seguir trabajando en estos tres objetivos hasta lograr la sostenibilidad de los mismos.
- Implementar otros objetivos de mejora y nuevas ideas de cambio.
- Buscar las estrategias para el involucramiento de la pareja a las actividades relacionadas a la prevención de la transmisión del Zika.
- Crear un equipo de mejora para el apoyo psicoemocional a las embarazadas con sospechas de Zika o madres de recién nacidos con SCaZ.
- Crear un equipo de mejora para el colaborativo de cuidado y apoyo para mejorar los procesos de atención respecto al crecimiento, desarrollo y seguimiento a los niños afectados con SCaZ.
- Compartir los cambios más exitosos y efectivos para provocar mejoramiento de la atención para que los mismos sean adoptados e implementados por otros equipos en un proceso intencional de expansión.

## INTEGRANTES DEL EQUIPO DE MEJORA DEL PROCESO DE ATENCIÓN PRENATAL DEL CIS EL CARRIZAL:

No.	Nombre Completo	Cargo	Rol dentro del equipo
1	Karina Oneyda Fonseca	Ginecobstetra Asistencial	Coordinador EMC
2	Ruth Nohemy Calix	Auxiliar de Enfermería	Secretaria EMC
3	Maria Isabel Murillo	Medico en Servicio Social	Miembro EMC
4	Martha Lorena Reyes	Auxiliar de Enfermería	Miembro EMC
5	Suani Montalván	Odontóloga	Miembro EMC
6	Edis Bermúdez	Auxiliar de Enfermería	Miembro EMC
7	Daysi Yamileth Lobo Cruz	Trabajadora Social	Miembro EMC
8	Digna Rubio	Técnico de Laboratorio	Miembro EMC
9	Evelin Tatiana Moncada	Auxiliar Administrativo	Miembro EMC



Vista panorámica de la entrada al CIS El Carrizal y los integrantes del equipo de mejora.

*Para más información llamar o escribir a:*

Proyecto de USAID Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud  
University Research Co., LLC • 5404 Wisconsin Avenue, Suite 800 • Chevy Chase, MD 20815-3594 • EE.UU.

Este estudio de caso fue elaborado gracias al apoyo del pueblo estadounidense a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Las opiniones expresadas en la presente publicación no necesariamente reflejan el punto de vista o posición de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) ni del Gobierno de los Estados Unidos.



**USAID**  
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS  
UNIDOS DE AMÉRICA

**PROYECTO ASSIST  
DE USAID**

*Aplicando la Ciencia para Fortalecer  
y Mejorar los Sistemas de Salud*



Estudiantes de Enfermería de la UCAN Nicaragua aplicando los conocimientos adquiridos en Zika en sus prácticas clínicas. 2018 crédito Lic. Juana Pérez

## Estudio de caso

# DOCENTES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD CRISTIANA AUTÓNOMA DE NICARAGUA (UCAN), APLICAN LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS SOBRE ZIKA

### MARZO 2019

Este estudio de caso fue elaborado por Indira Moreno, César Rodríguez e Ivonne Gómez de University Research Co., LLC (URC) para la revisión por parte de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), en el marco de su Proyecto Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud (ASSIST), el cual es posible gracias al apoyo generoso del pueblo americano a través de USAID. El Proyecto ASSIST de USAID es implementado por URC bajo los términos del acuerdo cooperativo número AID-OAA-A-12-00101. Los socios de URC para realizar actividades sobre Zika incluyen a la Academia Americana de Pediatría, FHI 360, Institute for Healthcare Improvement y WI-HER, LLC. Para más información sobre las actividades de ASSIST, favor de visitar a [www.usaidassist.org](http://www.usaidassist.org) o escribir a [assist-info@urc-chs.com](mailto:assist-info@urc-chs.com)

## RESUMEN

En las universidades al igual que en el resto de los escenarios, el personal docente no estaba preparado para el abordaje de Zika en sus planes de formación. A mediados del año 2017, USAID a través de su Proyecto ASSIST, perfila con las universidades la visión del rol preponderante que deben tener éstas en el contexto nacional frente al Zika e inicia asistencia técnica y mejora de las competencias en 7 universidades siendo una de ellas la UCAN. En la UCAN al igual que en el resto de las universidades existían brechas de conocimientos y competencias en el tema de Zika, tanto en los docentes como en los estudiantes; el tema no estaba incorporado en los programas de capacitación ni en los planes de estudio de ninguna de las carreras de la facultad de ciencias médicas; es en este contexto donde se reconoce la brecha de conocimientos, y se asume el compromiso mutuo de abordar la temática de Zika desde la formación de los futuros profesionales de la salud, desarrollando competencias pertinentes en docentes y estudiantes para contribuir con la prevención y atención desde sus prácticas clínicas y comunitarias.

La atención con calidad a las personas afectadas por el Zika, al igual que la prevención, requieren el desarrollo de competencias del personal docente y de estudiantes. Para el fortalecimiento de competencias de docentes y estudiantes, el Proyecto ASSIST desarrolló un programa de capacitación que contiene 5 temas. Para cada uno de estos temas se desarrolló un módulo que contiene: objetivos de aprendizajes, competencias a desarrollar, material de apoyo, nota técnica, presentaciones en power point y todo el material complementario al tema específico, es decir, el Proyecto desarrolló una herramienta metodológica para los docentes llamada paquete pedagógico para que ellos la utilicen en la transferencia del conocimiento de Zika a los estudiantes durante su formación.

Los conocimientos adquiridos por los docentes durante las capacitaciones desarrolladas por el Proyecto ASSIST han sido transferidos y puesto en prácticas en los salones de clase en la formación de los estudiantes de ambas carreras, a su vez el conocimiento adquirido por los estudiantes ha sido puesto en práctica en las rotaciones que hacen por los establecimientos de salud y comunidades. Los estudiantes ahora brindan charlas en el hogar sobre las medidas de prevención y protección personal del Zika, sobre los signos, síntomas y complicaciones de la enfermedad y detectar oportunamente casos de microcefalias o de retraso en el desarrollo sobre todo de los niños expuestos al Zika. Así mismo participan en ferias de la salud donde se aborda la prevención del Zika y la importancia de la detección de afectaciones en niños expuestos.

En este estudio de caso se describe el proceso de integrar el tema de Zika en los programas de estudio de las carreras de medicina y enfermería, así como la experiencia de los docentes, estudiantes y autoridades involucrados en este trabajo.

## INTRODUCCIÓN

A partir del 2016 que se reportan los primeros casos de Zika en Nicaragua, se inician actividades de prevención y atención en diferentes escenarios, instituciones de salud, organismos y comunidades para enfrentar los efectos en la población. En las universidades al igual que en el resto de los escenarios, el personal docente no estaba preparado para el abordaje de Zika en sus planes de formación. A mediados del año 2017, USAID a través de su Proyecto ASSIST, perfila con las universidades la visión del rol preponderante que deben tener éstas en el contexto nacional frente al Zika e inicia asistencia técnica y mejora de las competencias en 7 universidades: Universidad de la Región Autónoma de la Costa Caribe Norte (URACCAN), Bluefields Indian & Caribbeans University (BICU), Universidad Nacional Autónoma

de Nicaragua (UNAN León), Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN Managua) a través de su Facultad Regional Multidisciplinarias (FAREM Matagalpa), Politécnico de la Salud POLISAL, Universidad Politécnica de Nicaragua (UPOLI) y Universidad Cristiana Autónoma de Nicaragua (UCAN).

En la UCAN al igual que en el resto de las universidades existían brechas de conocimientos y competencias en el tema de Zika, tanto en los docentes como en los estudiantes; el tema no estaba incorporado en los programas de capacitación ni en los planes de estudio de ninguna de las carreras de la facultad de ciencias médicas; es en este contexto donde se reconoce la brecha de conocimientos, y se asume el compromiso mutuo de abordar la temática de Zika desde la formación de los futuros profesionales de la salud, desarrollando competencias pertinentes en docentes y estudiantes para contribuir con la prevención y atención desde sus prácticas clínicas y comunitarias.

El Proyecto ASSIST definió entre sus metas capacitar a los docentes y estudiantes de los últimos años de ambas carreras, es decir los estudiantes de cuarto y quinto año, por ser quienes están próximos a graduarse y en poco tiempo saldrán a laborar a diferentes instituciones de salud. En esta universidad la meta de capacitación establecida por el Proyecto fue de 59 estudiantes de la carrera de medicina; 68 estudiantes de la carrera de enfermería y 10 docentes de ambas carreras.

UCAN es una universidad privada, cuya sede principal está ubicada en la ciudad de León, fue fundada en mayo de 1996 y cuenta con 6 facultades siendo una de ellas la de Ciencias Médicas, dentro de la cual se encuentran las carreras de medicina y de enfermería. La carrera de medicina extiende el título de Doctor en Medicina y Cirugía, con un plan de estudio de 6 años (5 de estudio en la Universidad y 1 de prácticas hospitalarias) la matrícula es de 277 estudiantes. La carrera de enfermería extiende el título de Licenciatura en enfermería, tiene un plan de estudio de 5 años y su matrícula es de 158 estudiantes.

## **ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

En la mayoría de los países las instituciones formadoras de recursos profesionales de la salud (enfermería y medicina) son parte de la respuesta a cualquier problema de salud sobre todo en los casos de epidemias.

La aparición del Zika en Nicaragua encontró a las universidades al igual que a las instituciones de salud, organismos y comunidades, sin preparación para enfrentar esta enfermedad emergente. Los docentes escuchaban a través de los medios de comunicación sobre la epidemia de Zika que estaba afectando el país, sin embargo, desconocían las vías de transmisión, manifestaciones clínicas, diagnóstico, tratamiento y complicaciones, por lo tanto, no podían enseñar el tema a los estudiantes ni contribuir en la respuesta planteada por las autoridades nacionales para la prevención de esta enfermedad y sus complicaciones.

En el momento de la epidemia las prácticas clínicas y comunitarias que realizaban los estudiantes durante su formación fueron oportunidades perdidas para la transmisión de mensajes clave a la población para la prevención de la enfermedad. Así mismo, como era de esperarse, el Zika por ser una enfermedad emergente no estaba incluida en los planes de estudio, los estudiantes egresaban de estas carreras sin las competencias requeridas para la prestación de los servicios de salud en el contexto del Zika.

Es importante mencionar que los estudiantes de ambas carreras una vez que egresan de la universidad realizan su servicio social obligatorio en las instituciones del sector salud y en las comunidades rurales y urbanas, es decir, se convierten en los profesionales de la salud que atienden a la población en los territorios más alejados del país; de allí la importancia de la asistencia técnica del Proyecto ASSIST, la cual se convierte para las universidades en una oportunidad para fortalecer los conocimientos del personal

docente y estudiantes de ambas carreras a fin de contribuir en la respuesta a la epidemia, específicamente en las medidas de prevención y en la mejora de la calidad de la atención a las familias afectadas por esta enfermedad del Zika.

## **DISEÑO DE LA ESTRATEGIA DE MEJORAMIENTO**

La atención con calidad a las personas afectadas por el Zika, al igual que la prevención, requieren el desarrollo de competencias del personal docente y de estudiantes. Para poder cumplir con este propósito fue necesario realizar varias reuniones con las autoridades de esta universidad incluyendo el decano de la facultad de Ciencias Médicas bajo la cual se cobijan las carreras de medicina y enfermería, para sensibilizarlos en el tema de Zika y explicarles las razones e importancia de la asistencia técnica, así como también presentarles la propuesta de las actividades de capacitación a desarrollar con el personal docente y estudiantes, los temas de las capacitaciones, el tiempo requerido para las mismas, las estrategias a desarrollar para la sostenibilidad e institucionalización, el período de la asistencia técnica y el Mejoramiento Continuo de la Calidad en el contexto del Zika.

De igual manera en estas reuniones se indagó sobre los conocimientos que tenía el personal docente sobre Zika, las actividades que estaba desarrollando la universidad para contribuir a la respuesta de la epidemia, como estaban abordando la temática de Zika con los estudiantes, las actividades realizadas por los estudiantes para la resolución de problemas de salud en la comunidad, disponibilidad y compromiso de las autoridades universitarias para abordar la temática de Zika en los planes de estudio de las carreras de medicina y enfermería. Finalmente, una vez asumido el compromiso de las autoridades y el decano de la universidad se elaboró un Plan Operativo de Actividades (POA) donde quedaron escritas las actividades de capacitación, de asistencia técnica, de sostenibilidad, sesiones de intercambios de experiencias, herramientas técnicas a diseñar, estudios de casos e informes de sistematización de la experiencia a elaborar, con fechas y responsables de la ejecución de estas.

## **FORTALECIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS EN LA UCAN**

Para el fortalecimiento de competencias de docentes y estudiantes, el Proyecto ASSIST desarrolló un programa de capacitación que contiene 5 temas: Atención a embarazadas y vigilancia del Síndrome Congénito asociado a Zika-SCaZ, Consejería preconcepcional, prenatal y posparto en el contexto del Zika, Vigilancia y promoción del desarrollo infantil temprano de 0 a 2 años en el contexto de Zika, Apoyo Psicológico a familias afectadas por el Zika y la Integración del género en el contexto del Zika. Para cada uno de estos temas se desarrolló un módulo que contiene: objetivos de aprendizajes, competencias a desarrollar, material de apoyo, nota técnica, presentaciones en power point y todo el material complementario al tema específico, es decir, el Proyecto desarrolló una herramienta metodológica para los docentes llamada paquete pedagógico para que ellos la utilicen en la transferencia del conocimiento de Zika a los estudiantes durante su formación.

### Capacitaciones de docentes y estudiantes

Las capacitaciones dirigidas a docentes responsables de prácticas comunitarias y hospitalarias, tanto de medicina como enfermería fueron desarrolladas en modalidad presencial utilizando los talleres como método para la enseñanza de los 5 temas del Programa de capacitación desarrollado por ASSIST. Durante los talleres, se hizo especial énfasis en la aplicación estandarizada de: la técnica correcta de medición e interpretación del perímetro cefálico (PC), de criterios para el seguimiento de los niños con SCaZ, de la evaluación del neurodesarrollo de estos niños por hitos según edad y su estimulación temprana, entre otros, además se les proporcionaban las herramientas diseñadas por el Proyecto para

cada uno de los temas como cintas del CLAP para la medición del Perímetro Cefálico, curvas para el registro de las mediciones, ayudas trabajos, etc,

Posteriormente con el acompañamiento técnico del Proyecto ASSIST los docentes capacitados transfirieron este conocimiento a los estudiantes de las carreras de medicina y enfermería, así como también a otros docentes, luego pasaron a la puesta en práctica del conocimiento adquirido, en las rotaciones comunitarias y clínicas que realizan los estudiantes en las instituciones de salud.

## DESARROLLO DE LAS IDEAS DE CAMBIO

Los miembros del equipo docente adoptaron en su proceso de enseñanza y en las prácticas comunitarias y clínicas la metodología de aprendizaje basado en problemas (ABP), los materiales de apoyo y las herramientas técnicas utilizadas por el proyecto ASSIST en las capacitaciones.

La metodología ABP permitió a los docentes hacer uso de estudio de casos, simulaciones, aplicación de listas de chequeo, que a diferencia de las clases magistrales tiene como resultado el reforzamiento no solo del conocimiento sino también de las habilidades. Así mismo, incluyeron la temática de Zika en los diferentes momentos que desarrolla el estudiante durante su formación y que son sujetos de evaluación y calificación tales como: charlas domiciliarias que brindan a la población en sus prácticas comunitarias, la promoción de los comportamientos de mayor potencial para la prevención del Zika (uso de repelentes, uso del condón durante el embarazo, eliminación de agua de lluvia, cubrir recipientes que almacenan agua, eliminación de huevos de zancudos y asistencia a la atención prenatal), También la detección de casos de microcefalia y alteraciones neurológicas en menores de 2 años para su referencia oportuna.



Foto: Dr. Edgar Zúñiga y Dra. Aurora Bonilla, docentes de Medicina, entrenando a estudiantes. Dic. 2018

Parte de estos cambios fue también la inclusión del tema de Zika en los sistemas de evaluación de los Procesos de Atención de Enfermería (PAE) y Medicina, e inclusión del tema en las investigaciones para optar al título en las carreras de Medicina y Enfermería.

Actualmente el equipo docente de ambas carreras está identificando en sus diferentes planes de estudio las asignaturas donde van a incorporar la temática de Zika, a lo largo de los años de formación, además haciendo revisión y ajustes a los formatos de evaluación de las competencias de los estudiantes.

## RESULTADOS

Los conocimientos adquiridos por los docentes durante las capacitaciones desarrolladas por el Proyecto ASSIST han sido transferidos y puesto en prácticas en los salones de clase en la formación de los estudiantes de ambas carreras, a su vez el conocimiento adquirido por los estudiantes ha sido puesto en práctica en las rotaciones que hacen por los establecimientos de salud y comunidades. Los estudiantes ahora brindan charlas en el hogar sobre las medidas de prevención y protección personal del Zika, sobre los signos, síntomas y complicaciones de la enfermedad y detectar oportunamente casos de microcefalias o de retraso en el desarrollo sobre todo de los niños expuestos al Zika. Así mismo participan en ferias de la salud donde se aborda la prevención del Zika y la importancia de la detección de afectaciones en niños expuestos.

El tema de Zika despertó además el interés en otros docentes de carreras afines como la de Psicología por lo que la UCAN incluyó en el tema de capacitación de Apoyo Psicológico a las familias afectadas por el Zika a 3 docentes de la carrera de Psicología, y por la misma razón incluyeron en las capacitaciones a estudiantes de la carrera de enfermería de una facultad regional de esta universidad, que no habían sido contemplados en la meta inicial del Proyecto. Hasta el 15 de marzo el Proyecto ASSIST juntamente con el equipo docente de la UCAN han logrado capacitar a: 13 docentes de una meta de 10 (130%); a 92 estudiantes de la carrera enfermería de una meta de 68 (135%), y 59 estudiantes de la carrera de medicina de una meta de 59 (100%).

El conocimiento adquirido por el equipo docente permitió la aplicación en el proceso de enseñanza aprendizaje con los estudiantes, de las herramientas de evaluación para la identificación del nexo epidemiológico de los casos clínicos, de los factores de riesgo prenatales y de los rasgos fenotípicos de la niñez afectada con SCaZ. Este conocimiento permitió a los estudiantes de la carrera de medicina la identificación del caso de una niña con probable SCaZ, que no había sido diagnosticada previamente. Además, en la práctica tuvieron la oportunidad de diferenciar este caso con el de otros niños con adecuado neurodesarrollo. Igualmente, los docentes brindaron consejería a la familia y la derivaron para apoyo psicológico, tal como lo amerita el caso.

## LECCIONES APRENDIDAS

- ✚ Contar con la voluntad política de las autoridades universitarias y docentes facilita la implementación de los cambios.
- ✚ Las herramientas fáciles de utilizar y de demostrada eficacia (amigables), facilitan la adopción de éstas por parte de los docentes y estudiantes durante el proceso de enseñanza aprendizaje.
- ✚ Conocer la trascendencia del Zika en la salud pública permitió la sensibilización y visualización como un tema importante a incluir en la formación de las carreras de enfermería y medicina.
- ✚ La actualización de conocimientos del equipo docente, en enfermedades emergentes como el Zika, favorece la inclusión en los planes de estudio para la formación de los futuros profesionales de la salud.

## **Resumen de los cambios implementados en UCAN Nicaragua**

### Para fortalecer el aprendizaje del proceso de atención

- Adopción y utilización de la metodología implementada en los talleres de capacitación desarrollados por ASSIST, al proceso de enseñanza aprendizaje en las prácticas clínicas y comunitarias.
- Incluir como material en el proceso de enseñanza todas las herramientas y guías proporcionadas en las capacitaciones.

### Para fortalecer el aprendizaje en la prevención:

- Aplicación práctica de los conocimientos en diferentes aspectos sujetos a evaluación: Consejería, apoyo psicológico a familias afectadas, charlas domiciliarias sobre Zika, promoción de los comportamientos de mayor potencial para la prevención del Zika (uso de repelentes, uso del condón durante el embarazo, eliminación de agua de lluvia, cubrir recipientes que almacenan agua, eliminación de huevos de zancudos, asistencia a la atención prenatal), detección de casos.

### Sostenibilidad:

- Inserción de temas de Zika en los planes de estudio.
- Inclusión del tema de Zika en los sistemas de evaluación de los Procesos de Atención de Enfermería (PAE) y Medicina.
- Inclusión del tema como investigaciones para optar a título en ambas carreras.



Imagen obtenida en el consultorio de APN con el consentimiento de la paciente y del proveedor de salud del Hospital Distrital de Presidente Franco durante la observación del desarrollo de la consulta.

## Estudio de caso

# LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIRUS ZIKA A TRAVÉS DE LA ENTREGA DE CONDONES A LAS EMBARAZADAS EN LA APN EN EL HOSPITAL DISTRITAL DE PRESIDENTE FRANCO, PARAGUAY

**NOVIEMBRE 2018**

Este estudio de caso fue preparado por Marlene Espinola, Dominica Vera y Graciela Ávila de University Research Co., LLC (URC) para revisión por parte de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), en el marco de su Proyecto Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud (ASSIST), el cual es posible gracias al apoyo generoso del pueblo americano a través de USAID. El Proyecto ASSIST de USAID es implementado por URC bajo los términos del acuerdo cooperativo número AID-OAA-A-12-00101. Los socios de URC para realizar actividades sobre Zika incluyen a la Academia Americana de Pediatría, FHI 360, Institute for Healthcare Improvement y WI-HER, LLC. Para mayor información sobre las actividades de ASSIST, favor de visitar a [www.usaidassist.org](http://www.usaidassist.org) o escribir a [assist-info@urcchs.com](mailto:assist-info@urcchs.com).

## RESUMEN

**Presidente Franco** es una ciudad portuaria fronteriza en Paraguay, localizada en la región oriental del país, a orillas del río Paraná, en el departamento de Alto Paraná. Es conocida como la ciudad de las Tres Fronteras y de los Saltos del Monday. cuenta con 70.986 habitantes en total, según la Dirección General de Estadísticas, Encuesta y Censos.

El Hospital Distrital de Presidente Franco es un hospital de atención general, ubicado en la ciudad del mismo nombre, atiende en promedio 900 consultas prenatales al mes.

Cuenta con dos consultorios de Atención Prenatal (APN) (consultorio de primera vez y seguimiento) y un consultorio de planificación familiar con un total de 5 licenciadas en obstetricia a cargo de dichos consultorios, un consultorio de adolescente en el cual atienden 4 médicos ginecólogos y un consultorio de ginecología para pacientes de alto riesgo en el cual atienden 2 ginecólogos. El servicio de urgencias de ginecología está cubierto por 6 licenciadas en obstetricia que realizan escalas rotativas en sus respectivas guardias y 7 médicos ginecólogos.

Inicialmente, en la APN, Planificación Familiar (PF), y Atención Post Parto (APP) no estaba instalada la consejería para la prevención del Zika y otros aspectos relativos a la infección. A partir de abril de 2018 se inician las acciones de capacitación sobre Zika y embarazo con el Proyecto ASSIST de USAID, abordando los componentes de prevención y diagnóstico durante el embarazo, tamizaje neonatal para el diagnóstico de microcefalia y otras malformaciones, y el Cuidado y Apoyo a niños y/o familias afectadas. Se establecen los equipos de mejora continua y se aplica la metodología de mejoramiento continuo de la calidad en la atención de la salud brindada en el servicio.

En este estudio se describen las acciones implementadas por el Equipo de Mejora de atención prenatal y los resultados obtenidos en la prevención de la transmisión en mujeres embarazadas.

## INTRODUCCIÓN

Dentro del sistema de Vigilancia del virus Zika de la DGVS del MSPBS del Paraguay, ingresaron hasta la SE 36, un total de 715 notificaciones en todo el país.

Se registraron 4 casos confirmados por pruebas de RT-PCR para Zika del Laboratorio de Referencia Nacional, 3 casos fueron clasificados como probables. Además, continúan 103 casos como sospechosos y 598 casos fueron descartados.

De los casos confirmados, 3 corresponden al departamento Central en los distritos de San Lorenzo y Capiatá. Un caso confirmado procedente del distrito de Cambyretá, departamento de Itapúa. Se notificaron más de un centenar de casos de microcefalia, pero muy pocos confirmados (menos de 5) los casos asociados a ZIKA.

### Equipo de Mejora de la Calidad en Consejería del Hospital Distrital Presidente Franco

- 1. Lic. Marlene Concepción Espinoza
- 2. Lic. Elba María Cáceres de Fernández
- 3. Lic. Magdalena Raquel Espinola Fritz
- 4. Lic. Marcelo Giménez
- 5. Lic. Nilda Galeano de Leguizamón
- 6. Lic. Leonida Bogado Medina
- 7. Lic. Carlos Alberto Núñez Mieres
- 8. Lic. Dolly Noelia Santander Uran
- 9. Dra. Romina Beatriz Benítez Peña
- 10. Nilsa Candia

En Alto Paraná fueron notificados un total de 28 casos de los cuales 12 son sospechosos y 16 son descartados según el boletín epidemiológico de la semana 35 del 2018 de la DGVS del MSPS. En el Hospital Distrital de Presidente Franco ningún caso de ZIKA en embarazadas, ni en la población general, fue confirmado.

## **ESCENARIO**

El Hospital Distrital de Presidente Franco depende de la X Región Sanitaria, está ubicado a 7 kilómetros de la capital del departamento, Ciudad del Este siendo uno de los hospitales distritales más importantes de la red regional del Ministerio de Salud. Cuenta con las 4 especialidades médicas generales: medicina interna, cirugía, pediatría y ginecología-obstetricia. Dispone de salas de parto, cirugía, neonatología. Además, cuenta con todos los programas de salud pública y un laboratorio de baja complejidad.

En cuanto a la APN, los servicios se dividen en: consultorio de primera vez, realizado por licenciadas en obstetricia, prenatal de seguimiento también realizado por licenciadas en obstetricia, y un consultorio de ginecología y embarazadas de alto riesgo a cargo de médicos gineco-obstetras.

## **IMPORTANCIA DE ACONSEJAR A LA EMBARAZADA SOBRE EL USO DE CONDON PARA EVITAR LA TRANSMISION SEXUAL:**

Conociendo la asociación del virus ZIKA durante el embarazo con la aparición de malformaciones congénitas en el feto, especialmente la microcefalia y otros defectos congénitos, es esencial la prevención de la infección por el virus del ZIKA durante el embarazo. Siendo una de las vías de trasmisión la sexual, estudios han demostrado que el virus del zika puede permanecer en el semen durante más tiempo que en otros líquidos corporales incluidos el flujo vaginal, la orina y sangre, por lo que los servicios de salud deben aconsejar a las mujeres embarazadas y sus parejas sobre los riesgos que la infección por el virus del Zika representan y las maneras de prevenirlo.

Los proveedores de salud, juegan un rol primordial en la oferta de consejería en la consulta prenatal, dando orientaciones sobre el uso correcto y sistemático de condones, tanto para hombres como para mujeres, en las relaciones sexuales (vaginal, anal u oral), además de aconsejar sobre los otros métodos de transmisión.

## **LA INTERVENCIÓN**

El equipo de mejora de consejería del Hospital de Presidente Franco se conforma en el mes de abril del 2018, los integrantes motivados e incentivados por los jefes de servicio del área de obstetricia,

ginecología y salud pública, rápidamente se empoderan de las actividades de mejora de la calidad y adoptan la consejería como parte de la rutina de consulta en los consultorios de APN, alcanzando un 100% en consejería en el primer mes de monitoreo.

En una de las reuniones de equipo se discute la importancia de fortalecer la consejería en la prevención de la transmisión sexual del virus zika a través del uso de condón. Una de las debilidades era la entrega de condones a las embarazadas luego de la consejería en los consultorios de APN, ya que los mismos solo estaban disponibles para el consultorio de planificación familiar, sumado al hecho de que no existía un mecanismo de registro de salida de condones y de no contar con la aprobación administrativa para la entrega de los mismos en APN.



Reunión con Administrador y jefa de farmacia



A partir de esa situación, se planificó una serie de pasos para resolver los problemas, primeramente, se realizó una reunión del Equipo de Mejora con el Administrador del Hospital y la encargada de farmacia para solicitar la provisión de condones a los servicios de APN para entrega a las embarazadas luego de la consejería. Los mismos acceden a la solicitud y recomiendan la implementación del KARDEX (hoja de registro de salida de insumos) para registro y justificación de salida de insumos.

Posteriormente se procedió a la modificación y adaptación del Formato de la hoja de KARDEX para su implementación en el consultorio de APN; y se realizó una reunión donde se comunicó y entregó una carpeta con hojas de KARDEX a las obstetras con el entrenamiento correspondiente sobre el adecuado llenado de la hoja por parte de la encargada de salud pública para la implementación de entrega de condones en APN.

Con el entrenamiento del llenado de la hoja de KARDEX por parte de la encargada de Salud pública, se entregó una caja de 144 condones a los consultorios de APN cuyo registro se debía mantener al día.

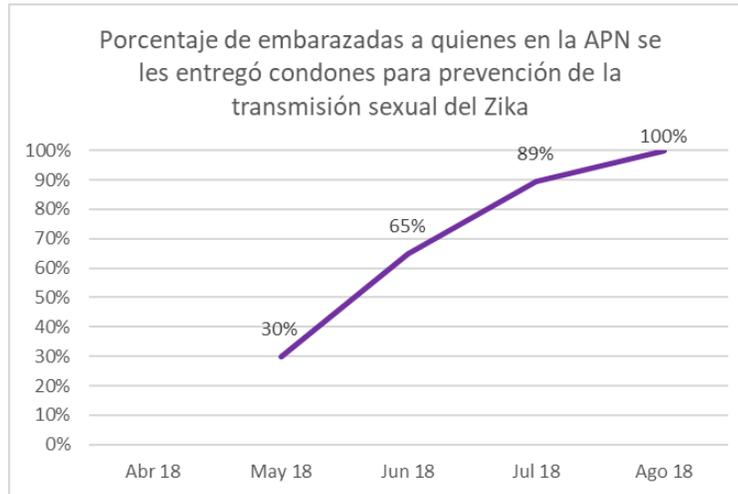
Con el entrenamiento del llenado de la hoja de KARDEX por parte de la encargada de Salud pública, se entregó una caja de 144 condones a los consultorios de APN cuyo registro se debía mantener al día.

## RESULTADOS

Los resultados obtenidos fueron inmediatos, pasando de 0% a 30 % en mayo, subiendo a 65%, en junio para llegar a un 100% en el mes de agosto de 2018.

FECHA	CANTIDAD	USUARIO
15/05/18	10	...
16/05/18	10	...
17/05/18	10	...
18/05/18	10	...
19/05/18	10	...
20/05/18	10	...
21/05/18	10	...
22/05/18	10	...
23/05/18	10	...
24/05/18	10	...
25/05/18	10	...
26/05/18	10	...
27/05/18	10	...
28/05/18	10	...
29/05/18	10	...
30/05/18	10	...
31/05/18	10	...
01/06/18	10	...
02/06/18	10	...
03/06/18	10	...
04/06/18	10	...
05/06/18	10	...
06/06/18	10	...
07/06/18	10	...
08/06/18	10	...
09/06/18	10	...
10/06/18	10	...
11/06/18	10	...
12/06/18	10	...
13/06/18	10	...
14/06/18	10	...
15/06/18	10	...
16/06/18	10	...
17/06/18	10	...
18/06/18	10	...
19/06/18	10	...
20/06/18	10	...
21/06/18	10	...
22/06/18	10	...
23/06/18	10	...
24/06/18	10	...
25/06/18	10	...
26/06/18	10	...
27/06/18	10	...
28/06/18	10	...
29/06/18	10	...
30/06/18	10	...
01/07/18	10	...
02/07/18	10	...
03/07/18	10	...
04/07/18	10	...
05/07/18	10	...
06/07/18	10	...
07/07/18	10	...
08/07/18	10	...
09/07/18	10	...
10/07/18	10	...
11/07/18	10	...
12/07/18	10	...
13/07/18	10	...
14/07/18	10	...
15/07/18	10	...
16/07/18	10	...
17/07/18	10	...
18/07/18	10	...
19/07/18	10	...
20/07/18	10	...
21/07/18	10	...
22/07/18	10	...
23/07/18	10	...
24/07/18	10	...
25/07/18	10	...
26/07/18	10	...
27/07/18	10	...
28/07/18	10	...
29/07/18	10	...
30/07/18	10	...
31/07/18	10	...
01/08/18	10	...
02/08/18	10	...
03/08/18	10	...
04/08/18	10	...
05/08/18	10	...
06/08/18	10	...
07/08/18	10	...
08/08/18	10	...
09/08/18	10	...
10/08/18	10	...
11/08/18	10	...
12/08/18	10	...
13/08/18	10	...
14/08/18	10	...
15/08/18	10	...
16/08/18	10	...
17/08/18	10	...
18/08/18	10	...
19/08/18	10	...
20/08/18	10	...
21/08/18	10	...
22/08/18	10	...
23/08/18	10	...
24/08/18	10	...
25/08/18	10	...
26/08/18	10	...
27/08/18	10	...
28/08/18	10	...
29/08/18	10	...
30/08/18	10	...
31/08/18	10	...

**Figura 1. Indicador # 1: Porcentaje de embarazadas a quienes se les entregó condones para prevención de la transmisión sexual de zika.**



## LECCIONES APRENDIDAS EN EL PROCESO

- El compromiso e involucramiento de los directos del servicio de salud en el análisis del problema y la solución planteada es clave en este proceso de mejora.
- La implementación del KARDEX ha facilitado la documentación de la salida de condones que son entregados a las embarazadas en los consultorios de APN a modo de poder justificar la salida de insumos en el sistema de registro interno.
- Se ha fortalecido la importancia de mantener los registros de las actividades del día a día y de la entrega de insumos.
- La entrega de condones en consultorio de APN a embarazadas ha evitado situaciones innecesarias como pasar al consultorio de PF o la farmacia para la retirada de condones y otras barreras para el acceso.

*Para más información llamar o escribir a:*

Proyecto de USAID Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud  
University Research Co., LLC • 5404 Wisconsin Avenue, Suite 800 • Chevy Chase, MD 20815-3594 • EE.UU.

Este estudio de caso fue elaborado gracias al apoyo del pueblo estadounidense a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Las opiniones expresadas en la presente publicación no necesariamente reflejan el punto de vista o posición de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) o del Gobierno de los Estados Unidos.



**USAID**  
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS  
UNIDOS DE AMÉRICA

**PROYECTO ASSIST  
DE USAID**

*Aplicando la Ciencia para Fortalecer  
y Mejorar los Sistemas de Salud*



Consejería en el Consultorio Integral del Hombre en el Hospital Materno Infantil de Loma Pyta

© 2019 CRÉDITO: DR. EDGAR SAMUDIO

Estudio de caso

# INCORPORACION DE LA CONSEJERÍA SOBRE ZIKA EN EL CONSULTORIO INTEGRAL DEL HOMBRE DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LOMA PYTA, PARAGUAY

**AGOSTO 2019**

Este estudio de caso fue preparado por Dominica Vera y Graciela Ávila de University Research Co., LLC (URC) para revisión por parte de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), en el marco de su Proyecto Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud (ASSIST), el cual es posible gracias al apoyo generoso del pueblo americano a través de USAID. El Proyecto ASSIST de USAID es implementado por URC bajo los términos del acuerdo cooperativo número AID-OAA-A-12-00101. Los socios de URC para realizar actividades sobre Zika incluyen a la Academia Americana de Pediatría, FHI 360, Institute for Healthcare Improvement y WI-HER, LLC. Para mayor información sobre las actividades de ASSIST, favor de visitar a [www.usaidassist.org](http://www.usaidassist.org) o escribir a [assist-info@urc-chs.com](mailto:assist-info@urc-chs.com).

## RESUMEN

El Hospital Materno Infantil de Loma Pyta ubicado en las afueras de Asunción en el barrio del mismo nombre, atiende ininterrumpidamente las 24 horas para asistir a las familias en todos los ciclos de la vida. Sólo en el área de urgencias acuden a diario un promedio de 300 pacientes, mientras que por consultorio ingresan cerca de 500. El centro asistencial registra al año unos 1.000 nacimientos. Brinda asistencia en las diversas especialidades: pediatría, clínica médica, ginecología y cirugía y dispone además de servicio de odontología, traumatología, neumología infantil, así como programas para la prevención de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión arterial, al igual que tuberculosis y VIH, vacunación y planificación familiar. Cuenta con una sala de Rayos X, laboratorio y Banco de Sangre.

En abril de 2018 el hospital conforma el equipo de mejora de consejería en atención prenatal (APN), cuyas acciones en torno a la implementación de ideas de cambio, logró avances significativos en el acceso a las mujeres a la consejería sobre Zika y condones en los servicios de planificación familiar (PF), APN y atención postparto (APP). En enero del 2019 se habilita en el hospital el Consultorio Integral del hombre y viendo la necesidad de involucrar a los varones en la prevención del Zika, el equipo de mejora decide promover la implementación de la consejería en Zika dirigida a hombres en edad reproductiva y la entrega de condones en dicho consultorio.

En este estudio de caso se describen las acciones implementadas por el equipo de mejora de Consejería en APN y los resultados obtenidos en la implementación de la consejería en Zika en el Consultorio Integral del hombre.

## INTRODUCCIÓN

El registro de los primeros casos de infección por el virus Zika en Paraguay se da finales del mes de noviembre del 2015. Desde ese año, se han confirmado casos de enfermedad por Zika Virus en nuestro país.

Como parte de su asistencia para fortalecer y mejorar la respuesta la epidemia de Zika, el equipo del proyecto USAID ASSIST en Paraguay comenzó a trabajar en Mejora de la Calidad con hospitales seleccionados del Ministerio de Salud. El Hospital Materno Infantil de Loma Pyta fue uno de los hospitales seleccionados para trabajar, en el servicio se formaron 3 Equipos de Mejora que implementaron ideas de cambio. Un equipo conformado fue la consejería en APN encargada de instalar la consejería en Zika como una de las prioridades.

### Equipo de Mejora de Consejería en APN

- Lic. Tatiana Jacquet
- Dr. Carlos Ayala
- Dra. Gloria Ortiz
- Lic. Mirtha Gomez
- Lic. Diana Fernández
- Lic. Zunilda Rojas
- Lic. Anastasio Ruiz Diaz
- Lic. Máxima Gaona

## SITUACIÓN

El Hospital Materno Infantil de Loma Pyta cuenta con un Consultorio Integral del Hombre, como estrategia en el marco del Plan Nacional de Salud Integral del Hombre del Ministerio de Salud, que aborda tres pilares dirigidos a varones de 20 a 59 años: control prenatal (acompañamiento a sus parejas embarazadas), salud sexual y reproductiva y salud mental y violencia.



El consultorio se habilita al público masculino considerando que muy pocos poseen el hábito de acudir regularmente a los servicios de salud. Las atenciones se llevan a cabo en horario diferenciado, en el turno noche, lo que facilita la concurrencia a aquellos varones que tienen actividades laborales hasta altas horas del día. Además de asistencial, el consultorio tiene un enfoque preventivo y busca direccionar al paciente hacia las diferentes especialidades médicas que pueda requerir y así obtener diagnósticos tempranos y asistencia oportuna.

Bajo esta estrategia, el hospital viene promoviendo la inclusión de los padres en el “Club de Embarazadas”, espacio en donde los hombres participan de las sesiones educativas y llevan a cabo además sus respectivos controles clínicos. El incentivo de acudir, tanto al “Club de Embarazadas” como a sus chequeos médicos, es la oportunidad de acompañar a sus parejas en el momento del parto, bajo el lema “Papá no es sólo visita”.

El equipo de mejora de consejería en APN, decidió aprovechar el consultorio dirigido a hombres para implementar la consejería en Zika enfatizando en el uso del preservativo como forma de prevención teniendo en cuenta la resistencia que existe, en algunos casos, al uso del preservativo.

## IMPORTANCIA DE BRINDAR CONSEJERÍA EN ZIKA A HOMBRES EN EDAD REPRODUCTIVA

Al comenzar el proyecto, en el informe de línea de base, se evidencia que casi todos los usuarios de servicios de salud carecían de información correcta relacionada con la transmisión del Zika, en particular que el Zika puede transmitirse a través del contacto sexual. El uso del preservativo como forma de prevención de la transmisión sexual del Zika también era una información desconocida.

En cuanto a las actitudes y prácticas, al igual que en otros países de América Latina, la cultura del machismo influye en las normas del uso del condón, lo que se traduce en la dificultad de que los hombres comprendan por qué se debe usar un condón, dado que la mujer “ya está embarazada”. Los condones son ampliamente percibidos como anticonceptivos. Cuando se presentan como una barrera para la



transmisión sexual del virus, muchos hombres perciben que están siendo acusados de haber contraído el virus de otra persona<sup>1</sup>.

La consejería en Zika durante las consultas de planificación familiar, atención prenatal, atención postparto u otro tipo de consulta, es una buena oportunidad para alcanzar tanto a hombres como a mujeres y se constituye en un espacio para sensibilizar a los usuarios sobre el papel esencial que los hombres juegan en la toma de decisiones y en los comportamientos relacionados con la transmisión del Zika.

Esta oportunidad fue identificada por el equipo de mejora en APN para instalar la consejería en Zika en el Consultorio Integral del Hombre como parte de la implementación del Plan Nacional de Salud Integral del Hombre, integrando el enfoque de género para mejorar los resultados en la atención en salud relacionada con el Zika, en especial la corresponsabilidad en la prevención del zika durante el embarazo, a través del uso del condón.

## LA INTERVENCIÓN



En el consultorio exclusivo de hombres del hospital no se realizaba la consejería sobre Zika ni se entregaban condones, por lo que los usuarios que acudían al servicio desconocían el riesgo de la transmisión sexual del Zika. Sumado a esto la resistencia al uso del preservativo, los exponía a ellos y sus parejas al riesgo de adquirir alguna ITS entre ellos el virus del Zika durante el embarazo con las consecuencias en el feto y el recién nacido.

A iniciativa del equipo de mejora se mantiene una reunión con la Jefa de Servicio de Salud Pública del Hospital Materno Infantil de Loma Pyta para implementar la consejería en Zika en el Consultorio Integral del Hombre. Se logra que se emita una directiva, a través de una circular del departamento de salud pública del hospital instando a los proveedores de salud del consultorio a realizar consejería en Zika a los hombres en edad reproductiva y a entregar condones para la prevención.

El primer paso fue la identificación de los profesionales del consultorio exclusivo del hombre que aún no habían recibido capacitación sobre Zika. Se les ofrece capacitación y adicionalmente se realiza una sensibilización a dicho proveedores de la salud sobre asuntos de género en torno al Zika. Se socializa la disposición de la jefa de Salud Pública de la necesidad de realizar consejería y de la forma de registrarla.

---

<sup>1</sup>Faramand TH, Hall M, Wilson TB, Salvador E. 2019. Gender Issues Influencing Zika Response in Paraguay. *Technical Report*. Publicado por el Proyecto de USAID Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud (ASSIST). Chevy Chase, MD: University Research Co., LLC (URC).

Posteriormente se mide la efectividad a través de entrevistas de salida a los usuarios del consultorio del hombre donde se miden los siguientes indicadores:

- Porcentaje de hombres en edad reproductiva que identifica el riesgo de transmisión sexual del Zika y el uso del condón para la prevención.
- Porcentaje de hombres en edad reproductiva que se muestra favorable al uso del condón con su pareja embarazada para prevenirlo.
- Porcentaje de hombres en edad reproductiva que refiere utilizar condones con su pareja embarazada para prevenir la transmisión sexual del Zika.



## RESULTADOS

En el mes marzo 2019, se realiza la medición del impacto de la consejería en Zika en los hombres que acuden al Consultorio Integral obteniéndose los siguientes resultados (ver **Figuras 1 a 3**):

Figura 1:

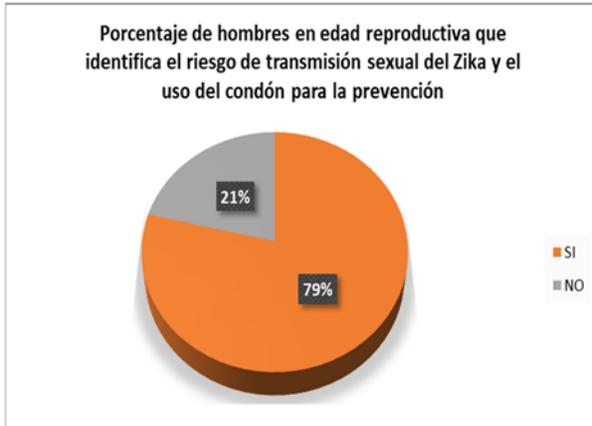


Figura 2:



Figura 3:



## LECCIONES APRENDIDAS EN EL PROCESO

- La activa participación de los equipos de mejora posibilita innovar y mejorar las acciones tendientes a prevenir las consecuencias del Zika en la salud integral de la población.
- El involucramiento del hombre en la prevención del Zika y sus consecuencias libera a las mujeres de sentirse como únicas responsables de las consecuencias en el feto y recién nacidos del virus del Zika.
- Contar con un servicio diferenciado para el hombre e incentivos como la oportunidad de acompañar a sus parejas en el momento del parto, ayuda lograr buenos resultados.
- El contar con un Plan Nacional de Salud Integral del Hombre sirvió de marco a las acciones tendientes a introducir el enfoque de género en los servicios de salud.

*Para más información escribir a:*

Proyecto de USAID Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud  
University Research Co., LLC • 5404 Wisconsin Avenue, Suite 800 • Chevy Chase, MD 20815-  
3594 • EE.UU.

Este estudio de caso fue elaborado gracias al apoyo del pueblo estadounidense a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Las opiniones expresadas en la presente publicación no necesariamente reflejan el punto de vista o posición de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) o del Gobierno de los Estados Unidos.



**USAID**  
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS  
UNIDOS DE AMÉRICA

**PROYECTO ASSIST  
DE USAID**

*Aplicando la Ciencia para Fortalecer  
y Mejorar los Sistemas de Salud*



Visita domiciliaria de los proveedores de salud del HGBO para la atención médica a una niña con microcefalia. Barrio Santa Ana, Bañando Sur, Asunción.

Estudio de caso

## **BUSQUEDA ACTIVA Y ATENCIÓN DOMICILIARIA DE NIÑOS CON SOSPECHA O CASO CONFIRMADO DE MICROCEFALIA, A CARGO DE PROVEEDORES DE SALUD DEL HOSPITAL GENERAL DE BARRIO OBRERO, PARAGUAY**

**AGOSTO 2019**

Este estudio de caso fue preparado por Dominica Vera y Graciela Ávila de University Research Co., LLC (URC) para revisión por parte de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), en el marco de su Proyecto Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud (ASSIST), el cual es posible gracias al apoyo generoso del pueblo americano a través de USAID. El Proyecto ASSIST de USAID es implementado por URC bajo los términos del acuerdo cooperativo número AID-OAA-A-12-00101. Los socios de URC para realizar actividades sobre Zika incluyen a la Academia Americana de Pediatría, FHI 360, Institute for Healthcare Improvement y WI-HER, LLC. Para mayor información sobre las actividades de ASSIST, favor de visitar a [www.usaidassist.org](http://www.usaidassist.org) o escribir a [assist-info@urc-chs.com](mailto:assist-info@urc-chs.com).

## RESUMEN

El Hospital General Barrio Obrero (HGBO) situado en la ciudad de Asunción en el barrio del mismo nombre, es un servicio de la XVIII Región Sanitaria dependiente del Ministerio de Salud. El hospital brinda atención a pobladores de las zonas circundantes y aquellas que provienen de ciudades vecinas a la capital del país e incluso pacientes de ciudades más alejadas. En el mismo se ofrecen servicios de pediatría, neonatología, clínica médica, psicología, gastroenterología, otorrinolaringología, ginecoobstetricia, planificación familiar, urgencias pediátricas y de adultos, traumatología, internaciones y cirugías ginecológicas y obstétricas, entre otros.

Para la atención de partos y atención al recién nacido, cuenta con una sala de parto con 3 camas, 1 de partos con 2 camas, 2 quirófanos y 1 sala de neonatos con 6 camas para observación, 4 camas en cuidados intensivos y 5 camas en cuidados intermedios. Para la atención de las embarazadas y los recién nacidos cuentan con 20 gineco-obstetras, 29 pediatras, 14 neonatólogos, 12 obstetras y 14 licenciadas en enfermería.

En mayo 2018 se conformó el equipo de mejora de cuidado y apoyo del hospital cuya primera tarea fue la de ubicar a todos los niños nacidos en HGBO desde el 2016 identificados con microcefalia a través de la búsqueda activa y luego, con ayuda de las Unidades de Salud Familiar (USF) primer nivel de atención pertenecientes a su zona de influencia, lograr que estos niños puedan regresar al servicio a recibir el plan terapéutico apropiado.

En este estudio de caso se describen las acciones implementadas por el equipo de mejora de cuidado y apoyo y los resultados obtenidos en el cuidado clínico adecuado en concordancia con la norma nacional, que reciben infantes y niños con sospecha o caso confirmado de microcefalia o Síndrome Congénito asociado a Zika (SCaZ).

## INTRODUCCIÓN

En noviembre del 2015, el Laboratorio Nacional de Salud Pública anunció el primer caso de infección por virus del Zika en el país. Durante el 2016, hubo 1.435 casos notificados bajo el sistema de vigilancia de Zika del Ministerio de Salud, de los cuales ocho fueron confirmados por laboratorio, 580 casos permanecen sospechosos y 847 fueron descartados. Los 8 casos de Zika confirmados provenían de las siguientes regiones del país: Asunción y el área metropolitana, Amambay, Paraguari y Alto Paraná. 2 casos de microcefalia fueron asociados al virus del Zika en ese mismo año. De acuerdo con la Dirección General de Vigilancia del Ministerio de Salud, se notificaron 637 casos sospechosos de Zika en 2017 con 6 casos confirmados; 57 casos notificados de microcefalia asociados al Zika y 83 casos notificados con SCaZ con 2 casos confirmados. El número creció a 886 casos sospechosos notificados en 2018 con 4 casos confirmados; 79 casos sospechosos de microcefalia asociados al Zika con 1 caso confirmado y 98 casos sospechosos de síndrome neurológico asociado al Zika con 1 caso confirmado. Hasta la semana 28 del presente año, se

### Equipo de Mejora de Cuidado y Apoyo

- Lic. Lisa Mujica
- Lic. Ada Agüero
- Lic. Odorina Benítez
- Técnica Patricia Meza
- Dra. Carolina Brítez
- Dra. Patricia Sosa

registró 1 caso probable de Zika; 53 casos sospechosos de síndrome neurológico asociado al Zika y 60 casos de microcefalia y/o SCaZ.

## SITUACIÓN

Una de las principales dificultades con que tropezaba el equipo del HGBO lo constituía el hecho que los niños nacidos con sospecha o caso confirmado de microcefalia o SCaZ una vez que eran dados de alta no regresaban al servicio para su seguimiento.

A pesar de que se había logrado instalar un consultorio de seguimiento de niños de riesgo y una sala de estimulación oportuna para acercar el servicio hasta las familias usuarias del hospital, era muy difícil contactar con familiares de los recién nacidos (RN) debido principalmente a que las inundaciones del río Paraguay, cercano al hospital, desplazaron a las familias a refugios y en la gran mayoría de los casos, los números de teléfono registrados en el servicio no correspondían o estaban apagados.

Frente a esta dificultad, el equipo de mejora decidió implementar como idea de cambio *La búsqueda activa de las familias de los niños con sospecha o caso confirmado de microcefalia a través de llamadas telefónicas y visitas domiciliarias con apoyo del personal de las USF.*



Atención médica a una niña con microcefalia.  
Barrio Santa Ana, Bañando Sur, Asunción

## IMPORTANCIA DE BRINDAR CUIDADOS CLINICOS A NIÑOS CON SOSPECHA O CASO CONFIRMADO DE MICROCEFALIA O SCAZ

Es imprescindible que los infantes y niños con sospecha o caso confirmado de microcefalia o SCaZ reciban cuidado clínico adecuado según edad en concordancia con la norma nacional. Los proveedores de salud deben realizar un seguimiento sistemático de estos niños, al menos durante los primeros dos años, para evaluar el impacto y/o daño a largo plazo y orientar las intervenciones para una atención integral a través de la red de servicios de salud.

La Guía de Manejo Clínico establece que el seguimiento obligatorio debe ser realizado por un médico pediatra, pero en caso de no contar con dicho profesional, el niño podrá acudir a controles en el primer nivel de atención, y deberá ser revisado al menos de manera trimestral por el médico pediatra de acuerdo con la agenda terapéutica multidisciplinaria que detalle el plan terapéutico, adaptado a las condiciones y necesidad de cada niño.

Los profesionales deben citar al consultorio de seguimiento del recién nacido de riesgo del hospital o al servicio de referencia cercano a su domicilio, para controles con el pediatra o neonatólogo, y programar turnos de interconsultas con los especialistas ya agendados en el plan



Zona Cateura, Bañando Sur, Asunción

terapéutico. Sin embargo, el desafío se presenta cuando los familiares no regresan al hospital para que el niño reciba los cuidados establecidos en su plan terapéutico.

## LA INTERVENCIÓN



Bañando Sur, Asunción

Con el apoyo de las autoridades del hospital, gracias a las gestiones del equipo de mejora de cuidado y apoyo, se logró contar con una profesional pediatra capacitada en neurodesarrollo exclusiva para la atención de niños con sospecha o caso confirmado de microcefalia o SCaZ en el consultorio de seguimiento de niños de riesgo. Dicha atención se realiza a través de agendamientos previos en días y horarios definidos. Del mismo modo, se organizó el servicio de estimulación oportuna, con 2 especialistas designadas, preparadas para ofrecer apoyo psicológico a las madres y familiares.

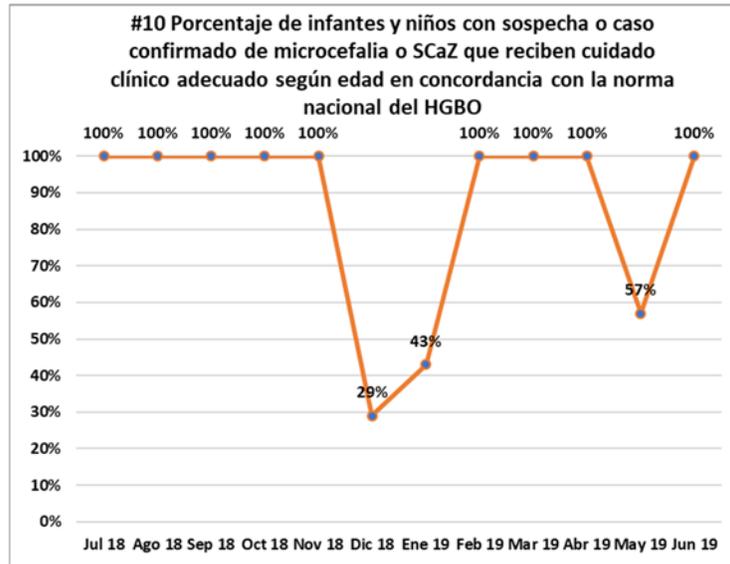
Sin embargo, principalmente como consecuencia de la inundación que originó el desplazamiento de las familias que vivían en zonas ribereñas, algunas familias de los niños en seguimiento dejaron de llevarlos al consultorio y a las sesiones de estimulación oportuna.

Fue entonces, que el equipo de mejora tomó la decisión de implementar una idea de cambio que consistió en iniciar una búsqueda activa para localizar a estas familias en los barrios, albergues o refugios y posteriormente ir hasta ellos a buscar a los niños que dejaron de asistir a sus respectivas consultas. Liderado por la trabajadora social del hospital se formó un equipo con la enfermera de la USF de la zona y un pediatra (médico residente) quienes llevaron el equipamiento necesario para brindar atención en el domicilio de estas familias en los barrios y refugios. Esta estrategia ayudó a recuperar a 4 niños desplazados de sus viviendas por la inundación.

## RESULTADOS

Luego de que el 100% de los niños recibió el cuidado clínico adecuado entre los meses de febrero y abril 2019 y principalmente como consecuencia del desplazamiento de las familias que vivían en zonas ribereñas en mayo 2019 el porcentaje de niños recibiendo cuidado clínico apropiado baja a 57%, llegando nuevamente al 100% con la búsqueda activa de las familias en los refugios en junio 2019.

Figura 1. **Indicador #10.**



## LECCIONES APRENDIDAS EN EL PROCESO

- El trabajo en red es fundamental para brindar atención a niños provenientes de familias en condiciones de vulnerabilidad.
- Los proveedores de salud de las USF, como primer nivel de atención, son protagonistas esenciales para la llegada a las familias a nivel comunitario.
- El rol que cumple la trabajadora social, como parte del equipo de mejora, es pieza clave para el engranaje hospital-comunidad.
- El riesgo de que los niños con sospecha o caso confirmado de microcefalia y SCaZ no reciban el cuidado clínico adecuado el tratamiento indicado en el plan terapéutico por su situación de vulnerabilidad es muy alto.

*Para más información escribir a:*

Proyecto de USAID Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud  
University Research Co., LLC • 5404 Wisconsin Avenue, Suite 800 • Chevy Chase, MD 20815-3594 • EE.UU.

Este estudio de caso fue elaborado gracias al apoyo del pueblo estadounidense a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Las opiniones expresadas en la presente publicación no necesariamente reflejan el punto de vista o posición de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) o del Gobierno de los Estados Unidos.



**USAID**  
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS  
UNIDOS DE AMÉRICA

**PROYECTO ASSIST  
DE USAID**

*Aplicando la Ciencia para Fortalecer  
y Mejorar los Sistemas de Salud*



*Profesional de Salud en Obstetricia de la Unidad de Salud de Zarumilla utiliza el Sello de Consejería en la Historia Clínica durante la Atención Prenatal*

## Estudio de Caso

# **GESTANTES EVALUADAS ADECUADAMENTE DURANTE LA ATENCIÓN PRENATAL EN LA UNIDAD DE SALUD DE ZARUMILLA EN EL PERÚ**

**ENERO 2020**

Este estudio de caso fue preparado por Jenny García y Christian Requena, de University Research Co., LLC (URC) para revisión por parte de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), en el marco del Proyecto de USAID Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud (ASSIST), el cual es posible gracias al apoyo generoso del pueblo americano a través de USAID. El Proyecto ASSIST de USAID es implementado por URC bajo los términos del acuerdo cooperativo número AID-OAA-A-12-00101. Los socios de URC para realizar actividades sobre Zika incluyen a la Academia Americana de Pediatría, FHI 360, Institute for Healthcare Improvement y WI-HER, LLC. Para mayor información sobre las actividades de ASSIST, favor de visitar a [www.usaidassist.org](http://www.usaidassist.org) o escribir a [assist-info@urc-chs.com](mailto:assist-info@urc-chs.com).

## RESUMEN

Este estudio de caso describe la incorporación, para mejorar la calidad de la atención prenatal en Zika en la consulta externa en la Unidad de Salud de Zarumilla, de las herramientas: Sello de Consejería, Cartillas de Consejería Prenatal en Zika, Flujograma de pasos de consejería en Zika y Rotafolio de Consejería.

El Proyecto Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud (ASSIST) de USAID brindó asistencia técnica a los profesionales de la Unidad de Salud de Zarumilla para la organización y capacitación de un Equipo de Mejora Continua de la Calidad de la consulta externa prenatal respecto a la consejería en Zika. Así mismo, les dotó del material que permite una atención adecuada en el contexto de Zika. Gracias al compromiso asumido por el equipo, se evidenciaron resultados positivos en los indicadores de la Unidad de Salud.

## INTRODUCCIÓN

Según el Ministerio de Salud, las actividades que se realizan en los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo deben cumplir criterios de calidad para alcanzar los efectos deseados tanto por los proveedores como por los usuarios, en términos de eficiencia, eficacia y satisfacción.

En los últimos años, gracias al esfuerzo de los trabajadores de salud, el Perú ha logrado una disminución notable de la mortalidad materna e infantil, aunque sin alcanzar los objetivos del milenio para tales indicadores.

Tanto a nivel nacional como internacional, la atención prenatal tiene un rol esencial en el marco de las políticas y estrategias que buscan disminuir la morbilidad materna e infantil. No sólo se trata del número de atenciones que la gestante recibe en los establecimientos de salud o del número de recursos humanos disponibles y capacitados, sino también de cuándo se realizan estas durante la gestación y con qué calidad se brindan.

La evaluación de la gestante en la atención prenatal debe integrar la consejería para la prevención y control de la infección con el virus del Zika y de sus complicaciones, aplicando enfoques de equidad de género, interculturalidad, imparcialidad, veracidad, privacidad, confidencialidad, voluntariedad y de derecho ciudadano.

Cuando se brinda una atención prenatal de calidad, la mujer embarazada toma mayor conciencia de su salud y de la del infante por nacer, y tiene una mayor adherencia a las indicaciones que recibe.

## ANTECEDENTES

La Unidad de Salud de Zarumilla está ubicada en la provincia del mismo nombre, fronteriza con el Ecuador, desde donde se ha reportado casos de Zika. En el año 2019, la Unidad de Salud de Zarumilla programó sus actividades estimando que atendería a 555 gestantes, brindando cada mes controles prenatales a un promedio de 230 gestantes, de las cuales 70 acuden a su primer control.

## ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Los profesionales de salud del Servicio de Obstetricia de la Unidad de Salud de Zarumilla venían realizando actividades de atención prenatal sin hacer suficiente referencia al virus del Zika.

El personal facilitador del Proyecto ASSIST de USAID pudo evidenciar esto al verificar en las historias clínicas lo siguiente:

- Del 100% de las gestantes atendidas, el 20% recibían consejería prenatal en Zika registrada en su historia clínica.
- Del 20% de las gestantes que recibió consejería prenatal en Zika, sólo al 5% de las que recibieron consejería se le prescribió condones.
- 0% de las gestantes fue tamizada adecuadamente en cuanto a signos y síntomas de Zika.

Por lo tanto, el Equipo de Mejora Continua (EMC) de la unidad fijó como objetivo de mejoramiento que durante el 100% de las atenciones de control prenatal se brinde y registre la consejería en Zika, se entregue condones y se realice el tamizaje para signos y síntomas de Zika.

## DESARROLLO DE IDEAS DE CAMBIO

Tomando como punto de partida el problema referido, se llevó a cabo reuniones con el Equipo de Mejora Continua (EMC) de la unidad, identificándose como causas lo siguiente:

- La falta de compromiso del profesional de salud en la entrega y registro de los condones.
- El desconocimiento de la consejería en Zika y sus pasos.
- La falta del material necesario para brindar una adecuada consejería de calidad en Zika.

Se realizaron reuniones de sensibilización dirigidas a los profesionales de salud para lograr un cambio de conducta en la atención prenatal enfocada en Zika. Con el compromiso asumido por cada uno de ellos, se diseñó un Plan de Trabajo de Mejora Continua de la Calidad y consiguieron los insumos necesarios para brindar una adecuada atención prenatal, y se planificó capacitaciones en consejería de Zika para los profesionales de salud.

Además, al no contarse en las historias con un lugar para registrar la consejería en Zika durante la atención prenatal, se creó el “Sello de Consejería”, para colocarlo en todas las historias perinatales de las gestantes que acuden al consultorio. El uso del sello facilitó el registro de la consejería, agilizando la atención prenatal, y sirvió de recordatorio para realizar la consejería y su registro. El sello mide 10.5 x 7.5 centímetros y tiene espacio para la información siguiente:

<b>Tamizaje para Zika:</b>	<b>Paciente</b>	<b>Pareja</b>
Exantema pruriginoso		
Conjuntivitis no purulenta		
Fiebre		
Orientación y Consejería en Zika		
Prescripción de Condones - 20 Unidades		

En el sello, el profesional de salud puede registrar sin inconvenientes la parte enfocada en Zika de la atención prenatal (ver **Figura 1**).

**Figura I. Modelo del Sello de Consejería utilizado en la consulta externa de prenatal**

Para lograr el objetivo de mejoramiento, el EMC puso en práctica la siguiente estrategia:

- a) Tres integrantes del Equipo de Mejora Continua participaron en un “Taller de Consejería en Zika” con la finalidad de que, a través de réplicas, compartan la información con el resto de los profesionales de su Unidad de Salud.
- b) A partir de un Plan de Mejora Continua de la Calidad elaborado por el EMC, se dotó a la Unidad de Salud con los insumos necesarios para brindar consejería prenatal en Zika:
  - a. Cuatro flujogramas de proceso de la consejería en Zika.
  - b. Dos cartillas de consejería prenatal en Zika.
  - c. Cuatro rotafolios en contexto de Zika que fueron entregados a dicha unidad con la finalidad de brindar una adecuada atención prenatal en Zika.
- c) Se asignó a un técnico en enfermería la responsabilidad de colocar el sello en las historias clínicas y llevarlas al consultorio de obstetricia.
- d) Se capacitó al personal médico, enfermeros(as) y psicólogos(as), en el uso del material a utilizar en la consejería prenatal, el tamizaje para signos y síntomas de Zika y la entrega de condones.



*Obstetra capacitando a profesional de salud en el uso de las láminas de consejería prenatal en Zika*

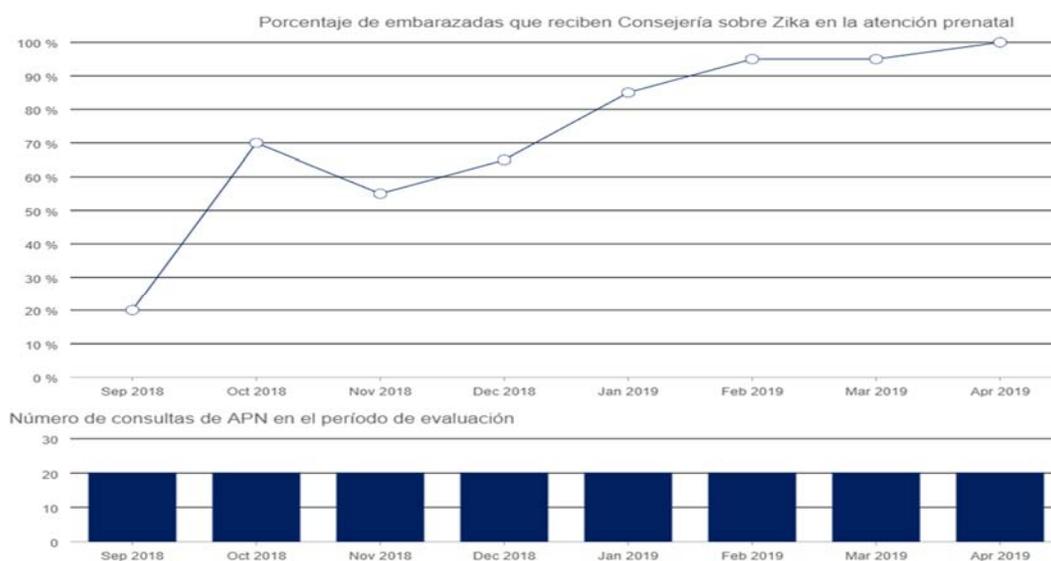


*Obstetra enseñando el Flujograma de los pasos de consejería en Zika*

## RESULTADOS

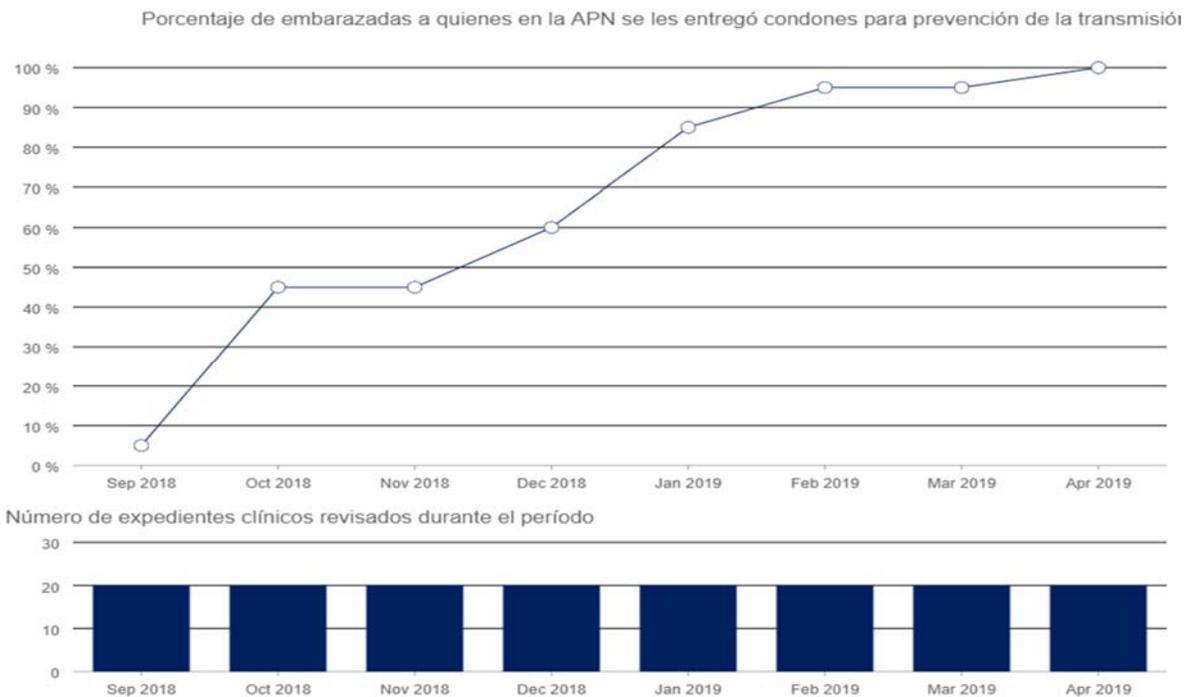
Con el compromiso del equipo de mejora continua se logró los siguientes resultados:

1. La Unidad de Salud de Zarumilla cuenta con 12 profesionales de salud capacitados en la consejería prenatal en Zika, entre ellos médicos, obstetras y psicólogos encargados de la atención prenatal.
2. Se cuenta con los insumos necesarios para realizar una adecuada consejería prenatal en Zika.
3. El 100% de las gestantes que acude al servicio de atención prenatal recibe una adecuada consejería prenatal en Zika (ver **Figura 2**).

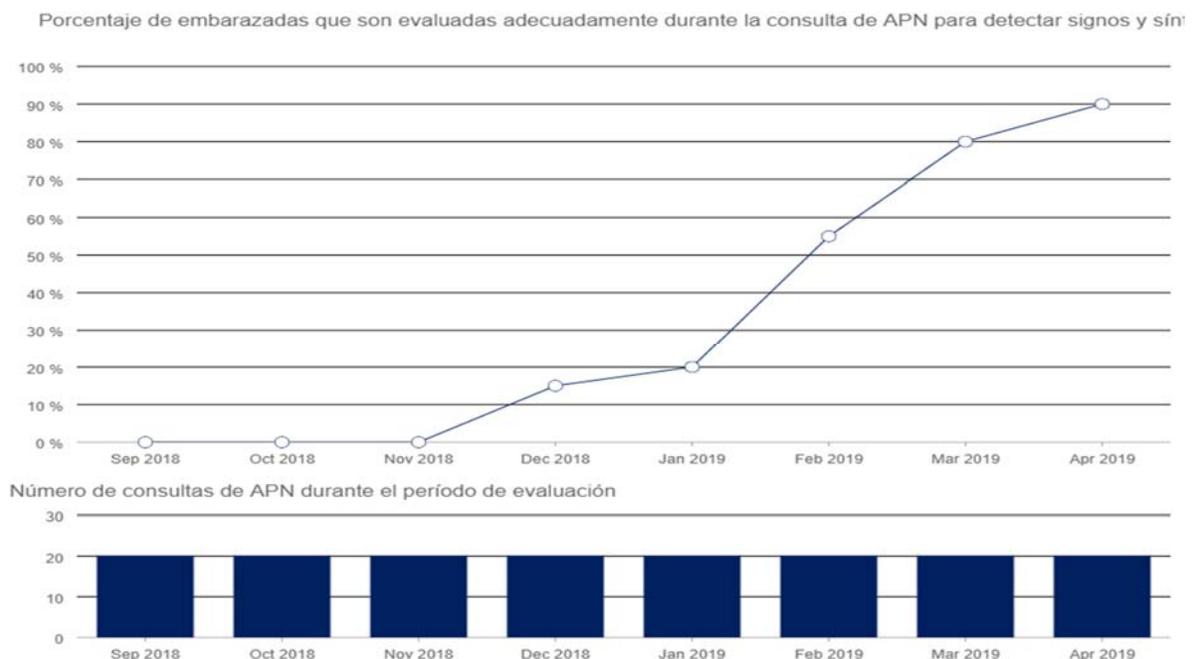


**Figura 2. Porcentaje de embarazadas que reciben una adecuada consejería prenatal en Zika, Septiembre 2018 a Abril 2019**

4. El 100% de las gestantes que acuden al servicio de atención prenatal reciben condones, registrándose su prescripción y entrega (ver **Figura 3**).
5. El 90% de las gestantes que acuden al servicio de atención prenatal son tamizadas adecuadamente en signos y síntomas de Zika (ver **Figura 4**).



**Figura 3. Porcentaje de embarazadas a quienes en la atención prenatal se les entregó condones para la prevención de la transmisión sexual del virus de Zika, Septiembre 2018 a Abril 2019**



**Figura 4. Porcentaje de embarazadas que son evaluadas adecuadamente durante la consulta de atención prenatal para detectar signos y síntomas de Zika, Septiembre 2018 a Abril 2019**

El Equipo de Mejora comprobó que contar con profesionales de la salud capacitados en consejería de Zika y comprometidos en su registro, en la entrega de condones y en la detección adecuada de signos y síntomas a las gestantes que acuden a su atención prenatal, sí brinda resultados.

## PRÓXIMOS PASOS

1. Establecer que el profesional de salud que ingrese al Servicio de Obstetricia deba ser capacitado en el tema de consejería prenatal en Zika.
2. Extender el uso del Sello de Consejería, Flujograma de pasos de consejería, Lámina de Consejería en Zika y Rotafolio en contexto de Zika a otras unidades de salud de la Microrred de Zarumilla.
3. Emitir un memorándum en donde se establezca que cada personal ingresante debe regirse a las actividades ya establecidas en dicha unidad.
4. Asegurar la adquisición de los insumos necesarios para realizar una adecuada atención prenatal en Zika cada seis meses.

*Para más información llamar o escribir a:*

Proyecto de USAID Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud  
University Research Co., LLC • 5404 Wisconsin Avenue, Suite 800 • Chevy Chase, MD 20815-3594 • EE.UU.

Este estudio de caso fue elaborado gracias al apoyo del pueblo estadounidense a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Las opiniones expresadas en la presente publicación no necesariamente reflejan el punto de vista o posición de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) ni del Gobierno de los Estados Unidos.



Pediatra, Perinatóloga tomando correctamente el perímetro cefálico del recién nacido en el Hospital Vinicio Calventi.  
FOTOGRAFÍA: DRA. JUANA MENA

## Estudio de caso

# TAMIZAJE PARA MICROCEFALIA EN EL HOSPITAL VINICIO CALVENTI DE SANTO DOMINGO, REPÚBLICA DOMINICANA

### SEPTIEMBRE 2018

Este estudio de caso fue preparado por Eneyda Almonte y Jonh Gomez de University Research Co., LLC (URC) para revisión por parte de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), en el marco de su Proyecto Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud (ASSIST), el cual es posible gracias al apoyo generoso del pueblo americano a través de USAID. El Proyecto ASSIST de USAID es implementado por URC bajo los términos del acuerdo cooperativo número AID-OAA-A-12-00101. Los socios de URC para realizar actividades sobre Zika incluyen a la Academia Americana de Pediatría, FHI 360, Institute for Healthcare Improvement y WI-HER, LLC. Para mayor información sobre las actividades de ASSIST, favor de visitar a [www.usaidassist.org](http://www.usaidassist.org) o escribir a [assist-info@urc-chs.com](mailto:assist-info@urc-chs.com).

## RESUMEN

El estudio de caso describe el inicio, desarrollo, avances, retos y lecciones aprendidas del Equipo de Mejora Continua de la Calidad de Tamizaje Neonatal para Microcefalia en el contexto Zika del Hospital Regional Dr. Vinicio Calventi del Municipio de los Alcarrizos en Santo Domingo Oeste, República Dominicana

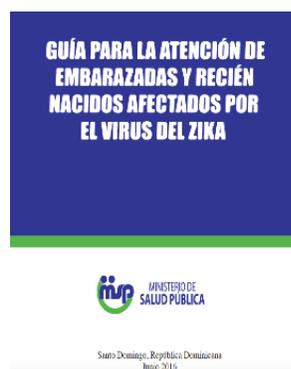
Los resultados del equipo de mejoramiento del hospital han sido exitosos, ya que se ha logrado que el 100% de los recién nacidos que son recibidos en el centro sean tamizados correctamente para microcefalia, además de fortalecer el seguimiento de los casos positivos y el referimiento oportuno a las especialidades correspondientes para el manejo multidisciplinario.

## INTRODUCCIÓN

El Hospital Regional Dr. Vinicio Calventi es un centro de salud público de tercer nivel de atención que ofrece servicios a la población del municipio de los Alcarrizos y sus alrededores aproximada de 272,776 habitantes, cuenta con 133 camas y servicios de emergencia, laboratorio, consulta externa y hospitalización. En el año 2017 reportó 2,173 nacimientos y atendió una población total de 196,320 usuarios, y en el 2016, reportó 1,949 nacimientos; *de los cuales, ocho (8) fueron casos de microcefalia*, sin haber aumentado esa cifra a la fecha.

En abril del 2017 se realizó en el hospital una capacitación de dos días de duración en el modelo de mejoramiento continuo de la calidad en el contexto Zika donde quedó conformado el equipo de mejora de tamizaje neonatal integrado por la Perinatóloga encargada del departamento, dos Perinatólogas del servicio y la Licenciada de Enfermería encargada del área. Este equipo estableció como su primer objetivo de mejoramiento: *“capacitar el 80% del equipo de perinatología en la identificación de hijos de madre con el virus del Zika y sus secuelas, para el período junio – septiembre del 2017”*.

## ANTECEDENTES



“El 23 de enero de 2016, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de la República Dominicana notificó a la OPS/OMS 10 casos de infección por el virus de Zika confirmados mediante pruebas de laboratorio”. Durante la epidemia, República Dominicana, se vió afectada por la Epidemia de Zika, ante ésta el Ministerio de Salud Pública actuó inmediatamente fortaleciendo y tomando múltiples medidas, como fueron: a) la elaboración de la Guía para la Vigilancia de la Enfermedad por el virus del Zika (con la colaboración de la OPS) 2016, b) educación del público acerca de los riesgos asociados al virus de Zika, alentándolo a adoptar todas las precauciones posibles para protegerse de las picaduras del mosquito, c) medidas de control de vectores, d) Capacitación dirigida a proveedores de salud sobre guías operativas para la medición de la circunferencia craneal, uso de curvas y tablas referenciales (Intergrowth, OMS/OPS), e) Elaboración y publicación de la Guía para la Atención de embarazadas y recién nacidos afectados por el virus del Zika (2016) que permiten contar con herramientas estandarizadas de diagnóstico, tratamiento y monitoreo. f) Instructivo de apoyo psicosocial de embarazadas diagnosticadas con Zika Virus y g) la emisión de la Resolución No. 000013 mediante la cual el Ministerio de Salud declaró que era obligatorio para los centros

de salud del sector público y privado notificar al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica sobre los casos de Zika, Síndrome de Guillain-Barré y Microcefalia. Esta resolución determina el uso obligatorio de instrumentos estandarizados en las primeras 24 horas posteriores al nacimiento, la medición de la circunferencia craneana de los recién nacidos, y también el uso de curvas y tablas referenciales para la interpretación de esta medición en base a la edad gestacional y el sexo



## **ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

Cuando el equipo de mejora comenzó a funcionar e intentar de implementar las acciones para cumplir con su objetivo de mejoramiento identificaron las siguientes brechas: a) se realizaba la medición del PC pero no utilizando la técnica correcta recomendada por los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) y solo se realizaba al nacimiento y no al nacimiento y las 24 horas o al egreso, b) se realizaba con una cinta no apropiada, c) la cinta apropiada no estaba disponible y accesible en las diferentes áreas (sala de parto, cirugía, sala de recepción del recién nacido), d) no se registraba el decimal, e) no siempre se utilizaban las tablas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) e Intergrowth 21st para la interpretación de la medición del PC, f) no se supervisaba esta actividad y g) no todo el personal del departamento de Perinatología y de los diferentes turnos u horarios de trabajo habían sido capacitados en tamizaje neonatal para microcefalia.

El equipo de mejora de la calidad sostuvo varias reuniones con sus integrantes y con los diferentes miembros del departamento con el apoyo de la dirección y subdirección médica del centro en las que cada vez se iban identificando las oportunidades de mejora y las estrategias que como equipo implementarían para mejorar los resultados.

## DESARROLLO DE NUEVAS IDEAS DE CAMBIO



Se inició la medición del indicador en junio del 2017 y se coordina el proceso de capacitación del personal médico con el apoyo de la dirección y la subdirección médica y de enfermería del departamento, el proyecto realizó una donación de cintas métricas del CLAP/OPS al departamento, luego se les entregó un ayuda de trabajo

(ver **Figura 1**) que fue colocada en la pared y otra para uso de escritorio, que les permitía recordar la técnica correcta de medición e interpretación del PC.



Luego de las capacitaciones el equipo de mejora se estableció un nuevo objetivo de mejoramiento: *“Realizar el tamizaje correcto del perímetro cefálico de todos los recién nacidos recibidos en el centro utilizando las cintas del*

*Centro Latinoamericano de Perinatología y la Organización Panamericana de la Salud (CLAP/OPS), las tablas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) e Intergrowth 2 1st y registrar el Perímetro Cefálico (PC) con el decimal en el libro de nacimientos (sala de partos y cesáreas)”*.

Es importante resaltar los criterios de calidad establecidos para la medición del perímetro cefálico (PC). Uno de estos es la valoración del perímetro cefálico (PC) según los siguientes criterios: Medición y registro en centímetros más un decimal, inmediato al nacimiento, egreso o a las 24 horas. En la República Dominicana, la toma del perímetro cefálico al egreso o a las 24 horas, está estipulado solo para aquellos casos sospechosos de microcefalia, acorde con la *Guía para la Atención de embarazadas y recién nacidos afectados por el virus del Zika* del Ministerio de Salud Pública de la Republica Dominicana. Este criterio no se contempla con los recién nacidos normo cefálicos. Este parámetro se consideró para el mes de diciembre, lo que permitió evidenciar la mejora en el cumplimiento de los criterios de calidad de la medición del PC. Dentro de los cuales están, la interpretación y clasificación adecuada y la acción correspondiente ante la interpretación. Observándose que aún en diciembre el indicador no mostraba gráficamente ningún avance, hasta que el proyecto realizó el ajuste del indicador a la norma nacional. Es por esta razón que los resultados comienzan a evidenciarse gráficamente a partir de enero del 2018 cumpliéndose todos los criterios del indicador.



### Evaluación del Perímetro Cefálico (PC) del Recién Nacido Utilizando la Cinta CLAP/OPS

**1 Para medir el perímetro cefálico, necesita lo siguiente:**

- Usar una cinta métrica flexible e inextensible, preferiblemente la proporcionada por el CLAP/OPS.
- Saber la edad gestacional del bebé.
- Medir el PC, preferiblemente en las primeras 48 horas después del parto.
- Saber el sexo del bebé.

**2 Técnica correcta para la medición del PC:**

- Coloque la cinta alrededor de la parte más grande de la cabeza. Justo por encima de las cejas y encima y alrededor de la porción más prominente de la parte de atrás de la cabeza.
- Coloque la cinta justo sobre la piel y en un plano horizontal a la cabeza.
- Registre la medición en centímetros donde la cinta se superpone con la marca de "0". Tomar en cuenta los decimales.
- Mida la circunferencia de la cabeza dos veces más.
- Seleccione la mejor de las mediciones realizadas. Registre este valor en la historia clínica, siempre con un decimal, aunque el decimal sea cero.

**3 Interpretación de los resultados:**

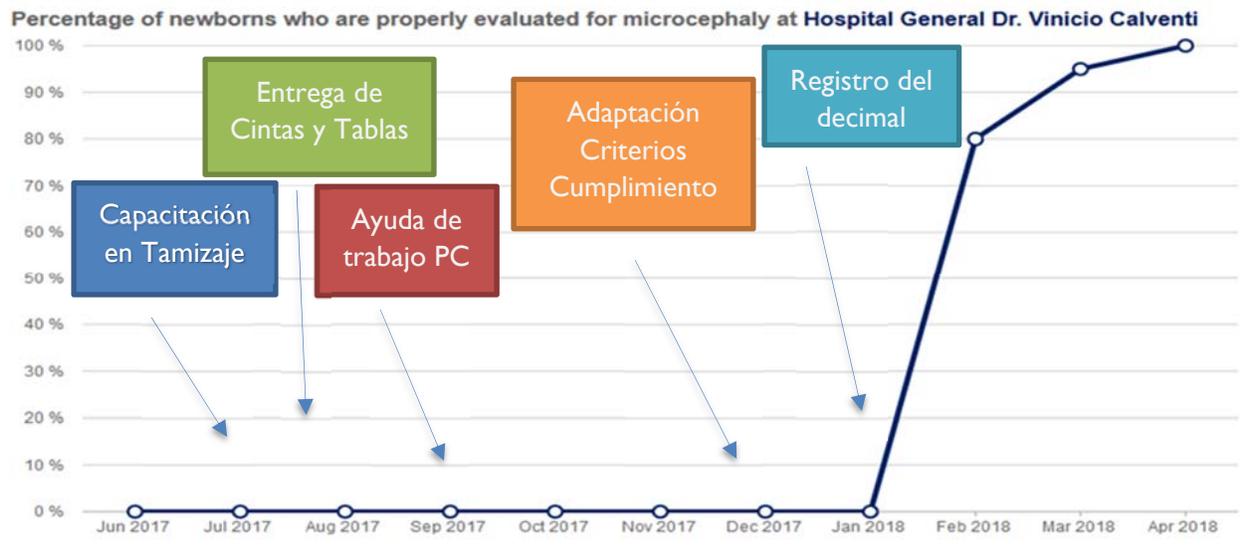
La definición de la microcefalia se basa en la comparación de la medición realizada contra lo que se considera "límites normales" para el tamaño esperado de la cabeza de un recién nacido del mismo sexo y edad gestacional. Estos "límites normales" pueden registrarse ya sea como desviaciones estándar o como percentiles de una distribución. La cinta métrica del CLAP/OPS mide sólo estándares de Intergrowth 2 y de la OMS/OPS (Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud) y no la de la OMS/OPS (Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud).

El primer lugar, determine los percentiles utilizados por su país para definir la microcefalia. Si su país usa desviaciones estándar, utilice la parte posterior de la cinta de CLAP/OPS para la interpretación de resultados. Si su país usa percentiles, véase el final de este hoja.

PARA DESVIACIONES ESTÁNDAR	PARA LOS PERCENTILES
1. Si conoce la edad gestacional, utilice la edad gestacional del bebé (G1-42 semanas) en la parte posterior de la cinta de CLAP/OPS.	1. Utilice la tabla de percentiles y semanas de gestación proporcionada en el set de la parte posterior de la cinta del CLAP/OPS.
2. Si no conoce la edad gestacional, utilice la tabla de la OMS en la parte posterior de la cinta.	2. Si conoce la edad gestacional, encuentre la edad gestacional del bebé (G1-42 semanas).
3. ¿La medición obtenida es menor que los límites que representan: 3 desviaciones estándar o 3 desviaciones estándar?	3. Si no conoce la edad gestacional, utilice la tabla de la OMS.
4. La microcefalia se define como una medida del perímetro cefálico por debajo del 2 desviaciones estándar.	4. ¿La medición obtenida es menor que el número que representa el percentil 3 o el percentil 2?
5. La microcefalia grave se define como una medida del perímetro cefálico por debajo de 3 desviaciones estándar.	5. La microcefalia se define como una medida del perímetro cefálico por debajo del 3 <sup>er</sup> percentil.
	6. La microcefalia grave se define como una medida del perímetro cefálico por debajo del 1 <sup>er</sup> percentil.

## RESULTADOS

En el gráfico de serie de tiempo (**Figura 2**) se pueden observar las diferentes estrategias e ideas de cambio que fue implementando el equipo de mejora hasta lograr finalmente que sus resultados fueran visibles a partir de enero del 2018, logrando cada mes aumentar el porcentaje de recién nacidos que son tamizados correctamente para microcefalia en este hospital y que al mes de abril del 2018 había logrado un cien por ciento (100%) de cumplimiento de este porcentaje, logrando así la meta.



**Figura 2. Porcentaje de recién nacidos que son evaluados adecuadamente para detectar microcefalia en el Hospital General Dr. Vinicio Calventi, Junio 2017 – Abril 2018 (n=muestra de 20 recién nacidos por mes)**

## CONCLUSIÓN

Como parte de las lecciones aprendidas algunos miembros del equipo expresan: “Tuvimos nosotros mismos que reeducarnos mentalmente, aprendimos a realizar el tamizaje para microcefalia correctamente y utilizar las herramientas y técnicas adecuadas basadas en la evidencia. Ya la meta no es solo de los miembros del equipo de mejora es del departamento y del hospital. También aprendimos a supervisar verificando si el tamizaje se realizó de manera correcta o no y no asumir que mi colega hizo lo correcto.”

El equipo de mejora está en disposición de compartir su aprendizaje con otros colegas o equipos de mejora similares de otros hospitales.

“Aunque la gente diga, ya no hay Zika, dado que en el país el mosquito *Aedes Aegypti* es endémico debemos continuar con la prevención y tenerlo presente en los antecedentes de la paciente embarazada que llega al centro a dar a luz”.

En virtud de que el hospital no cuenta con las especialidades de Otorrinolaringología, Oftalmología, Neurología Pediátrica, los pacientes que las requieren son referidos al Hospital Robert Read Cabral, hospital pediátrico de referencia nacional.

*“Hemos tenido que colocar cintas accesibles en las áreas de parto, cirugía y recién nacido”.*

## PRÓXIMO PASOS

Este equipo de mejora continuará dándole seguimiento al cumplimiento de este indicador.

Todo personal nuevo que ingrese al departamento o que rote por el departamento ha de ser entrenado en el tamizaje para microcefalia y síndrome congénito por Zika, durante el proceso de inducción a la institución que incluye las normas, políticas, procedimientos y funcionamiento del departamento de Neonatología y del Hospital.

### Integrantes del Equipo de Mejora de Tamizaje Neonatal para Microcefalia / Síndrome Congénito asociado a Zika

No.	Nombre	Cargo que desempeña
1	Dra. Carmen Salas	Gerente de Perinatología
2	Dra. Juana Mena	Perinatóloga
3	Dra. Sandra Brito	Perinatóloga
4	Lic. Maribel Piña	Coordinadora Enfermería de Neonatología
5	Lic. Angelina Piña	Lic. Atención Directa de Neonatología
6	Lic. Santa Ramírez	Lic. Atención Directa de Neonatología
7	Dra. Grisel Sánchez	Epidemióloga
8	Dra. Fiordaliza Santana	Epidemióloga

*Para más información llamar o escribir a:*

Proyecto de USAID Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud  
University Research Co., LLC • 5404 Wisconsin Avenue, Suite 800 • Chevy Chase, MD 20815-3594 • EE.UU.

Este estudio de caso fue elaborado gracias al apoyo del pueblo estadounidense a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Las opiniones expresadas en la presente publicación no necesariamente reflejan el punto de vista o posición de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) o del Gobierno de los Estados Unidos.



Dra. Elizabeth Mateo, Epidemióloga del Hospital Regional Juan Pablo Pina, buscando los niños afectados por el SCaZ que nacieron en el hospital y no volvieron a la consulta de seguimiento.

CRÉDITO DE LA FOTO: Melida Núñez, Oficial de Programa de ASSIST (Region I - Valdesia de Salud)

## Estudio de caso

# ASEGURANDO EL SEGUIMIENTO DE NIÑOS Y NIÑAS AFECTADOS POR ZIKA EN LA REGIÓN I DE SALUD, REPÚBLICA DOMINICANA

### OCTUBRE 2018

Este estudio de caso fue preparado por Lic. Mélida Núñez y Dra. Viery Franco de University Research Co., LLC (URC) para revisión por parte de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), en el marco de su Proyecto Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud (ASSIST), el cual es posible gracias al apoyo generoso del pueblo americano a través de USAID. El Proyecto ASSIST de USAID es implementado por URC bajo los términos del acuerdo cooperativo número AID-OAA-A-12-00101. Los socios de URC para realizar actividades sobre Zika incluyen a la Academia Americana de Pediatría, FHI 360, Institute for Healthcare Improvement and WI-HER, LLC. Para mayor información sobre las actividades de ASSIST, favor de visitar a [www.usaidassist.org](http://www.usaidassist.org) o escribir a [assist-info@urc-chs.com](mailto:assist-info@urc-chs.com).

## RESUMEN

El seguimiento a los niños y niñas afectados por Síndrome Congénito Asociado al Zika y Microcefalia es uno de los aspectos que guarda suma importancia en la evolución de estos niños y niñas. El Proyecto ASSIST de USAID ha brindado asistencia técnica al personal (Médicos, Enfermeras, Psicólogos y Educadores) de los hospitales seleccionados por el Ministerio de Salud y el Servicio Nacional de Salud, para la formación de Equipos de Mejora de la Calidad y del Acceso, los cuales han sido exitosos en mejorar el acceso y seguimiento de los niños y niñas afectados por Síndrome Congénito asociado al

Zika. Este estudio de caso describe el proceso para la creación de un Equipo de Mejora del Acceso a los Servicios de los niños(as) afectados y sus familias en la Región I de Salud de República Dominicana y cómo se logró identificar 26 casos en las tres provincias que conforman la región, de los cuales el 74% ha recibido atención especializada y el 19% está en seguimiento en las unidades de la Región.

## INTRODUCCIÓN

República Dominicana fue uno de los países que confirmó la transmisión local del virus del Zika. A inicios del año 2016, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades reportaron una cantidad de muestras de sangre a partir de igual número de casos sospechosos que resultaron ser positivas para el virus del Zika. La respuesta a la infección por el virus Zika, fue enfrentada por el Ministerio de Salud Pública a través de la Dirección General de Epidemiología, lo que permitió la detección del virus en enero 2016.

Con el apoyo de USAID y OPS se movilizaron recursos para la elaboración de instrumentos normativos que no fueron revisados y/o actualizados hasta la llegada del proyecto ASSIST de USAID al país. El Ministerio de Salud Pública en su rol de dirigir y liderar la respuesta nacional para enfrentar la epidemia y la Dirección de Epidemiología han conformado un equipo técnico con quienes ha trabajado en las líneas de acción, priorizadas por el proyecto.

Se reportaron varias provincias donde se dió el mayor número de casos sospechosos de infección por el virus Zika diagnosticados clínicamente, entre las que estaba San Cristóbal, perteneciente a la Regional de Salud I Valdesia cuyo hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, ubicado en el municipio cabecera de la provincia de San Cristóbal al sur del país, ofrece servicios a una población de 624,820 habitantes, aunque recibe pacientes de toda la región compuesta por tres provincias y del litoral sur del país; asiste un promedio de 342 partos al mes y es parte de los 17 hospitales seleccionados por el Ministerio de Salud Pública para prestar asistencia a los casos de Zika que puedan presentarse.

## ANTECEDENTES

El proyecto ASSIST de USAID inicia reuniones con el Servicio Nacional de Salud y el Ministerio de Salud Pública así como los Directores de las diferentes Regiones de Salud para discutir la priorización de regiones y establecimientos a seleccionar; dicha selección se realizó tomando en cuenta ciertos factores como fueron:

- Aumento en la incidencia de casos sospechosos de Síndrome Congénito asociado al virus Zika (SCaZ).
- Aumento en casos de Guillain-Barré.
- Aparición e incidencia de Microcefalia.

## ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Tomando en cuenta estos factores se inician actividades de sensibilización a nivel del hospital, a través de reuniones con las autoridades directivas del centro, en las cuales se presenta el plan de trabajo del proyecto y tipo de asistencia que el mismo ofrecerá para contribuir en la mejoría del servicio ofertado lo que redundaría en beneficio de la detección de casos. Se programan y ejecutan capacitaciones al personal en servicio de las áreas de Prenatal, Neonatal, Post Evento Obstétrico y Planificación Familiar. Los temas incluidos en estas capacitaciones realizadas a través de talleres estaban basados en: Conocimiento de los aspectos del Zika a nivel Mundial y de País, Consejería en el contexto Zika e Implementación del Modelo de Mejoramiento; cuyo propósito es:



La COP del proyecto en reunión con la Dirección del hospital y el personal asignado a este.

- Contribuir con el desarrollo de competencias en el personal de salud para brindar una atención de calidad.
- Promover y apoyar el proceso de mejora de la calidad de atención en salud en los hospitales donde el proyecto ASSIST está incidiendo a través de la conformación de Equipos de Mejora de la Calidad.

A raíz de estas actividades se conforman los equipos de mejora de la calidad en las diferentes áreas de incidencia del proyecto para: la identificación de brechas y problemas, contribuir en el cierre de brechas y mejorar la calidad del servicio ofertado. El equipo de mejora del acceso se ha propuesto lograr la captación de estos niños y niñas creando los enlaces correspondientes para integrar esos niños y familias a los servicios correspondientes. La red está integrada por representantes del servicio regional de salud Valdesia o Región I, una gestora de casos intrahospitalaria y una gestora comunitaria de casos, representantes de la Asociación Dominicana de Rehabilitación en San Cristóbal y de las diferentes especialidades que puedan ofrecer atención a estos pacientes.

### Los Objetivos Específicos:

- Identificar las brechas del sistema de salud de la región, para el acceso a los servicios de los niños y niñas afectados y sus familias.
- Conformar un Equipo de Mejora Regional Interinstitucional para el seguimiento a casos de SCaZ y sus familias.

## INICIO DEL TRABAJO EN LA REGIÓN I

Las actividades del Proyecto Zika en el Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina iniciaron a partir de diciembre 2016 con la realización de reuniones de sensibilización con los directivos y encargados de las áreas Materno Infantil para conocer la situación de los casos detectados o nacidos en el hospital; en estas reuniones se puso de manifiesto la falta de comunicación entre los centros de referencia y la contrarreferencia que debe recibir el hospital como respuesta a los casos remitidos.

En la provincia de San Cristóbal fueron identificados 22 casos, de los cuales 2 fallecieron y 20 están en proceso de integración a un sistema de seguimiento en red donde los pacientes y sus familias puedan tener facilidad de acceso a los servicios de atención clínica y psicoemocional. Actualmente a través de la gestora intrahospitalaria del Equipo de Mejora del Acceso se han localizado e integrado a los servicios 5 de estos casos y los esfuerzos que hace el equipo están dirigidos a lograr avances con los otros 15 casos que aun reciben atención en otros centros de salud fuera de la provincia.



La Dra. María Elexia Bautista, directora de la Región de Salud I, Valdesia, en conversación con los integrantes del Equipo de Mejora Regional realza la importancia del seguimiento a las familias de los niños y niñas afectados por Microcefalia y SCaZ. © 2018 MELIDA NUÑEZ, URC

Las mayores brechas que ha identificado el equipo que apoya el colaborativo de cuidado y apoyo es la correcta identificación de los casos existentes, así como la elaboración de un registro que englobe a los niños que reciben atención en los sectores de salud pública y privada y los desafíos en la posibilidad de facilitar la mayoría de los servicios que necesitan los niños y las familias afectadas por la situación, dado que el requerimiento es uno multidisciplinario e interinstitucional.

## ENFRENTANDO BRECHAS EN EL ACCESO A LA ATENCIÓN

En el hospital se realizaron varias capacitaciones con el personal de las áreas de incidencia en el contexto Materno Infantil, específicamente en Atención Prenatal (APN), Perinatología, Atención al Post Evento Obstétrico (APEO), Planificación Familiar y el componente de Cuidado y Apoyo Psicoemocional. Estas capacitaciones cubrieron los temas de Zika, Consejería, Calidad del Servicio y Tamizaje Neonatal. En el desarrollo de estas actividades de capacitación se identificaron brechas existentes que limitaban la oferta de un servicio de calidad y se elaboraron planes de acción que incorporaron uno o dos objetivos de mejora a los cuales se les daría seguimiento a través del propio personal, responsable de incorporar estas acciones de mejora a su labor diaria.



Trabajo de grupo en sesión de capacitación.

Al iniciar la epidemia del Zika en el país se presentaron varios casos en las diferentes provincias, siendo San Cristóbal uno de los lugares con gran incidencia de embarazadas afectadas por el virus del Zika. Como

resultado de ello varios de estos neonatos nacieron con las complicaciones correspondientes al virus. A raíz del inicio de las acciones del Proyecto ASSIST de USAID en el hospital Juan Pablo Pina, fueron detectados algunos casos en el hospital al momento del nacimiento en los cuales las madres recibieron apoyo emocional y sus hijos(as) eran referidos para atención y seguimiento a un centro especializado y de referencia nacional, como lo es el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral (HIDRRRC), para recibir la atención inicial. Sin embargo, en algunos casos esto dificultaba la asistencia de estos niños y niñas al chequeo médico subsecuente. Por otro lado el hospital Juan Pablo Pina no tenía ningún control en el sentido de verificar su asistencia y contribuir en alguna manera a la realización de los estudios especializados indicados. Tampoco les era posible facilitar las consultas de seguimiento y especializadas en el centro o a través de las instituciones existentes en la provincia.

La atención ofrecida tenía limitaciones en lo referente al cumplimiento de los pasos que deben ser agotados para una atención de calidad; ya que no existía una ruta específica de los pasos a seguir por la madre cuando acudía con su niño o niña al servicio. Al comienzo, los pasos consistían en:

- Al ingresar el niño/a era recibido en el área de Perinatología, donde se le hacía el Tamizaje y se le daba ingreso.
- Luego de identificarlo, el Perinatólogo tomaba una muestra de sangre y de ahí pasaba al departamento de Epidemiología quien tomaba la ficha y enviaba la muestra sanguínea a la Dirección Provincial para que estos la remitieran al Laboratorio Nacional. El referimiento era realizado por Perinatología de acuerdo con la necesidad que presentaba el niño(a). El apoyo Psicoemocional se incluía en los casos que se observan más críticos.

Sin embargo, se desconocía el trámite realizado por la Dirección Provincial de Salud. No recibían retroalimentación de los casos y de las pruebas enviadas, fueron muy pocos los resultados recibidos. El seguimiento posterior para Crecimiento y Desarrollo solo era para el aspecto longitudinal y el seguimiento del paciente se perdía. Esta situación, identificada a través de las visitas futuras de las madres quienes acudían al hospital a consulta ante una situación de salud presentada en la cual se hacía el ingreso del paciente, pero se desconocía el historial del mismo, ya que no se recibía respuesta del referimiento realizado.

Luego del análisis del problema, en virtud de esta situación se realizaron actividades de coordinación para la formación de un equipo de mejora de la calidad en lo referente a mejorar el acceso a los servicios incluyendo el cuidado y apoyo psicoemocional.

## **ACCIONES**

El equipo de mejora de acceso en la Región I se propuso comprometerse a: mejorar el acceso y seguimiento de los niños y niñas afectados por Síndrome Congénito asociado al Zika para un período de tres meses, a través de la estrategia de implementación de una ruta crítica de referimiento de casos desde las Unidades de Atención Primaria (UNAP) al hospital Juan Pablo Pina con la colaboración de los Gerentes y Coordinadores de áreas del Servicio Regional de Salud (SRS).

Para el logro de este objetivo se ejecutaron algunas ideas de cambio, que contribuyeron en mejorar las acciones de seguimiento:

- La Oficial de Programa de ASSIST, junto al Facilitador Técnico de Campo del hospital realizaron durante 3 días visitas a los diferentes centros referidos para identificar ubicación geográfica, tipo de servicios ofrecidos y requisitos para el ingreso de infantes para establecer un mapeo de instituciones que ofrecen servicios de apoyo en la provincia.

- Se celebraron reuniones con 3 instituciones que prestan cuidado y apoyo en la provincia: El Centro de Rehabilitación, el Seguro Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia. Se visitó cada institución para discutir y llegar a acuerdos para recibir los casos referidos y facilitar el acceso al servicio.
- Se entregó un libro récord a la Gestora de casos Hospitalaria para el registro del seguimiento a citas y referimiento de los niños y niñas localizados en el seguimiento.
- Se gestionó la captación activa de casos a través de un rastreo en las diferentes áreas de la región I para la localización de los demás casos en estrecha coordinación con los Gerentes de áreas del Servicio Regional de Salud.

Para la ejecución de estas ideas de cambio, se realizaron reuniones de coordinación y acciones de seguimiento con el Servicio Regional de Salud a través de la encargada Regional Materno Infantil, los Gerentes de Área de la provincia y la Oficial de Programa del proyecto.

## RESULTADOS

Los resultados de estas actividades se evidencian por el empoderamiento de los proveedores de servicios involucrados en la mejora.

A través del mapeo institucional se ha podido obtener una relación más coordinada de las instituciones existentes con las cuales se han logrado acuerdos para facilitar el seguimiento de estos niños sin que tengan que trasladarse a largas distancias para obtener el servicio. Además se ha logrado un compromiso para ofrecer la atención exenta de costos en el caso que la familia no posea los recursos económicos para el pago del servicio, especialmente en los casos de terapia física u otro servicio especializado. Al visitar los hogares de estas familias afectadas para verificar su condición se ha podido identificar una cohorte de casos reales quienes se beneficiarían inmediatamente de los servicios coordinados.

La Asociación de Rehabilitación se ha integrado al proceso y darán las terapias físicas a los casos que vengan previamente referidos a la institución. El Seguro Nacional de Salud (SeNaSa) ha facilitado la afiliación de los niños y sus familias al plan de seguridad con lo que pueden recibir sin costo adicional sus servicios en todas las áreas. El departamento de nutrición del hospital ha favorecido a los niños que lo necesiten de los suplementos nutricionales sin costo por los insumos.

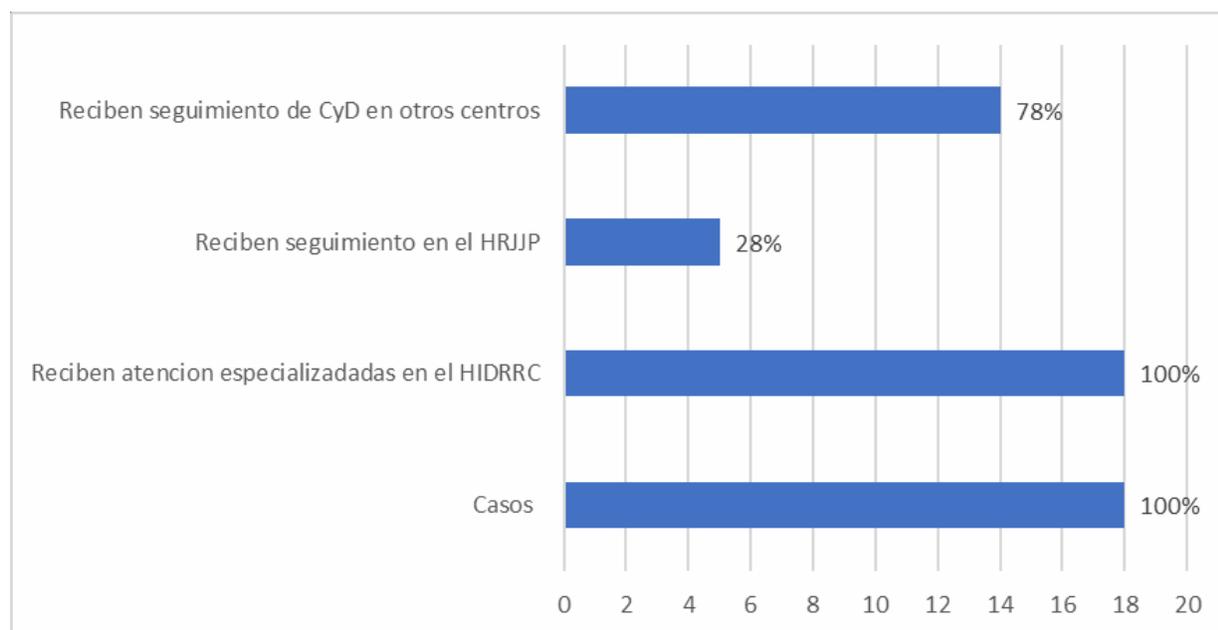
Actualmente se ha podido identificar la distribución de casos para toda la Región I, en las 3 provincias que la conforman. La región tiene en total 30 casos de los cuales 20 pertenecen a la provincia de San Cristóbal (67%), donde participa el proyecto ASSIST de USAID, 6 (20%) pertenecen a la provincia Peravia Bani y 4 (13%) a la provincia de Ocoa.

El mapeo de los casos ha permitido conocer la situación de cada uno y crear la línea de base para poder trabajar en la dirección correcta con relación a los pasos que hacen falta para favorecer y facilitar el acceso a los servicios de estos niños con complicaciones del virus Zika y sus familias.

De los 20 casos identificados en la Región I, 2 han fallecido. Dejando 18 niños(as) con necesidad de seguimiento, se ha logrado que el 100% han recibido atenciones especializadas en el hospital nacional de referencia HIDRRC (ver Figura 1). Lo que es más importante es que se ha logrado que 5 de los casos (28%) pasen a hacer su seguimiento en el Hospital Regional Juan Pablo Pina en vez de en la capital.

También se ha logrado que 14 de los 18 (78%) están recibiendo seguimiento de crecimiento y desarrollo en otros centros de la región.

Figure 1 Situación de casos en el Hospital Regional Juan Pabo Pina



El equipo ha sistematizado su experiencia de cambio y la presentó en la sesión de aprendizaje nacional para el colaborativo de Cuidado y Apoyo patrocinada por el Servicio Nacional de Salud y el proyecto ASSIST de USAID en el mes de agosto de 2018. El equipo de mejora del acceso, representado por la Dra. Clara Quezada encargada Materno Infantil de la Región I, compartió las experiencias, desafíos y próximos pasos con todos los participantes. En el encuentro explicaron los cambios probados e hicieron las sugerencias que consideraron importantes para la implementación en otros centros.

## LECCIONES APRENDIDAS Y DESAFÍOS

El empoderamiento por parte del personal y su identificación con los casos encontrados, son factores determinantes para el éxito de cualquier actividad relacionada con la mejoría del servicio a ofrecerse.

Las dificultades que pudieron encontrarse se convierten en retos/desafíos en el seguimiento de los niños y niñas afectados, entre los que se puede citar:

- Asistencia regular de los niños(as) afectados por SCaZ y/o Microcefalia.
- Incorporación de todos los niños y niñas afectados con SCaZ al Sistema de Seguridad Social.

Lograr que las madres que llevan sus niños(as) con SCaZ a consulta de seguimiento al hospital Dr. Robert Reid Cabral y que pertenecen a esta región, inicien la búsqueda de atención en el hospital de su región.



Dra. Clara Quezada, miembro equipo mejora del acceso, SRS

## PRÓXIMOS PASOS

- Realización de consultas de seguimiento en el hospital enfocadas al desarrollo y crecimiento de los niños y niñas.
- Gestionar el referimiento de los casos de SC a Z que pertenecen a la Región I de Salud, desde el Hospital Dr. Robert Reid Cabral al Hospital Juan Pablo Pina.
- Continuar el fortalecimiento de las acciones de apoyo psicoemocional en el Hospital Juan Pablo Pina y motivar a los proveedores no psicólogos a capacitarse en apoyo psicoemocional a través de curso virtual o presencial, para que puedan ofrecer el servicio a las madres y familias afectadas.
- Preparar los proveedores del Hospital Juan Pablo Pina para recibir a todos los casos de SCaZ de la Región.
- Incorporar todos los casos de Síndrome Congénito asociado al Zika y/o Microcefalia a la consulta de Crecimiento y Desarrollo en el Hospital Juan Pablo Pina.
- Continuar la búsqueda activa de casos de la Región a través de la coordinación con la Dirección Provincial de Peravia y el Servicio Regional de Salud.
- En coordinación con la encargada Regional Materno Infantil se hará réplica del trabajo de mejora del acceso en el hospital Provincial Nuestra Sra. De Regla, mismo que pertenece a la Región I de salud, pero que se ubica en la Provincia Peravia y donde el Servicio Regional de Salud ha decidido extender la implementación del modelo de mejoramiento para los casos afectados por Zika en esa provincia.

*Para más información llamar o escribir a:*

Proyecto de USAID Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud  
University Research Co., LLC • 5404 Wisconsin Avenue, Suite 800 • Chevy Chase, MD 20815-3594 • EE.UU.  
Av. Sarasota No. 20 Apto. 206, Torre Empresarial. Sector La Julia  
Santo Domingo, D.N. Dominican Republic

Este estudio de caso fue elaborado gracias al apoyo del pueblo estadounidense a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Las opiniones expresadas en la presente publicación no necesariamente reflejan el punto de vista o posición de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) o del Gobierno de los Estados Unidos.



Imágenes variadas del Proyecto ASSIST en República Dominicana.  
CRÉDITO: EQUIPOS DE MEJORA PRENATAL

## Estudio de caso

# LA EXPERIENCIA DE INTEGRACIÓN DE GÉNERO EN LA RESPUESTA AL ZIKA EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

JULIO 2019

Este estudio de caso fue elaborado por Elga Salvador de WI-HER, LLC y la Dra. Carol Canales de University Research Co., LLC (URC), con aportes de Dr. Jonh E. Castillo y Dra. Cecilia Villaman de URC y la Dra. Taroub Harb Faramand de WI-HER, LLC, para la revisión por parte de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), en el marco de su Proyecto Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud (ASSIST), el cual es posible gracias al apoyo generoso del pueblo americano a través de USAID. El Proyecto ASSIST de USAID es implementado por URC bajo los términos del acuerdo cooperativo número AID-OAA-A-12-00101. Los socios de URC para realizar actividades sobre Zika incluyen a la Academia Americana de Pediatría, FHI 360, Institute for Healthcare Improvement y WI-HER, LLC. Para más información sobre las actividades de ASSIST, favor de visitar a [www.usaidassist.org](http://www.usaidassist.org) o escribir a [assist-info@urc-chs.com](mailto:assist-info@urc-chs.com).

## RESUMEN

Este estudio de caso presenta un resumen de la experiencia en la integración de género en el proceso de mejora de la calidad en la atención en salud en el contexto Zika, especialmente en materno infantil. Se realizaron jornadas de trabajo para sensibilizar sobre el tema a los proveedores y proveedoras, identificar brechas de género y diseñar estrategias de mejora para lograr los resultados esperado en el contexto Zika y en salud durante el embarazo y la población infantil.

## ANTECEDENTES

En el 2016, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), la comunidad internacional y los gobiernos de varios países empezaron a responder rápidamente ante la epidemia de virus del Zika en Latinoamérica y el Caribe. Como parte de esta respuesta, el Proyecto Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud (ASSIST), en América Latina y el Caribe, ha implementado esfuerzos para fortalecer los sistemas de salud. Las iniciativas implementadas por ASSIST en la República Dominicana están estrechamente relacionadas con los objetivos de USAID, el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Servicio Nacional de Salud (SNS), así como con los de otros socios implementadores de USAID, principalmente UNICEF, Save The Children y organizaciones de base comunitarias, como la Pastoral Materno Infantil.

A fin de mejorar la capacidad que poseen los servicios de salud de brindar atención relacionada al Zika de forma consistente, con base en la evidencia, de manera respetuosa y con alta calidad, poniendo énfasis en la atención a mujeres en edad fértil, embarazadas o no, y a niñas y niños recién nacidos, el proyecto brindó apoyo para la atención prenatal, los servicios de planificación familiar, la atención post evento obstétrico y de niños y niñas recién nacidas, y la evaluación del crecimiento y desarrollo de infantes. Las líneas estratégicas del proyecto apuntaban a:

- Incrementar el conocimiento del personal de salud y clientes sobre los riesgos del Zika y las medidas de prevención, incluyendo el uso de condones para prevenir la transmisión sexual durante el embarazo;
- Mejorar el acceso a la atención de calidad a infantes, madres y familias de infantes afectados por Zika.
- Aumentar la disponibilidad y calidad de atención prenatal en lo que respecta a consejería, evaluación, diagnóstico, y seguimiento de la infección con Zika entre mujeres embarazadas y el uso del condón.
- Mejorar la evaluación clínica para detectar microcefalia y otras manifestaciones del Síndrome Congénito asociado al Zika (SCaZ), como en niñas y niños recién nacidos y aumentar el número y proporción de infantes y familias afectadas que reciben atención adecuada.
- Fortalecer la prestación de servicios de apoyo psico-emocional de alta calidad para mujeres y familias afectadas por el Zika.
- Integrar el enfoque con perspectiva de género, centrado en el usuario y la usuaria, para garantizar que los hombres y mujeres en edad reproductiva accedan de planificación familiar, mejoras en la atención prenatal y en el cuidado de los/las infantes.

WI-HER, LLC, una pequeña empresa y firma de consultoría sobre desarrollo internacional, liderada por mujeres, brinda asesoría y orientación técnica sobre cómo integrar el género en la respuesta a la emergencia por Zika en el marco del Proyecto ASSIST de USAID. A fin de integrar el género, WI-HER, LLC desarrolló un enfoque innovador y orientado a los resultados, que se basa en la ciencia del mejoramiento de la calidad, denominado iDARE, siglas que corresponden a Identificar, Diseñar, Aplicar/Evaluar, Registrar, Expandir.

A través de la alianza entre ASSIST y WI-HER, LLC en la República Dominicana, a principio del año 2018, se llevó a cabo un rápido análisis de género, cuyos hallazgos principales están recogidos en el *“Informe Técnico. Los asuntos de género que influyen en la respuesta frente al Zika en la República Dominicana.”* A partir de este análisis se contextualizó e implementó un entrenamiento dirigido al equipo de ASSIST, así como a representantes del SNS y de los Equipos de Mejora de la Calidad (EMC) de servicios de salud. A través del entrenamiento que tuvo lugar en el mes de abril del 2018, se sensibilizó en género y su relación con el Zika, se entrenó sobre el abordaje i-DARE, para la identificación de asuntos de género que limitan los resultados en salud y el diseño de iniciativas adecuadas al contexto dirigidas a responder a las brechas de género identificadas, con el fin último de contribuir a mejorar los resultados en salud. Las 22 personas capacitadas adquirieron además la capacidad de replicar los entrenamientos con otros actores. Esto hizo posible el desarrollo de múltiples jornadas formativas que en un año (desde abril 2018 a abril 2019) habían permitido alcanzar un total de otras 272 personas, procedentes de 15 hospitales nacionales o de referencia nacional o regional y 15 EMC en la atención prenatal y en planificación familiar. Entre las personas alcanzadas se incluyen, entre otras, personal médico de las áreas de ginecología y obstetricia, psicología y pediatría, así como personal de enfermería. Los EMC, aplicando el abordaje i-DARE, identificaron brechas de género y pusieron en práctica ideas de cambio dirigidas a enfrentarlas. La experiencia resultó muy exitosa tanto que las estrategias de integración de género se destacaron entre las mejores prácticas presentadas por los EMC durante una sesión de aprendizaje en Abril del 2019 y que el SNS pidió realizar una capacitación en la integración de género dirigida a fortalecer las capacidades del personal de las principales unidades de materno-infantil, adolescentes y género de su institución.

Tras esta introducción, en las secciones que siguen se presentan: las principales brechas de atención relacionadas con género que se identificaron; las acciones implementadas; los principales resultados de estas iniciativas y, finalmente una breve conclusión que incluye lecciones aprendidas y oportunidades de mejora.

## **BRECHAS DE GÉNERO QUE LIMITAN EL USO DE CONDONES EN EL EMBARAZO**

Las recomendaciones internacionales sobre prevención del Zika, así como los esfuerzos de salud pública para responder a la enfermedad, rara vez toman en consideración los asuntos de género y el contexto social. Las recomendaciones ministeriales que motivan a las mujeres a evitar o retrasar el embarazo, practicar sexo seguro usando condones, o abstenerse de la actividad sexual durante el embarazo, presumen que las mujeres tengan un alto nivel de control y autonomía sobre su vida reproductiva y acceso universal a la anticoncepción. Sin embargo, estas recomendaciones ignoran las realidades de la República Dominicana y de los demás países de América Latina y el Caribe, donde a menudo hay poco acceso a los métodos anticonceptivos y otros servicios de salud sexual y reproductiva, altas tasas de violencia basada en género (VBG), incluyendo de violencia sexual, y donde las mujeres enfrentan barreras para la toma de

decisiones autónomas sobre salud reproductiva, dando como resultado altas tasas de embarazos no planificados, especialmente entre las adolescentes y jóvenes. Comprender las necesidades y vulnerabilidades específicas de mujeres, hombres, adolescentes y niños de ambos sexos, es necesario para diseñar respuestas adecuadas y destinar recursos dónde son más necesarios.

Cuando desde los centros de salud se empezó a recomendar el uso de condones durante el embarazo a las pacientes en atención prenatal, las proveedoras y los proveedores de salud notaron resistencia a su aceptación. Al participar en las iniciativas formativas, las proveedoras y los proveedores quisieron analizar cuales eran los asuntos de género que intervienen en limitar el uso de condones durante el embarazo. Las brechas identificadas como resultados de sus análisis se presentan a continuación (ver **Figura I**).

### **LA LIMITADA PARTICIPACIÓN DE LA PAREJA EN LA ATENCIÓN PRENATAL**

Esta brecha de género en la participación en la APN está asociada a factores culturales, según los cuales los hombres se acercan raramente a los servicios, y con sesgos del personal hospitalario hacia los hombres que acuden a visitas prenatales. Los hombres que no acuden a consulta de atención prenatal, que es el espacio donde se otorga información sobre la transmisión sexual del Zika y no cuentan con la orientación necesaria para entender la importancia del uso consistente de condones durante el embarazo. Por otro lado, las mujeres no siempre cuentan con la capacidad de transmitir de forma clara y completa la información pertinente recibida en APN.

### **ACTITUD SESGADA DE PROVEEDORES DE SALUD Y OTRO PERSONAL HOSPITALARIO**

Las/los trabajadores/as de salud tienen actitudes sesgadas, basadas en creencias personales y normas de género, sobre el uso del condón en el marco de relaciones estables y sobre la participación del hombre en la APN.

*“Un desafío es la resistencia de algunos proveedores que, por motivos culturales, religiosos y políticos, no aceptan algunas de las ideas de cambio propuestas por los EMC” (Observación de un proveedor de salud del EMC Hospital Los Mina)*

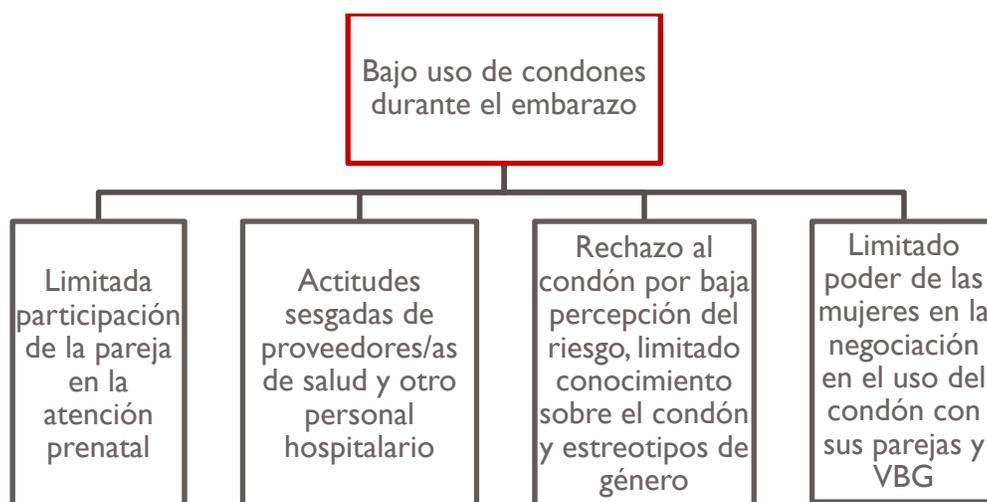
### **RECHAZO AL USO DE CONDONES DEBIDO A LA BAJA PERCEPCIÓN DEL RIESGO Y LIMITADO CONOCIMIENTO SOBRE EL CONDÓN Y A ESTEREOTIPOS DE GÉNERO**

Ante todo, en el imaginario colectivo, el uso de condón se asocia a relaciones ocasionales, mientras con la pareja estable se visualiza como método para postergar embarazos, no se asocia a la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el virus del Zika. Los hombres tienen muchas resistencias a utilizarlo por estas razones pero también por temor a disminuir su sensibilidad y virilidad. Las mujeres, por otro lado, temen irritaciones. En general intervienen también ideas culturales y religiosas y estigmas sociales.

### **LIMITADO PODER DE LAS MUJERES EN LA NEGOCIACIÓN EN EL USO DEL CONDÓN**

Las mujeres embarazadas muchas veces prefieren no proponer el uso de condón a su pareja, por la preocupación a reacciones violentas, debido a que están insertas en relaciones caracterizadas por desequilibrio de poder entre mujeres y hombres. Las reacciones agresivas o el miedo a las mismas se deben a que generalmente el condón se asocia a infidelidad. Entre las reacciones violentas se incluye el forzar a la pareja a tener relaciones sin condones, contra su voluntad.

Figura 1. Principales brechas de género que limitan el uso de condones en embarazo



## IDEAS DE CAMBIO IMPLEMENTADAS PARA ENFRENTAR LAS BRECHAS DE GÉNERO IDENTIFICADAS

Una vez identificadas las principales brechas de género que limitan el uso de condones durante el embarazo como medida preventiva de la transmisión sexual del Zika y de casos de ScaZ, los equipos de mejora de la calidad diseñaron ideas de cambio adecuada al contexto de sus centros de salud para enfrentarlas. A continuación se presentan las principales ideas de cambio puesta en practica por cada una de las brechas identificadas (ver Figuras 2, 3, 4 y 5).

### IDEAS DE CAMBIO PARA ENFRENTAR LA LIMITADA PARTICIPACIÓN DE LA PAREJA EN LA ATENCIÓN PRENATAL

Para contribuir a un mayor uso del condon, respondiendo a la limitada participacion del hombre en APN se han diseñado diferentes estrategias dirigidas a alcanzar con informacion las parejas, posiblemente invitandolos a las consultas prenatales. Algunos centros de salud se proponieron impartir consejeria prenatal en el contexto del Zika a la mujer embarazada junto con su pareja, para lograr esto y para que el hombre participara en APN se han promovido invitaciones verbales y/o escritas a través de la mujer embarazada. Una estrategia importante ha sido la entrega a la paciente de material informativo sobre Zika, sus riesgos en el embarazo, su prevención e importancia del uso del condón; constituyendo este material un importante soporte para la mujer embarazada a la hora de transmitir la información a su pareja. Finalmente ha sido fundamental sensibilizar el personal hospitalario y la población en general sobre la importancia del involucramiento de la pareja a la atención prenatal.

Figura 2. Ideas de cambio aplicadas para aumentar la información y sensibilización de las parejas



Invitación verbal o escrita a la pareja para acudir a consulta de APN

Entregar material informativo durante APN sobre Zika y uso condón

Sensibilizar el personal hospitalario y la población sobre la importancia del involucramiento de la pareja a la atención prenatal.

Impartir consejería en Zika a embarazada y pareja

### IDEAS DE CAMBIO PARA ENFRENTAR LA ACTITUD SESGADA DE TRABAJADORES/AS DE SALUD

Una acción prioritaria ha sido enfrentar las actitudes sesgadas de proveedores/as de salud y otro personal hospitalario. A este fin se han diseñado diferentes estrategias, como: actividades de sensibilización y capacitación en la integración de género; incorporar en el flujograma de la atención a la embarazada la inclusión de la pareja en el chequeo prenatal, tanto en el Departamento de Salud Mental como en Obstetricia; algunos centros se comprometieron a integrar actividades en el Plan Operativo Anual del próximo año para la inclusión de políticas de género en los procesos de atención de las embarazadas. Participantes de la capacitación de “Integración de género en el proceso de mejora de la calidad en la atención en salud en contexto Zika” se han comprometido a replicar los conocimientos adquiridos a los pares en sus unidades de trabajo.

Figura 3. Ideas de cambio aplicadas para enfrentar las actitudes sesgadas de trabajadores/as de salud



Actividades de sensibilización dirigidas a todo el personal sobre la perspectiva de género en salud

Incorporar en el flujograma la pareja en el chequeo prenatal tanto en el Departamento de Salud Mental como Obstetricia.

Inclusión de iniciativas relacionadas con integración de género en el POA

## IDEAS DE CAMBIO PARA ENFRENTAR EL RECHAZO DE CONDONES DEBIDO A LIMITADOS CONOCIMIENTOS, BAJA PERCEPCIÓN DE RIESGO Y ESTEREOTIPOS DE GÉNERO

Para enfrentar el rechazo del uso de condón entre los hombres, debido a la brecha de conocimiento sobre la transmisión sexual del Zika, sus posibles consecuencias en el embarazo y la importancia del uso consistente de condones, han sido establecidas alianzas con otros departamentos hospitalarios, como el departamento de salud mental, para realizar charlas en diferentes espacios en el mismo hospital y extrahospitalaria, por ejemplo en escuelas y colegios. Alianzas han sido establecidas también con otros actores, anteriormente nunca alcanzados, como las universidades, a través de la realización de ferias y charlas en espacios académicos y las juntas de vecinos para trabajar a nivel comunitario. La creación de material informativo gráfico, como carteles, con imágenes explicativas, ha sido una importante estrategia complementaria pudiendo alcanzar la población en general.

Figura 4. Ideas de para sensibilizar la población en general sobre Zika, sus posibles consecuencias y prevención



Carteles con información e imágenes explicativas



Alianzas con otros departamentos del hospital



Alianzas con actores extra hospitalarios

## IDEAS DE CAMBIO PARA ENFRENTAR EL LIMITADO PODER DE LAS MUJERES EN LA NEGOCIACIÓN DEL USO DEL CONDÓN Y EL RIESGO DE VBG

Para enfrentar esta importante brecha se ha considerado prioritario sensibilizar y capacitar los/las proveedores/as sobre como promover el uso del condón, contemplando la oferta de técnicas de comunicación asertiva y negociación pacífica del condón para las mujeres embarazadas. También se ha considerado fundamental fortalecer las técnicas de consejería prenatal en el contexto Zika, para fortalecer el conocimiento preventivo del Zika y empoderar a las usuarias sobre estrategias para la negociación del condón.

Figura 5. Ideas de para enfrentar el limitado poder de negociacion de la mujer y prevenir VBG



Materiales con información e imágenes explicativas

Capacitar a los proveedores con estrategias para promover el uso del condón y sobre formas de empoderar a la mujer para la negociación del condón

Brindar un abordaje de calidad en la consejería prenatal en el contexto Zika para fortalecer el conocimiento preventivo del Zika y empoderar a las usuarias sobre estrategias para la negociación del condón.

## IDEAS DE CAMBIO PARA INTEGRAR EL GÉNERO EN EL CUIDADO Y APOYO DE RECIÉN NACIDOS/AS

Como consecuencia de la integración de género en la atención prenatal, se han realizado cambios también en el cuidado y apoyo de niños y niñas recién nacidas. Por ejemplo incorporando el padre en las recomendaciones del cuidado del crecimiento y desarrollo, promoviendo la corresponsabilidad. En general los residentes de neonatología promueven la inclusión de los padres a los cuidados y a la atención de los recién nacidos y mayor colaboración a las madres con bebés hospitalizados. Adicionalmente, se ha modificado el programa Mamá Canguro, para que incluyan a los padres y otros integrantes de la familia.

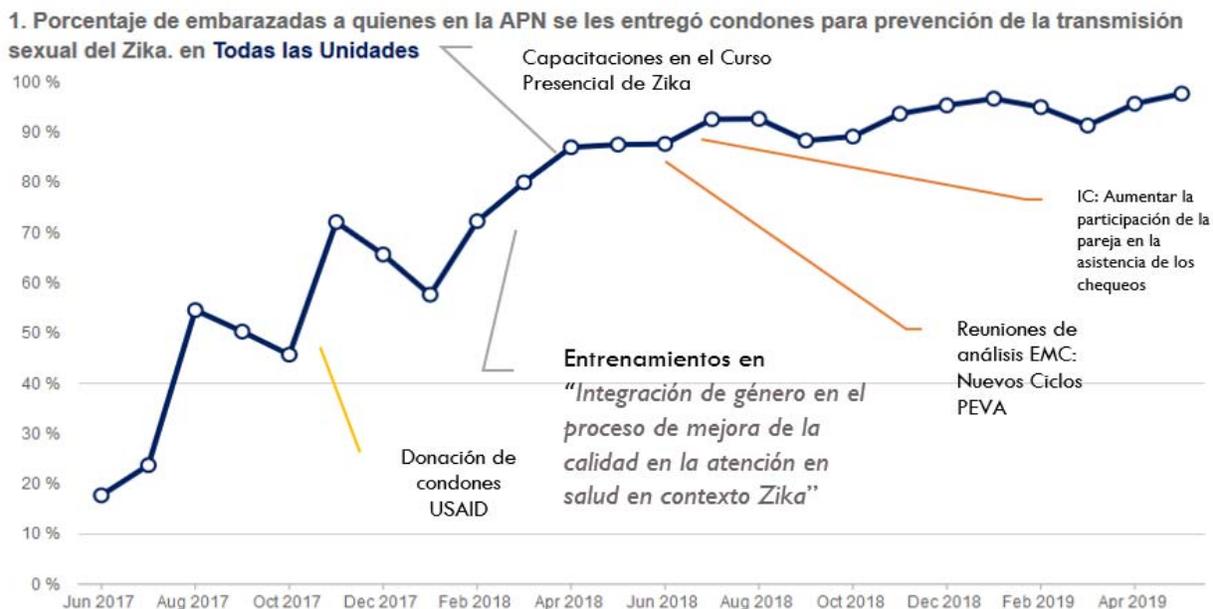
## RESULTADOS

Las iniciativas implementadas han dado resultados positivos en términos de mejores resultados en salud. El **Gráfico 1** resalta la tendencia en el aumento en el porcentaje de mujeres embarazadas en APN que recibieron condones y pone en evidencia indirecta el aumento en recibir el condón como medida de prevención del Zika y otras ITS.

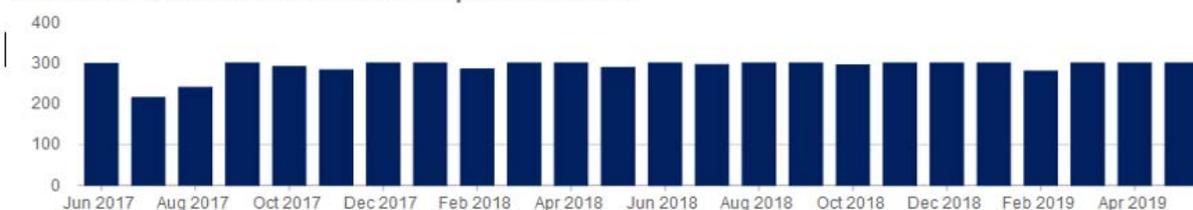
Los testimonios recolectados desde los proveedores y las proveedoras evidencian el cambio que hay en las actitudes y prácticas de las parejas frente al uso de condones. Resaltamos la importancia de haber informado el hombre para lograr su colaboración en la asunción de prácticas de prevención del Zika.

*“Tanto hombre como mujer participan en consejería y en consulta prenatal, y han jugado su rol en el uso de condón para la prevención del virus zika” (Observación de un proveedor de salud del EMC Hospital Jimani)*

Gráfico no 1. Indicador de entrega de condones para la prevención del Zika en el embarazo.



Total de embarazadas monitoreadas en el periodo evaluado



“Los hombres cuando reciben la charla están a favor de usar el condón, más que la mujer; la mujer acepta cuando el hombre acepta y valida” (Observación de un proveedor de salud del EMC Hospital Reynaldo Almánzar)

Otro aspecto positivo que se visualiza en el involucramiento del hombre es la contribución en reducir casos de reacciones violentas entre las parejas de las mujeres embarazadas.

“Digo que esta iniciativa contribuye a reducir las reacciones violentas. El hecho de que sea una doctora, alguien profesional que le diga al hombre, hace que ellos aprueben, confíen más en el uso y en su pareja” (Observación de un proveedor de salud del EMC Hospital Vinicio Calventi).

“Las iniciativas resultaron efectivas porque se logró un cambio en el comportamiento de los proveedores de salud dado que están más orientados sobre género y disponen de herramientas para orientar mejor a las usuarias y lograr mejores resultados. Han resultado efectivas en la medida en que observamos hombres acompañando a sus parejas a la consulta y las embarazadas recibiendo los condones, los padres participando más en el cuidado de los niños afectados por Zika.”

Dra. Cecilia Villaman, Directora País ASSIST

Un resultado alcanzado de la experiencia fue la vinculación con las Unidades de Género del SNS. La coordinadora de la Unidad de Género del SNS, Dra. Niurka Adames, al escuchar acerca de las buenas prácticas en la integración de género implementadas por los Equipos de Mejora de la Calidad de 15 hospitales de referencia nacional y regional apoyados por el Proyecto ASSIST de USAID, expresó interés

en organizar, a través de la alianza con ASSIST y WI-HER, LLC, la primera actividad formativa dirigida a sensibilizar en género y fortalecer las capacidades de integración de género en salud entre actores claves del SNS. El Dr. Christian Mateo, Encargado de la Unidad Materno-Infantil y Adolescentes, expresó que la formación permitió conseguir conocimientos adicionales que se pueden utilizar en diferentes ámbitos de la salud, ofreciendo la oportunidad de identificar problemas relacionados con el género, analizarlos y encontrar soluciones.



Finalmente se evidencia que la estrategia está resultando género-transformativa

también en el ámbito del cuidado de infantes, pues según proveedoras/es, los padres se involucran:

*“Muchos hombres están dispuestos a realizar actividades como son alimentar a los recién nacidos, cuidarlos y ayudar a las madres durante la estadía de los bebés en las unidades” (valoración perceptiva de un proveedor de salud del EMC Hospital Los Mina).*

## DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN

La integración de género ha resultado ser fundamental en el proceso de mejora de la calidad en la respuesta al Zika. La sensibilización en género de proveedores y proveedoras de salud constituye un paso necesario para avanzar hacia servicios brindados libres de prejuicios y con equidad de género. Sin un adecuado análisis de género habría sido imposible superar brechas de género como la limitada participación del hombre en APN, su limitado acceso a la información en salud y los estereotipos relacionados con el uso de condones, que tradicionalmente limitan los resultados en el contexto del Zika, y en todos los ámbitos de salud relacionados: salud sexual y reproductiva, salud materno-infantil, salud del hombre y apoyo psicosocial.

De no menor importancia es el fortalecimiento de las capacidades del personal de salud de identificar relaciones violentas y brindar asesoría en técnicas asertivas de negociación del condón, pues permite respetar el principio de “No hacer daño”, en el sentido que permite reducir los casos de mujeres que, al proponer el uso de condón a su pareja, son víctimas de violencia.

Queda pendiente fortalecer la práctica de monitoreo de los resultados de estas iniciativas, pues, no obstante en el marco del Proyecto ASSIST de USAID se hayan diseñado indicadores sensibles al género

para medir los resultados de las iniciativas, por ejemplo porcentaje de mujeres embarazadas que van a consulta acompañadas por la pareja respecto al total de las pacientes de APN.

De igual manera, es importante resaltar la importancia de continuar fomentando prácticas en salud con integración de la perspectiva de género, en el lenguaje, en ayudas de trabajos, materiales informativos, así como en normas y protocolos, como fue el caso de la “Guía de consejería: Preconcepcional, prenatal y post evento obstétrico en el contexto de las enfermedades transmitidas por picadura de mosquitos” por parte del Ministerio de Salud Pública.

Esta intervención del Proyecto ASSIST de USAID y WI-HER fue considerada una “buena práctica” y/o de las intervenciones a trabajar para la sostenibilidad en los servicios de salud. En el plan de sostenibilidad de las acciones iniciadas en el marco del proyecto ASSIST de USAID, el SNS se comprometió a llevar adelante las iniciativas de integración de género. El presente estudio de caso, recogiendo algunos aspectos principales de la experiencia de integración de género en la respuesta al Zika en la República Dominicana, poniendo énfasis en las mejores prácticas y lecciones aprendidas, pretende ser un documento de referencia para el SNS, los centros de salud de diferentes niveles y otros actores, a la hora de poner en práctica acciones similares. Sistematización de experiencias y divulgación de buenas prácticas y lecciones aprendidas, son parte del mismo abordaje i-DARE que en sus últimos pasos contempla ‘registrar’ el conocimiento, los datos cualitativos y cuantitativos, las mejores prácticas y las lecciones aprendidas, de acuerdo con metodologías efectivas y transparentes de gestión del conocimiento y ‘expandir’ las iniciativas para las cuales se demuestra el éxito.

*Para más información llamar o escribir a:*

Proyecto de USAID Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud  
University Research Co., LLC • 5404 Wisconsin Avenue, Suite 800 • Chevy Chase, MD 20815-3594 • EE.UU.

Este estudio de caso fue elaborado gracias al apoyo del pueblo estadounidense a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Las opiniones expresadas en la presente publicación no necesariamente reflejan el punto de vista o posición de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) o del Gobierno de los Estados Unidos.





**USAID APPLYING SCIENCE TO STRENGTHEN  
AND IMPROVE SYSTEMS PROJECT**

University Research Co., LLC  
5404 Wisconsin Avenue, Suite 800  
Chevy Chase, MD 20815

Tel: (301) 654-8338

Fax: (301) 941-8427

[www.usaidassist.org](http://www.usaidassist.org)



**USAID APPLYING SCIENCE TO STRENGTHEN  
AND IMPROVE SYSTEMS PROJECT**

University Research Co., LLC  
5404 Wisconsin Avenue, Suite 800  
Chevy Chase, MD 20815

Tel: (301) 654-8338

Fax: (301) 941-8427

[www.usaidassist.org](http://www.usaidassist.org)