USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

PROYECTO DE MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD

INFORME DE INVESTIGACIÓN

Desempeño de los equipos de mejoramiento continuo de la calidad en Guatemala

SEPTIEMBRE 2011

Este estudio fue realizado por University Research Co., LLC (URC) para la revisión de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), con la autoría de la Licda. Elena Hurtado, la Dra. María Insua y la Dra. Lynne Miller Franco de URC. El estudio fue realizado gracias al apoyo del pueblo americano a través del Proyecto de USAID de Mejoramiento de la Atención en Salud (HCI), el cual está gestionado por URC.

INFORME DE INVESTIGACIÓN

Desempeño de los equipos de mejoramiento continuo de la calidad en Guatemala

SEPTIEMBRE 2011

Elena Hurtado, University Research Co., LLC
Maria Insua, University Research Co., LLC
Lynne Miller Franco, University Research Co., LLC

AVISO

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.

Agradecimientos

La investigación sobre el desempeño de los equipos de mejoramiento de la calidad fue posible gracias al apoyo de las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MPSAS) del Guatemala. En especial, los autores agradecen: al Sr. Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, al Viceministro Técnico, a los Directores de las Áreas de Salud de San Marcos, Huehuetenango, Sololá, Quiché, Totonicapán y Alta Verapaz, a los Directores Municipales de Salud y al personal de los servicios estudiados.

En el Proyecto de USAID de Mejoramiento de la Atención en Salud, los autores agradecen a los Asistentes Técnicos de las Áreas de Salud: Gustavo Barrios, Mélida Chaguaceda, Leonel Gómez, Carlos León, Carlos Quan, Lilian Ramírez y Estuardo Recinos; a la supervisora de campo, Bernarda Méndez; y a los asistentes en la recolección de los datos, Carlos Morales y Francisco Ramírez.

La investigación contó con el apoyo financiero del pueblo americano a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y su Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud (HCI). El proyecto HCI está gestionado por University Research Co., LLC (URC) bajo los términos de los Contratos Números GHN-I-01-07-00003-00 y GHN-I-03-07-00003-00. Los subcontratantes de URC para HCI incluyen EnCompass LLC, Family Health International, Health Research Inc., Initiatives Inc., Institute for Healthcare Improvement y Johns Hopkins University Center for Communication Programs. Para mayor información sobre las actividades del proyecto, favor de visitar www.hciproject.org o escribir a hci-info@urc-chs.com.

Cita recomendada: Hurtado E, Insua M, Franco LM. 2011. Desempeño de los equipos de mejoramiento continuo de la calidad en Guatemala. *Informe de Investigación*. Publicado por el Proyecto de USAID de Mejoramiento de la Atención en Salud. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC).

TABLA DE CONTENIDOS

Lista de cuadros y figuras i
Abreviaturas ii
RESUMEN EJECUTIVO iii
I. INTRODUCCIÓN 1
II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO 1
III. METODOLOGÍA 2
A. Diseño 2
B. Muestra 2
C. Variables de interés 2
D. Recolección de datos 2
IV. RESULTADOS 4
A. Descripción de la muestra 4
B. Desempeño de los EMCC en los distintos niveles del sistema 6
C. Desempeño de los equipos en las actividades de MCC 8
D. Resultados obtenidos por los EMCC en los indicadores de calidad 13
E. Relación entre el desempeño de los EMCC y los resultados obtenidos 17
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 18
VI. ANEXOS 22
Anexo A: Muestra de servicios para el estudio 22
Anexo B: Instrumentos de recopilación de información 23
Anexo C: Resumen de los hallazgos cualitativos del estudio 29

Lista de cuadros y figuras

Cuadro 1: Variables e indicadores de interés al estudio 3
Cuadro 2: Funciones que cumplen miembros del EMCC de los servicios 7
Cuadro 3: Porcentaje de equipos de mejoramiento continuo de la calidad que dijeron contar con cada herramienta del colaborativo 9
Cuadro 4: Porcentaje y frecuencia con que los EMCC dijeron utilizar el formato estandarizado para documentar los cambios y la matriz de planificación 11
Cuadro 5: Porcentaje de EMCC de los servicios que dijeron compartir el aprendizaje del mejoramiento de la calidad 12
Cuadro 6: Mecanismos utilizados por los EMCC para compartir el aprendizaje del mejoramiento de la calidad con otros equipos de servicios 12
Cuadro 7: Resumen de las conclusiones y recomendaciones del estudio .....

Figura 1: Organigrama simplificado del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social 4
Figura 2: Cumplimiento de indicadores de calidad (promedio atención prenatal, postparto, neonatal y niños) en servicios estudiados y el resto de servicios participantes en el Colaborativo ProCONE 5
Figura 3: Desempeño de los EMCC en actividades de monitoreo de la calidad 11
Figura 4: Desempeño de los EMCC en actividades de planificación de intervenciones 11

Figura 5: Mejoramiento absoluto de los indicadores durante el tiempo de medición del estudio 13
Figura 6: Porcentaje de mejoramiento de los indicadores por tipo de atención prestada 14
Figura 7: Comparativo de los indicadores por fase de implementación, demostrativa y de expansión 14
Figura 8: Comparativo del mejoramiento absoluto de los indicadores dependiendo de su fase de implementación. Mejoramiento comparativo en función del porcentaje de incremento 15
Figura 9: Velocidad o tiempo promedio que tardaron los servicios de salud de la fase de expansión en alcanzar un valor entre el 80% y 90% en los indicadores de atención ambulatoria 16
Figura 10: Velocidad o tiempo promedio que tardaron los servicios de salud de la fase de demostración de San Marcos en alcanzar un valor de los indicadores de atención ambulatoria entre 80% y 90 16
Figura 11: Meses consecutivos en que los indicadores se mantuvieron por encima del 80% o 90%, por fase de implementación del colaborativo 17

Abreviaturas

AT	Asistente Técnico
CAIMI	Centro de Atención Integral Materno Infantil
CAP	Centro de Atención Permanente
DAS	Dirección de Área de Salud
DRPAP	Dirección de Regulación y Programas de Atención a las Personas
EMCC	Equipo de mejoramiento continuo de la calidad
FNUAP	Fondo de las Naciones Unidas de Población
FSR	Facilitadores de Salud Reproductiva
HCI	Proyecto de USAID de Mejoramiento de la Atención en Salud (*USAID Health Care Improvement Project)*
ISO	Organización Internacional de Estandardización
MATEP	Manejo activo de la tercera etapa del parto
MCC	Mejoramiento continuo de la calidad
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
PNSR	Programa Nacional de Salud Reproductiva
ProCONE	Promoción y Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales
SIAS	Sistema Integral de Atención en Salud
URC	University Research Co., LLC
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
USME	Unidad de Supervisión, Monitoreo y Evaluación

RESUMEN EJECUTIVO

Introducción

A través de este estudio se investigó el desempeño de los equipos de mejoramiento continuo de la calidad (EMCC) de 38 servicios de salud (mayormente centros de salud con atención permanente y atención de partos) en seis de nueve áreas de salud de influencia de la cooperación del Proyecto de USAID de Mejoramiento de la Atención en Salud (HCI). Estos servicios están localizados en municipios priorizados por pobreza y vulnerabilidad alimentaria y nutricional y donde el gobierno del país ha implementado programas de reducción de pobreza. Se obtuvo información sobre la organización, composición y funcionamiento de los equipos de estos servicios, así como sobre la tutoría recibida y sobre el aprendizaje colaborativo, incluyendo los mecanismos de comunicación empleados dentro del equipo y con otros equipos.

Metodología

Se utilizó metodología cuantitativa y cualitativa: un cuestionario pre-codificado fue aplicado a todos los equipos de mejora y también se llevó a cabo discusiones de grupo con la mayoría de equipos, las cuales fueron grabadas y transcritas para su análisis. Los datos sobre el desempeño fueron analizados en relación a los resultados del monitoreo de la calidad en los procesos de atención que los equipos han realizado desde enero de 2009 hasta mediados de 2010.

Los resultados se concentraron en los equipos de los servicios, debido a la participación inconsistente de los equipos del nivel central, especialmente la Unidad de Supervisión Monitoreo y Evaluación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Se puede decir que a nivel central no hay un equipo de mejora de la calidad de la atención materno-neonatal, aunque han participado miembros del Programa Nacional de Salud Reproductiva y, a nivel del área de salud, algunos miembros del equipo técnico del área, especialmente la enfermera profesional y los facilitadores de salud reproductiva.

Se encontraron EMCC funcionando en 37 de los 38 (97%) servicios estudiados, con un promedio de cinco miembros por equipo. En el único servicio en que no se encontró EMCC fue uno que estaba siendo remodelado y sus diferentes componentes (consulta externa, atención de parto y servicios administrativos) operaban en lugares geográficamente distantes y en condiciones difíciles. En su mayoría el Coordinador Municipal de Salud (médico) se reconoció como el coordinador del EMCC, sin embargo, en la práctica la enfermera profesional hace las funciones de coordinador y le da seguimiento el equipo. De hecho, se encontró que las enfermeras de distrito son las más empoderadas en la estrategia de Promoción y Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (ProCONE) y la metodología de colaborativo para el mejoramiento de la calidad.

Resultados

El nivel central ha participado en forma inconsistente en el Colaborativo de Salud Materno Neonatal y en el nivel del área la participación del equipo técnico del área ha sido variable. Los equipos mostraron bastantes conocimientos sobre el mejoramiento de la calidad, aunque tienden a ver la estrategia ProCONE en que están aplicando la metodología de mejoramiento de la calidad y el aprendizaje Colaborativo como sinónimos.

El documento de mejores prácticas de la fase de demostración en San Marcos es el documento menos disponible a los EMCC estudiados. Mientras que el formato estandarizado para la documentación de las mejores intervenciones es poco utilizado. Un tercio de los equipos tenían todos los instrumentos de mejora de la calidad y la mayoría reportaron que se reúnen mensualmente para la revisión de fichas clínicas, actualizar la base de datos y sala situacional y planificar actividades que, en este estudio, fueron consideradas indicativas de su desempeño.

El monitoreo y tutoría de nivel del área a los EMCC de los servicios ha sido débil por falta de recursos del área para movilizarse; se ha llevado a cabo casi solamente cuando se cuenta con transporte del proyecto HCI. Los equipos han comunicado sus mediciones e intervenciones a través de las reuniones del equipo técnico del área y las sesiones de aprendizaje. Otros mecanismos de comunicación han sido poco utilizados, especialmente las llamadas por teléfono y el uso del internet. Dentro del equipo de mejoramiento, la comunicación ha sido buena y en menor grado con el resto del personal; hay dificultades por la rotación continua de personal.

Se analizaron los indicadores presentados por los equipos de la muestra de este estudio durante 17 meses, observando un incremento general entre 60 y 80 punto porcentuales, dependiendo de los indicadores medidos, debido a las mejoras experimentadas por los equipos de la fase de expansión (30 equipos fuera de San Marcos). Estos equipos iniciaron el estudio con valores de un 30% en los indicadores y fueron incrementándolos hasta alcanzar valores por encima del 80%. Los ocho equipos de San Marcos tuvieron un mejoramiento menor que los demás ya que se encontraban, desde el inicio del estudio, con niveles más altos en los indicadores reportados. Los equipos de la fase de expansión tardaron en promedio cuatro a seis meses en alcanzar valores de 80% en sus indicadores. El único indicador que se encontraba más bajo en un inicio y tardó algo más de cuatro meses en alcanzar estos valores en todas las unidades de salud fue el de acciones preventivas en lactantes y niños menores de dos años, ya que no formó parte de la fase demostrativa ni es un indicador de la atención materno neonatal propiamente.

Se encontró que aquellos equipos que no compartieron la información dentro de su unidad de salud se demoraron en promedio 1.8 meses más en alcanzar 80% en los indicadores que los equipos que compartieron la información. También se observó que aquellos equipos en los que al menos cuatro personas realizaban diversas actividades de calidad mantuvieron los indicadores de calidad de la atención en 80% durante 2.2 meses más y tuvieron niveles de 80% o más con mayor frecuencia que los equipos en que estas funciones sólo las realizaba el/la coordinador/a del equipo.

Se puede mencionar como un avance en el último tiempo, encaminado hacia la institucionalización de la metodología de mejoramiento de la calidad y la estrategia ProCONE, la incorporación de los indicadores del Colaborativo ProCONE Básico en la estrategia de Reducción de la Mortalidad Materna para el período 2010 a 2015.

Conclusiones y recomendaciones

El nivel central ha participado en forma inconsistente en el Colaborativo de Salud Materno Neonatal y no hay un equipo de mejoramiento de la calidad de la atención materno neonatal como tal. Se recomienda llevar a cabo varias reuniones con el nivel central para reconstituir el equipo de calidad del nivel central que incluya tanto funciones en lo administrativo y financiero como en la mejora de la calidad de la atención. Los equipos de mejoramiento de las unidades de salud recomendaron que eventualmente se lleven a cabo evaluaciones externas y el involucramiento del nivel central para darle validez a la estrategia.

Los miembros del equipo técnico a nivel de área han participado regularmente en el Colaborativo de Salud Materno Neonatal, pero no se puede decir que constituyan un equipo de MCC. Se recomienda reforzar la estructura de EMCC a este nivel con funciones y responsabilidades bien establecidas, tanto para lo administrativo y financiero como para la mejora de la calidad de los procesos de atención.

En todos los niveles se ha observado una falta de entendimiento sobre las diferencias entre la estrategia ProCONE, el mejoramiento continuo de la calidad y la metodología de aprendizaje colaborativo. Se recomienda abordar este tema en las reuniones con el nivel central, de área y de las unidades de salud.

La tutoría de nivel del área a los EMCC de las unidades de salud ha sido débil por falta de recursos del área para movilizarse. Se recomienda continuar abogando por la asignación de recursos al sector salud y específicamente para las funciones de tutoría, supervisión y monitoreo.

Se recomienda revisar el uso de otros formatos de documentación para encontrar un balance entre el sistema estandarizado de evaluación de HCI y otras formas de hacer la documentación como el uso de libros de acta en existencia en todas las unidades de salud. Es recomendable elaborar un documento con las mejores prácticas de la fase demostrativa y de expansión, general y por áreas, en diferentes formatos para darlo a conocer ampliamente y en más de una ocasión.

Los equipos de mejora de las unidades de salud manejan las actividades básicas de la metodología de mejoramiento de la calidad. Las actividades de comunicación y discusión de los resultados con los proveedores del servicio son buenas dentro del equipo de mejora, pero limitadas con el resto del personal. Se debe fortalecer los mecanismos de participación y comunicación interna en el servicio ya que se encontraron asociados a la velocidad en alcanzar 80% en los indicadores de calidad de la atención, la frecuencia en el cumplimiento de 80% y el mantenimiento de las mejoras. También es necesario fortalecer la comunicación entre unidades de salud. Mecanismos poco utilizados actualmente en la comunicación con otros servicios de salud como las visitas cruzadas, las llamadas por teléfono y el uso del internet, pueden promoverse.

Es posible que las variables utilizadas en este estudio para medir el desempeño de los equipos de mejoramiento no sean las más adecuadas para relacionarse con los niveles alcanzados en los indicadores de calidad de la atención clínica. Se recomienda estudiar en mayor profundidad qué características de los equipos de mejoramiento y medidas de su desempeño están más relacionadas con la calidad de la atención provista.

I. INTRODUCCIÓN

Un elemento fundamental en el mejoramiento de la calidad a través de la metodología de mejoramiento colaborativo es la formación de equipos de mejoramiento continuo de la calidad (EMCC) en los diferentes sitios que participen. Los participantes en los servicios se reúnen para trabajar y mejorar un proceso determinado de atención. Estos equipos deben aprender sobre conceptos básicos del mejoramiento continuo de la calidad (MCC) y del aprendizaje colaborativo, los objetivos de mejora, los estándares de atención e indicadores a mejorar, el paquete de cambios a implementar para lograr la mejora, las herramientas que se deben utilizar y, dependiendo en su nivel, las destrezas de facilitación, tutoría y comunicación necesarias para estimular el aprendizaje.

Se diseñó un estudio para evaluar el desempeño de los EMCC en la implementación de la estrategia de Promoción y Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (ProCONE) en seis de nueve áreas de salud donde se llevó a cabo la fase de expansión de un Colaborativo de Salud Materno Neonatal en Guatemala. En el estudio se consideró la organización de los EMCC, las funciones realizadas en MCC y técnicas de aprendizaje empleadas, así como los mecanismos que utilizaron para compartir sus experiencias con otros equipos del colaborativo.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala con el apoyo técnico y financiero del Proyecto de USAID de Mejoramiento de la Atención en Salud (HCI) está implementando la estrategia ProCONE Básico a través de un proceso de mejoramiento colaborativo. En una fase preparatoria, el MSPAS, las direcciones de Áreas de Salud (DAS) y los servicios de salud se entrenaron en la metodología de mejoramiento continuo de la calidad (MCC) enfocada en la atención materno neonatal siguiendo la normativa del MSPAS. Una segunda etapa se desarrolló desde abril 2007 a septiembre 2008 en el área de salud de San Marcos, donde 28 servicios de salud participaron en la fase demostrativa de la implementación del colaborativo. En noviembre de 2008 se inició una tercera etapa, la fase de expansión del colaborativo en 135 servicios de salud, incluyendo centros de salud, Centros de Atención Permanente (CAP), Centros de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI) y hospitales distritales, localizados en siete nuevas áreas de salud.

De acuerdo a la metodología de mejoramiento colaborativo, en cada uno de los servicios participantes se formó un equipo de mejoramiento continuo de la calidad que se reunió periódicamente para planificar cambios, evaluar su implementación, verificar --a través de la medición de indicadores-- si se habían producido los efectos deseados y adoptar (institucionalizar) los cambios efectivos. Asimismo, los EMCC recibieron tutoría del nivel central y del equipo técnico del área de salud y se comunicaron entre sí para aprovechar el aprendizaje sobre las mejoras implementadas.

Este estudio examinó el desempeño de los EMCC en una muestra de 38 servicios localizados en áreas de influencia de la cooperación del Proyecto de USAID de Mejoramiento de la Atención en Salud (*USAID Health Care Improvement Project*, HCI), en igual número de municipios priorizados por pobreza y vulnerabilidad alimentaria y nutricional y donde el gobierno del país ha implementado programas de reducción de pobreza. Los EMCC se formaron según la metodología estándar de un colaborativo. A través de este estudio se obtuvo información sobre su desempeño, entendido como su organización y funcionamiento para mejorar la calidad de la atención prenatal, postnatal y neonatal. También se estudió el aprendizaje colaborativo, incluyendo los mecanismos de comunicación empleados en la tutoría externa, dentro del equipo y entre equipos.

II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo 1: Evaluar el nivel de desempeño en las actividades de mejoramiento continuo de la calidad de los EMCC en la estrategia ProCONE.

> Objetivo 1.1. Evaluar el nivel de desempeño de los EMCC en los diferentes niveles del sistema de salud: nivel nacional, nivel de área de salud, nivel de distrito o prestación de servicios de salud.

Objetivo 1.2: Evaluar el desempeño de los EMCC en la realización de las distintas actividades de mejoramiento continuo de la calidad:

- Documentación de las prácticas o cambios implementados por los EMCC
- Funciones de monitoreo y análisis de los datos en el MCC
- Compartir las experiencias exitosas entre los equipos participando en el colaborativo

Objetivo 2: Evaluar los resultados alcanzados por los EMCC en función del cumplimiento en los indicadores clínicos de la estrategia ProCONE que reportan mensualmente, considerando:

- La magnitud de la mejoría en la calidad
- La velocidad o rapidez en que se alcanzó la mejoría
- El mantenimiento de la calidad alcanzada

III. METODOLOGÍA

A. Diseño

Se diseñó un estudio transversal para examinar el desempeño de los EMCC en las actividades de mejoramiento de la calidad de la atención materno neonatal durante la expansión de la implementación de la estrategia ProCONE en las unidades de salud en siete áreas en Guatemala. El estudio se llevó a cabo de enero a septiembre de 2010.

B. Muestra

De los 135 servicios de salud participantes en la fase de expansión se seleccionó una muestra de 38 servicios de atención materno infantil[1]: 33 de ellos CAP, dos CAIMI con atención de partos, un hospital distrital con consulta externa y dos centros de salud (tipo B). Uno de los servicios de la muestra, un CAP localizado en Alta Verapaz, no pudo ser estudiado debido a que sus instalaciones estaban siendo remodeladas y al momento de la encuesta se encontraban dispersas en tres puntos geográficamente retirados, por lo cual 37 servicios de salud quedaron incluidos en la muestra del estudio. Los 37 servicios de salud proveen atención materno infantil ambulatoria y 35 de ellos además cuentan con servicios de atención de partos.

Los 37 servicios de salud de la muestra están ubicados en municipios priorizados por pobreza y vulnerabilidad alimentaria y nutricional y donde el gobierno del país ha implementado programas de reducción de pobreza, de seis áreas de salud: Alta Verapaz, El Quiché, Huehuetenango, San Marcos, Sololá y Totonicapán. De estos servicios, ocho pertenecen al área de demostración de San Marcos y 29 están localizados en las otras cinco áreas.

C. Variables de interés

Las variables de interés se expresan en los indicadores señalados en el Cuadro 1.

D. Recolección de datos

Se realizaron al menos dos visitas a cada uno de los servicios de salud para entrevistar a los miembros del equipo MCC. En la mayoría de los casos, se entrevistó a los coordinadores del equipo de mejora (generalmente el médico jefe de la unidad) y a la enfermera profesional que habitualmente es la más activa dentro del equipo a quienes se les aplicó un cuestionario de entrevista con preguntas cerradas y pre-codificadas (ver Anexo B, instrumentos de recolección de información).

[1] Ver Anexo A: Muestra de servicios incluidos en el estudio.

Cuadro 1: Variables e indicadores de interés al estudio

Objetivo	Área de estudio	Variable	Indicador
Objetivo 1.1	Desempeño de EMCC en los distintos niveles del sistema de salud	EMCC Nacional EMCC Área de salud EMCC Distrito/ Servicio de salud	Número de visitas que los EMCC de área realizan a los EMCC de los servicios de salud % de los equipos del área que reportan hacer tutoría a los distritos
Objetivo 1.2	Desempeño de EMCC a nivel de unidades de salud en las distintas actividades de MCC	Documentación	% de EMCC que documentan los cambios Mecanismos de documentación utilizados
		Monitoreo y análisis	% de los EMCC que utilizaron cada una de las herramientas % de los EMCC que realizan cada una de las 12 funciones de MCC consideradas
		Compartir las experiencias exitosas	% de los EMCC que compartieron el aprendizaje con distintos grupos % de los EMCC que compartieron el aprendizaje por distintos mecanismos Visitas recibidas por los EMCC de los representantes de Área (tutoria)
Objetivo 2	Resultados de mejoramiento de la calidad	Magnitud de MCC	% de los EMCC que alcanzan 80, 90 o 95% en sus indicadores reportados Mejoramiento absoluto de los indicadores Tendencias y cambios en la tendencia
		Velocidad de MCC	Meses en alcanzar 80 y 90% en los indicadores reportados
		Mantenimiento de MCC	Número de meses indicador por encima de 80% Número consecutivo de meses con indicador por encima de 80%

También se realizaron discusiones de grupo con seis equipos de MCC a nivel de área y con 36 equipos de la muestra. Las discusiones grupales fueron grabadas y transcritas para su análisis posterior. La información sobre la participación del nivel central en el MCC fue facilitada por los asistentes técnicos del proyecto ProCONE.

Dos trabajadores de campo llevaron a cabo la recolección de la información así como la facilitación de las discusiones de grupo con los EMCC.

Se recolectó información acerca de las siguientes variables:

- Organización y composición de los EMCC del nivel central, área y unidades de salud
- Funciones de MCC realizadas por los EMCC del nivel central, área y las unidades de salud
- Existencia y uso de los instrumentos / herramientas de ayuda para el desarrollo de actividades de MCC.
- Mecanismos de comunicación utilizados para compartir experiencias en la implementación de MCC entre los equipos y con el tutor o facilitador de los EMCC.
- Indicadores de desempeño en la atención clínica reportados mensualmente por cada servicio de salud. De los nueve indicadores analizados, cuatro corresponden a atención ambulatoria y cinco a atención del parto.

Consideramos para este análisis los indicadores de atención ambulatoria (que no requiere internación) debido a que las medidas de desempeño se realizaron en los equipos que monitorean la atención ambulatoria. Asimismo, aunque no se refiere a la atención materna neonatal, también se consideró un indicador de acciones preventivas en los niños de 29 días a menores de dos años de edad, que fue agregado en la etapa de expansión:

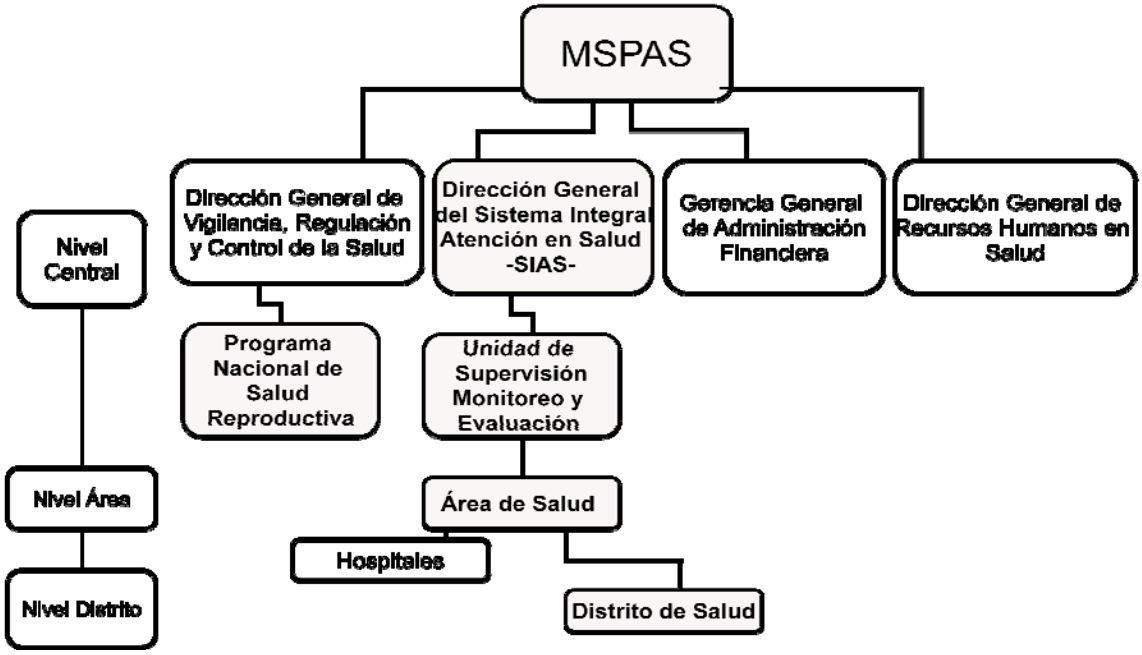
- Indicador de calidad de la atención prenatal ambulatoria: % de mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal que cumple con criterios seleccionados de la norma.
- Indicador de calidad de la atención del puerperio ambulatorio: % de mujeres puérperas que recibieron la atención en cumplimiento de criterios seleccionados de la norma.
- Indicador de calidad de la atención neonatal: % de menores de 28 días en consulta ambulatoria que recibieron atención neonatal de acuerdo a criterios seleccionados de la norma.
- Indicador de calidad de las acciones preventivas a niños menores de dos años: % de lactantes y niños –de 29 días a dos años- que reciben acciones preventivas, según criterios seleccionados de la norma.

IV. RESULTADOS

A. Descripción de la muestra

La Figura 1 muestra los niveles del MSPAS y dentro de cada nivel, las dependencias del MSPAS involucradas en el Colaborativo de Salud Materno Neonatal (ProCONE Básico). Estas dependencias fueron, a nivel central, la Dirección General del Sistema Integrado de Atención en Salud (SIAS) con su Unidad de Supervisión, Monitoreo y Evaluación (USME) y en la Dirección de Regulación y Programas de Atención a las Personas (DRPAP), el Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR). A nivel de área se encuentra la Dirección de Área de Salud (DAS) y los servicios estudiados se encuentran en cabeceras municipales a nivel de Distrito de Salud.

Figura 1: Organigrama simplificado del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

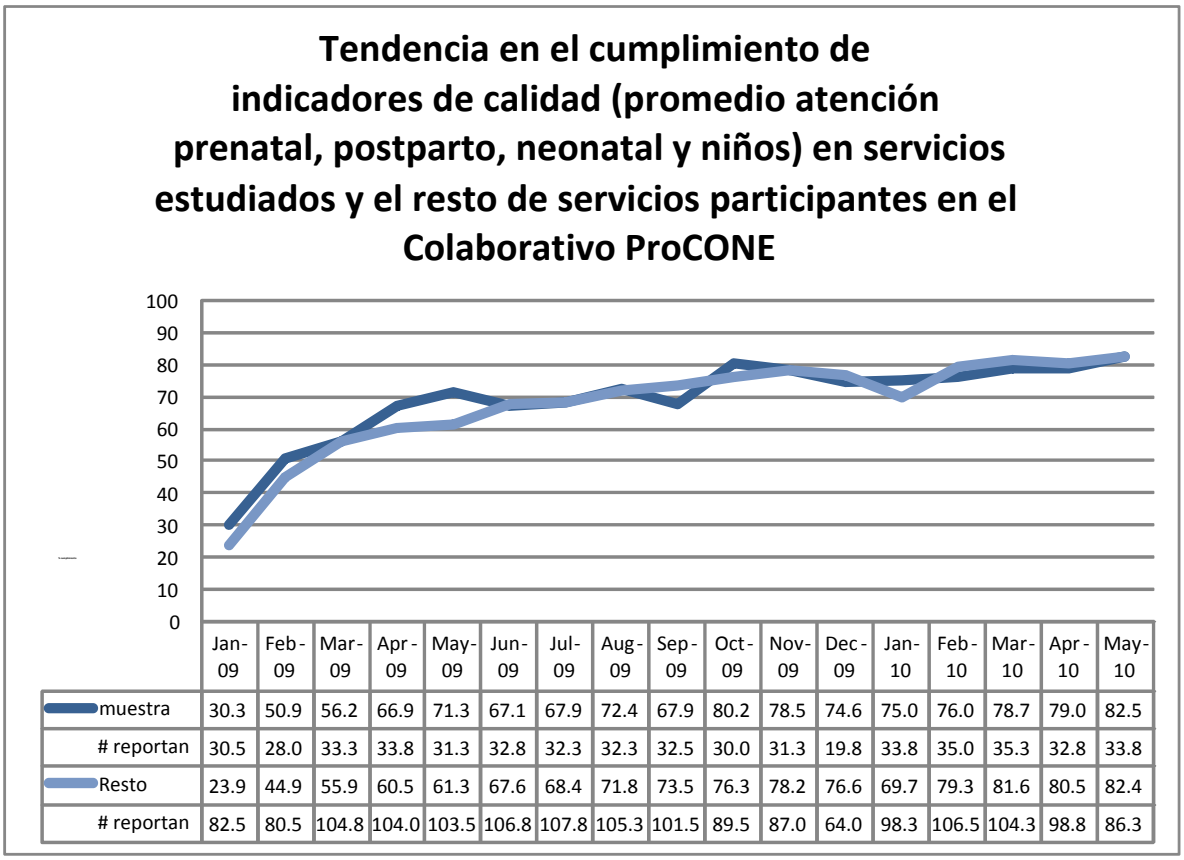


De los 38 servicios de salud seleccionados en la muestra, 36 (94.7%) dieron información completa para el análisis de datos. Dos casos en que los EMCC no fueron capaces de proveer la información necesaria se debieron a la falta de coordinador en un equipo y a la restructuración temporal de las instalaciones de salud en otro que impedía la coordinación de las actividades de MCC.

Los 38 servicios de salud de la muestra formaban parte a su vez de 45 unidades seleccionadas nacionalmente como beneficiarios del programa de transferencias monetarias condicionadas y sirvieron también como muestra para la realización de otros estudios llevados a cabo por el proyecto HCI. Debido a que la muestra requería cumplir ciertos criterios para poder participar en todos los estudios planteados cabía la duda de si los resultados obtenidos pudieran ser representativos de todos los servicios de salud donde se implementó el colaborativo en Guatemala.

Se analizó el comportamiento de los indicadores en la muestra del estudio y en el resto de los servicios de salud donde se implementó el colaborativo y observamos que las tendencias en el cumplimiento de los indicadores resultaban semejantes en ambos grupos. En la Figure 2 se muestra la tendencia en el cumplimiento de los indicadores de calidad de la atención prenatal postparto, neonatal y de atención al niño. De la gráfica se desprenden dos resultados: el porcentaje de cumplimiento ha ido mejorando y alcanzando un nivel que se considera adecuado (>80%), y el porcentaje de cumplimiento en los servicios de la muestra presenta la misma tendencia que el del resto de los servicios que participan en el Colaborativo ProCONE.

Figura 2: Cumplimiento de indicadores de calidad (promedio atención prenatal, postparto, neonatal y niños) en servicios estudiados y el resto de servicios participantes en el Colaborativo ProCONE



	Jan-09	Feb-09	Mar-09	Apr-09	May-09	Jun-09	Jul-09	Aug-09	Sep-09	Oct-09	Nov-09	Dec-09	Jan-10	Feb-10	Mar-10	Apr-10	May-10
muestra	30.3	50.9	56.2	66.9	71.3	67.1	67.9	72.4	67.9	80.2	78.5	74.6	75.0	76.0	78.7	79.0	82.5
# reportan	30.5	28.0	33.3	33.8	31.3	32.8	32.3	32.3	32.5	30.0	31.3	19.8	33.8	35.0	35.3	32.8	33.8
Resto	23.9	44.9	55.9	60.5	61.3	67.6	68.4	71.8	73.5	76.3	78.2	76.6	69.7	79.3	81.6	80.5	82.4
# reportan	82.5	80.5	104.8	104.0	103.5	106.8	107.8	105.3	101.5	89.5	87.0	64.0	98.3	106.5	104.3	98.8	86.3

B. Desempeño de los EMCC en los distintos niveles del sistema

1. Nivel central o nacional

En el momento de realizar el estudio, el EMCC en el nivel central era prácticamente inexistente. Durante las fases demostrativa y de expansión, el proyecto identificó y trabajó con el equipo de la USME del SIAS como las contrapartes idóneas en los procesos de mejoramiento de la atención en salud. Asimismo, el documento de mejores prácticas del colaborativo San Marcos o "paquete de cambios", sus estándares e indicadores a medir fueron consensuados con el equipo de USME. Estos cambios exitosos realizados durante la fase de demostración, fueron incluidos en un documento que sirvió para facilitar la implementación del colaborativo durante la fase de expansión a siete nuevas áreas de salud de Guatemala.

Sin embargo, el equipo de USME sufrió múltiples cambios al principio del periodo de gobierno de 2008. Al mismo tiempo, en el proyecto dio inicio el componente de gestión de la calidad con un equipo numeroso que capacitó al personal de la USME como auditores de otros procesos (administrativos y financieros y no de atención en salud) lo cual generó confusión. Finalmente, emergencias como la de la influenza con el virus A H1N1 obligaron al equipo de USME a dedicarse al monitoreo de las acciones de prevención de la epidemia. Por estas razones, el equipo de USME-SIAS no le ha dado seguimiento al proceso de mejoramiento por la estrategia ProCONE.

Otra de las dependencias a nivel central, el Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR) bajo el cual está el componente de salud materna neonatal ha participado en el programa de MCC de la estrategia ProCONE. Los facilitadores de salud reproductiva (FSR), contratados a finales de 2008, han acompañado a los asistentes técnicos del proyecto HCI en las visitas de tutoría a las áreas de salud. Estos facilitadores han recibido capacitación sobre conceptos de calidad y la metodología de mejoramiento colaborativo. Los FSR son los que desde el nivel central están dando seguimiento al proceso de MCC a nivel de área de salud, excepto en dos áreas (Chimaltenango y Sololá) donde el seguimiento lo dan únicamente en el nivel hospitalario.

2. Nivel de área

La dinámica de trabajo en cada una de las seis áreas de salud es diferente, en parte debido a que en unas áreas el equipo técnico del área se involucró más y en otras se involucró más el equipo de salud reproductiva del área. La mayoría de los equipos técnicos del área se involucraron en el colaborativo así como los facilitadores de salud reproductiva del área (generalmente médicos o enfermeras). Sin embargo, los equipos técnicos de área y/o los facilitadores de salud del área no se consideran a sí mismos un equipo de mejoramiento. En general los participantes no distinguen entre la estrategia ProCONE y la metodología de colaborativo para el mejoramiento de la calidad de atención, para ellos son sinónimos.

Algunos miembros del personal a nivel del área han adquirido las destrezas para monitorear a los equipos de servicios. En algunos lugares –con apoyo del proyecto– incluso han desarrollado instrumentos adicionales de monitoreo (por ejemplo, en Alta Verapaz). Sin embargo, la gran limitante que han tenido los participantes a nivel de área ha sido la falta de transporte y combustible para hacer visitas de supervisión, tutoría y monitoreo a los equipos de los servicios. Es por ello que suelen aprovechar las visitas del personal del proyecto HCI a los distritos para supervisar, no sólo el programa de MCC materna neonatal, sino también otros programas bajo su responsabilidad. Con esta apretada agenda el tiempo nunca es suficiente para darle la atención requerida a la tutoría en los procesos de atención que se encuentren débiles.

Las seis áreas de salud entrevistadas dijeron que su forma principal de dar supervisión y tutoría a los distritos (unidades de salud) ha sido a través de las reuniones mensuales en el área de salud (sede del equipo de área), donde los médicos directores de los distritos reportan los avances y limitantes. Además, como se mencionó, han hecho "acompañamiento tutorial" junto con los asistentes técnicos del

proyecto HCI. Las visitas las hicieron inicialmente cada mes y luego una a dos veces por trimestre, escogiendo cada vez diferentes servicios a los cuales visitar.

En estas visitas todos equipos de área reportaron hacer lo siguiente:

- Análisis de la base de datos
- Priorizaciones de sugerencias de cambios o intervenciones de acuerdo a debilidades encontradas
- Evaluación de la sala situacional utilizando los formatos de "observación de sala situacional" que se les ha proporcionado en las sesiones de aprendizaje
- Evaluación de las intervenciones realizadas y su efecto en los indicadores

La mitad de los equipos entrevistados mencionaron que además realizaban: Fortalecimiento del funcionamiento del equipo de la unidad, verificación de la calidad del dato registrado en las hojas de monitoreo, verificación de la calidad de la tabulación del dato, verificación y apoyo en el uso de la "Matriz de planificación de los ciclos rápidos de mejora" y preparación de la sala situacional con los resultados. Un tercio de los equipos dijo que también hacían verificación y daban apoyo en el uso del "Formato estandarizado de documentación" de HCI y preparación para la sesión de aprendizaje.

La mitad de los equipos de las áreas dijeron que habían hecho uso de la información que presentan los equipos de las unidades de salud para:

- Preparación de sala situacional a nivel de área (3/6=50%)
- Toma de decisiones (3/6=50%)
- Abogacía con el nivel central (3/6=50%)
- Monitoreo y seguimiento a los equipos de los servicios (3/6=50%)

3. Nivel de distrito / unidades de salud

En su mayoría los Coordinadores Municipales de Salud (médico Director del Distrito) fueron designados por los equipos como los coordinadores de los EMCC, porque consideran necesario que el director esté involucrado para que se implementen las ideas de cambios. Como se puede apreciar en el Cuadro 2, en la práctica las enfermeras profesionales cumplen muchas veces el rol de convocar al equipo y solicitar las fichas clínicas para seleccionar al azar las que se revisan. De hecho, es reconocido por los equipos de otros niveles que las enfermeras profesionales han tomado un rol de liderazgo en el funcionamiento y seguimiento de los equipos y son quienes más empoderadas están con la estrategia ProCONE y el proceso de mejora.

El número promedio de miembros de un EMCC fue de cinco personas, entre ellos, dos a cuatro profesionales y uno o dos miembros del personal administrativo, especialmente la secretaria, el digitador de datos, el encargado de informática o "estadígrafo" (persona encargada de los datos y apoyo del epidemiólogo, donde hay).

Cuadro 2: Funciones que cumplen miembros del EMCC de los servicios

	Persona que convoca al EMCC		**Persona que solicita expedientes para revisar**	
Tipo de personal	**n**	**%**	**n**	**%**
Coordinador Distrito (médico)	30	81.1	17	45.9
Enfermera profesional	7	19.4	12	32.4
Otra			8	21.6

C. Desempeño de los equipos en las actividades de MCC

Mensualmente, 31 equipos (83.8%) se reúnen para la revisión de expedientes y medición de los indicadores; dos equipos mencionaron reunirse más frecuentemente y cuatro dijeron reunirse menos frecuentemente.

Las reuniones de los EMCC fueron convocadas en un 80% de las veces por el médico responsable de la coordinación del proyecto de calidad del distrito y en un 20 % fue una de las enfermeras del EMCC la que se encargó de la convocatoria. También fueron los coordinadores del proyecto los que mayoritariamente (46%) solicitaban los expedientes clínicos a revisar para la medición de los indicadores, seguidos por el personal de enfermería (32%) u otro personal del equipo (22%).

En las discusiones de grupo con los equipos se exploraron sus conocimientos sobre los conceptos de calidad y la metodología de mejoramiento colaborativo. Los participantes demostraron una actitud positiva y aceptación de las actividades de MCC evaluándolas como de mucha utilidad para poder brindar un mejor servicio a la población. También mencionaron otros beneficios derivados de la aplicación del MCC:

- Confianza y satisfacción del usuario
- Organización y planificación del trabajo
- Autoevaluación del desempeño, de la calidad de atención
- Trabajo en equipo, decisiones de equipo y comunicación
- Más control y registros
- Atención enfocada en criterios mínimos que se deben cumplir
- Estandarización en las normas de atención
- Contar con una línea de base

Algunos mencionaron como beneficios otros cambios que se han dado recientemente en estos servicios que, en realidad, no están asociados al proyecto: mejoramiento en la infraestructura o ampliación del servicio, ampliación de horarios, contar con ambulancia, contar con más personal, incluyendo educadoras.

Los equipos identificaron barreras en la implementación de actividades de mejoramiento de la calidad, entre las cuales la falta de insumos fue la más referida. Los equipos puntualizaron que la metodología no considera los "insumos" o "recursos" necesarios para llevar a cabo los procesos con calidad, lo cual ellos sí consideran indispensable. Se refirieron particularmente a la necesidad de contar con servicios de laboratorio, reactivos, tira de orina, pruebas de VIH, medicamentos, suplementos de micronutrientes, materiales impresos en suficientes cantidades (fichas clínicas, hojas de monitoreo de indicadores, carnés de la mujer y del niño, materiales de información, educación y comunicación), otros suministros, equipo (por ejemplo, esfigmomanómetro) y mobiliario. En relación al equipo mencionaron que debe de estar en buen estado y recibir mantenimiento, lo cual no ocurre actualmente.

Otras barreras o desventajas mencionadas fueron:

- Rotación de personal, vacaciones del personal y llegada de nuevo personal
- Tiempo que toma llenar la ficha, revisar la ficha, capacitar al personal en el llenado correcto de la misma
- Necesidad de trabajar con puestos de salud y organizaciones no gubernamentales (ONG) que prestan servicios en el primer nivel lo cual requiere tiempo y recursos
- El rigor en el cálculo de indicadores ya que con sólo un criterio del indicador mal calificado "se descarta la ficha" (es decir, se califica como ficha que no cumple el indicador de calidad)

1. Herramientas de MCC utilizadas

Se analizaron las herramientas de apoyo en las funciones de MCC que los EMCC utilizaron, así como los mecanismos que utilizaron para documentar el progreso de sus actividades de calidad y los cambios que realizaron para superar obstáculos en la implementación de las actividades de mejoramiento continuo de la calidad.

Fue necesaria la elaboración de un catálogo donde se incluyeron todas las herramientas de utilidad en las labores de MCC, debido a que los EMCC no las reconocían por su nombre, sin embargo sí fueron capaces de identificarlas visualmente.

Tal como se observa en el Cuadro 3, menos de la mitad de los equipos contaban con el documento de mejores prácticas de San Marcos, mientras que la mayoría contaba con el resto de los instrumentos. Debe mencionarse que el proyecto imprimió las fichas clínicas y diseñó e imprimió las hojas de monitoreo para registrar la revisión de las fichas clínicas en cuanto a los criterios de cada indicador. Sólo un área de salud ha hecho su propia impresión de fichas clínicas y otra área ha hecho impresión de materiales de comunicación para las embarazadas. Casi un tercio (32%) de los equipos contaba con todas las herramientas de mejoramiento de la calidad.

Cuadro 3: Porcentaje de equipos de mejoramiento continuo de la calidad que dijeron contar con cada herramienta del colaborativo, n=37

Herramientas	**n**	**%**
Documento mejores prácticas de San Marcos	15	40.5
Tabla de estándares e indicadores	30	81.1
Hojas de monitoreo prenatal	34	92.9
Hojas de monitoreo posparto	34	92.9
Hojas de monitoreo neonato	34	92.9
Hojas de monitoreo lactante y niñez	34	92.9
Fichas clínicas prenatal/ posparto	36	97.3
Fichas clínicas neonato	36	97.3
Base de datos	32	86.5
Formato estandarizado de documentación de HCI	28	75.7
Matriz de planificación	29	78.4
Equipos que cuentan con todas las herramientas anteriores	12	32.4

En las discusiones de grupo todos los equipos dijeron que las herramientas proporcionadas son útiles para ellos, especialmente las hojas de monitoreo donde se registra el resultado de la revisión de las fichas clínicas y la base de datos. Algunas de las frases más repetidas fueron:

- "Los estándares están bien seleccionados, bien definidos, de acuerdo a las normas"
- "Son buenos indicadores, es un buen medio de evaluación"
- "Las fichas clínicas son muy completas porque tienen los datos de la paciente y datos generales, aspectos evaluados; ayuda a tener un registro de cada paciente"
- "Las hojas de monitoreo han facilitado mucho el trabajo del equipo, esto es para calificar en la revisión de las fichas clínicas; reflejan el verdadero trabajo del programa; son claras y fáciles de llenar"

- "La base de datos es adecuada y fácil de manejar; refleja claramente cómo van los indicadores si mejoran, se mantienen igual o bajan; es fácil para quién ingresa los datos así como para quien los interpreta; refleja la calidad en la atención brindada"
- "La matriz de planificación ayuda a encontrar dónde hay deficiencias, qué se debe fortalecer, qué se debe corregir; es la base del seguimiento"

De los EMCC de los servicios, 25 (69.4%) reportaron que documentaban sus intervenciones y 11 (30.6%) que no las documentaban. La sede del Proyecto HCI en Estados Unidos diseñó un instrumento para la documentación de las intervenciones realizadas por los equipos que se introdujo en junio de 2009. Este instrumento se denominó Sistema Estandarizado de Evaluación (*Standard Evaluation System*) y a pesar de que 78% de los EMCC lo tenían, sólo lo utilizaban con una cierta regularidad la mitad (47%) de los 36 equipos que dieron información al respecto. Por otro lado, la matriz de planificación para cada período de acción, que 80.6% de los equipos dijeron tener, fue utilizada entre siempre y algunas veces por 63.9% de los equipos de mejora. En el Cuadro 4 se puede ver el uso que los EMCC hacían de las herramientas de documentación y planificación.

Cuadro 4: Porcentaje y frecuencia con que los EMCC dijeron utilizar el formato estandarizado de HCI para documentar los cambios y la matriz de planificación, n=36

Frecuencia de uso	Usan formato estandarizado de documentación		Usan matriz de planificación en cada período de acción	
	n	%	n	%
Siempre	6	16.7	12	33.3
A veces	11	30.6	11	30.6
Rara vez	5	13.9	6	16.7
Nunca	14	38.9	7	19.4

Las razones para el poco uso del formato de documentación que mencionaron los EMCC de los servicios fueron:

- Los trabajadores de salud no tienen costumbre de escribir o "no les gusta escribir"
- El "cuadernillo" (formato estandarizado) es difícil de llenar y muy extenso
- El "cuadernillo" tiene muchas hojas y el MSPAS no puede estar haciendo reproducciones del documento, prefieren llevar un listado de las intervenciones en una sola hoja
- Tienen el "cuadernillo" en forma digital y van escribiendo encima del archivo

Por su parte, los asistentes técnicos del proyecto identificaron como la razón de la brecha existente en la documentación de las intervenciones la insuficiente capacitación en el uso del formato de documentación y la falta de ejercicios prácticos con los EMCC para favorecer las destrezas en su llenado correcto y con facilidad, ya que este tema generalmente se impartía en la última parte de los talleres, cuando el equipo estaba cansado y el tiempo ya no era suficiente. Se detectó que en los lugares en que los facilitadores participan activamente con los EMCC, como es el caso de los servicios de salud de Chisec, Chamelco y Chahal del área de salud de Alta Verapaz, los EMCC utilizan el formato para documentar sus cambios.

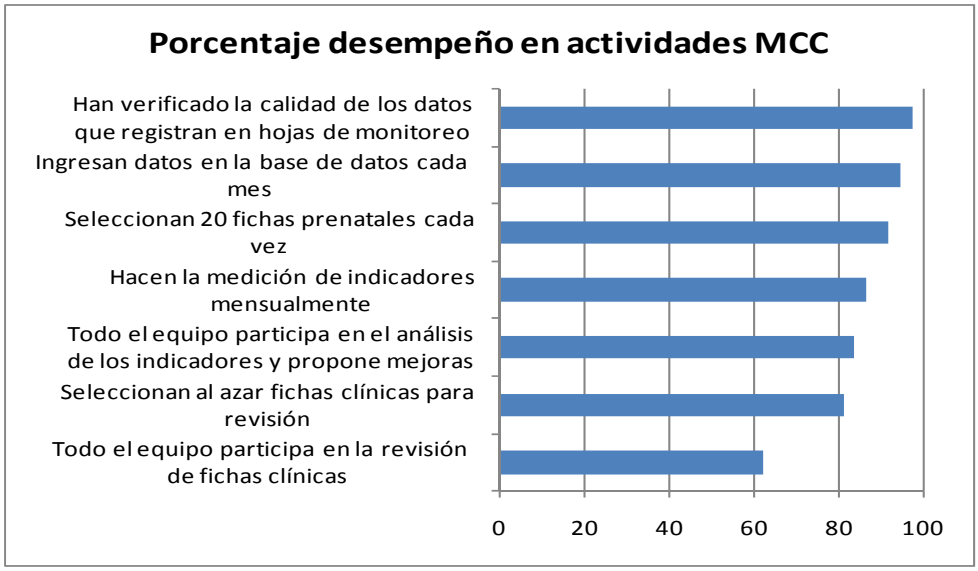
Como una medida de desempeño del equipo se preguntó sobre la sala situacional del ProCONE y observó hasta qué mes estaba actualizada. La mayoría de los servicios (78.4%) pudo mostrar su sala situacional actualizada. La mitad de los equipos (56.8%) dijo que documentan su desempeño (reuniones, mediciones, ingreso de datos, planificación) en el libro de conocimientos del servicio.

2. Monitoreo y análisis de los datos

Tal como se presenta en la Figura 3, la mayoría de los equipos (81.1%) reportó que los expedientes clínicos se seleccionan al azar. Debido a que los expedientes de posparto y recién nacido son muy

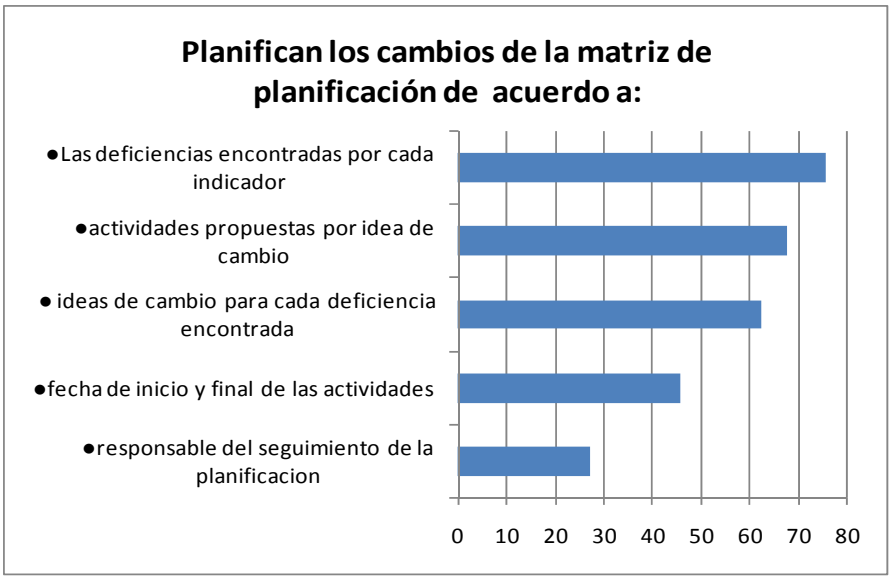
pocos se revisan todos los que haya, mientras que seleccionan 20 expedientes clínicos prenatales y de la niñez. Excepto un equipo, todos indicaron que revisan la calidad de los datos del monitoreo. En la mayoría de los equipos (62.2%), todos sus miembros participan en la revisión de expedientes. El registro de la revisión lo hace principalmente la enfermera y el personal administrativo (secretaria, "digitador" o estadígrafo). En general, son los mismos actores quienes ingresan los datos a la base, los analizan y proponen los planes de mejora. La mayoría de los equipos ingresan sus datos a la base cada mes y un equipo reportó que no cuenta con base de datos.

Figura 3: Desempeño de los EMCC en actividades de monitoreo de la calidad



La mayoria de los equipos (75%) planifica los cambios en función de las deficiencias encontradas por cada uno de los indicadores clínicos medidos. La mayoría de los equipos también planifican las actividades que van a realizar para implementar los cambios y/o colocan ideas de cambio para cada deficiencia identificada. En un 45% de los casos incluyeron las fechas de inicio y de finalización de la implementación de los cambios y en algo más del 25% de los casos asignaron a una persona responsable para darle seguimiento al cambio implementado (ver Figura 4).

Figura 4: Desempeño de los EMCC en actividades de planificación de intervenciones



3. Compartir experiencias

La característica más emblemática del mejoramiento colaborativo es que los equipos compartan sus mediciones y mejoras dentro de su mismo equipo y con otros equipos. De acuerdo a lo que respondieron los EMCC entrevistados, se puede apreciar en el Cuadro 5 que los equipos dijeron compartir la información, en primer lugar, a lo interno del equipo y con otros miembros del personal del servicio (89.2%), con el equipo del área de salud (73%) y con otros equipos en su área o en otras áreas de salud (59.5%). La información se comparte a lo interno del equipo porque, según comentaron, el análisis de las mediciones las hace por lo general el equipo completo (86.1%) y luego este análisis es presentado al resto del personal. Asimismo se comparte el aprendizaje con el área de salud a través de las reuniones del equipo técnico del área y en las visitas de monitoreo.

Cuadro 5: Porcentaje de EMCC de los servicios que dijeron compartir el aprendizaje del mejoramiento de la calidad, n=37

Comparten aprendizaje	Con personal de la unidad de salud		Con equipos de otras unidades de salud		Con el equipo técnico del área de salud	
	n	%	n	%	n	%
Sí	33	89.2	22	59.5	27	73

Los EMCC que comparten los aprendizajes (intervenciones y resultados) con otros equipos de servicios lo hacen a través de los siguientes mecanismos que se muestran en el Cuadro 6:

- Reuniones con el Equipo Técnico de Área: Las reuniones del equipo técnico en el área a las que acuden los Coordinadores de Distrito se prestan para que todos los coordinadores de distrito conozcan lo que se está haciendo.
- Sesiones de aprendizaje organizadas por HCI: En estas sesiones participan algunos miembros de los EMCC de todas las unidades cada dos o tres meses. Las sesiones de aprendizaje se hacen más frecuentemente al inicio del colaborativo y menos frecuentemente después.
- Visitas cruzadas con otros equipos: En éstas, miembros de los equipos de un área con algún miembro del equipo de alguna unidad fueron a visitar a los equipos de otros lugares para aprender en terreno lo que estaban haciendo para mejorar los indicadores. En general, las visitas se hicieron a servicios de salud de San Marcos (el área demostrativa).

Se puede observar que mecanismos como llamadas por teléfono y el correo electrónico todavía no son de uso común.

Cuadro 6: Mecanismos utilizados por los EMCC para compartir el aprendizaje del mejoramiento de la calidad con equipos de otras unidades de salud, n=22

Mecanismos para compartir aprendizaje	n	%
Reuniones con el Equipo Técnico de Área	20	90.9
Sesiones de aprendizaje	20	90.9
Visitas cruzadas con otros equipos	9	40.9
Llamadas telefónicas	3	13.6
Correo electrónico	2	9.1
Otra	1	4.5

Las visitas de los asistentes técnicos del proyecto a los EMCC de las unidades de salud, aunque no aparecen en el Cuadro 6, son consideradas muy útiles por los EMCC cuando se hacen periódicamente. Los EMCC recibieron una visita cada trimestre durante el año 2009 y menos frecuentemente durante el

año 2010. Los EMCC de las unidades de salud también expandieron la estrategia MCC a los puestos de salud integrándolos a sus equipos y haciendo visitas y tutorías a los mismos.

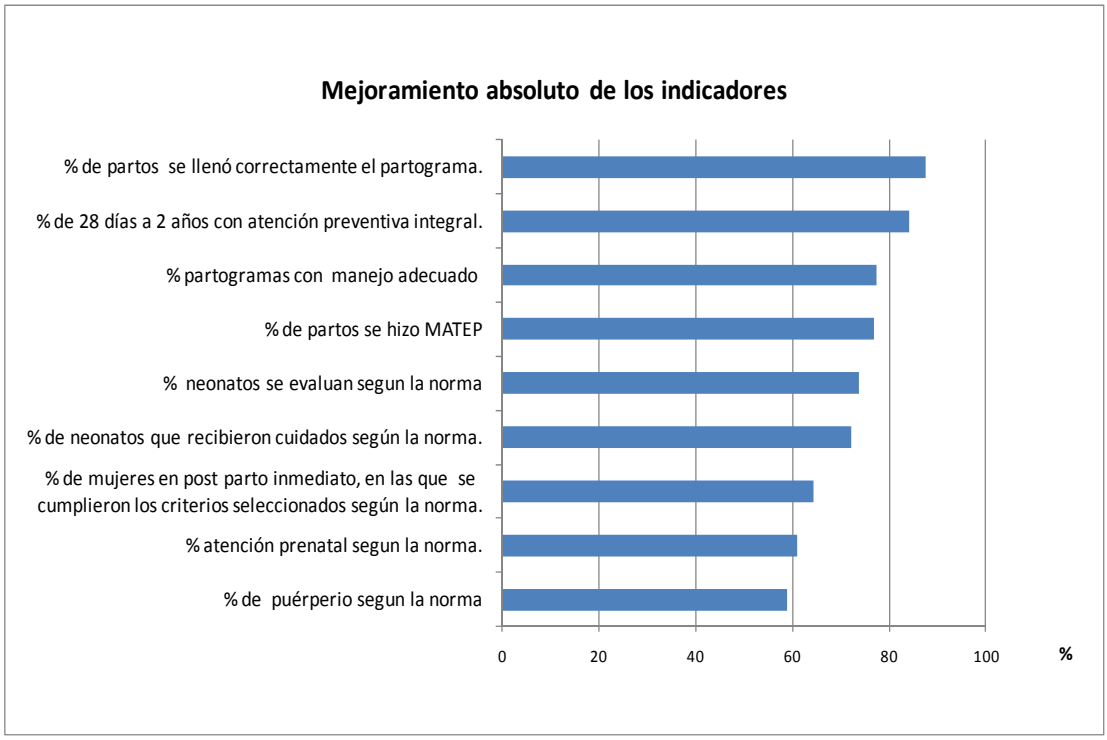
El equipo de asistentes técnicos del proyecto considera que fueron ellos los principales difusores de las intervenciones probadas por los equipos, lo cual hicieron en las visitas de tutoría. En el Anexo C se ha incluido una matriz con un resumen de los hallazgos más cualitativos del estudio.

D. Resultados obtenidos por los EMCC en los indicadores de calidad

1. Medida de el mejoramiento de los indicadores

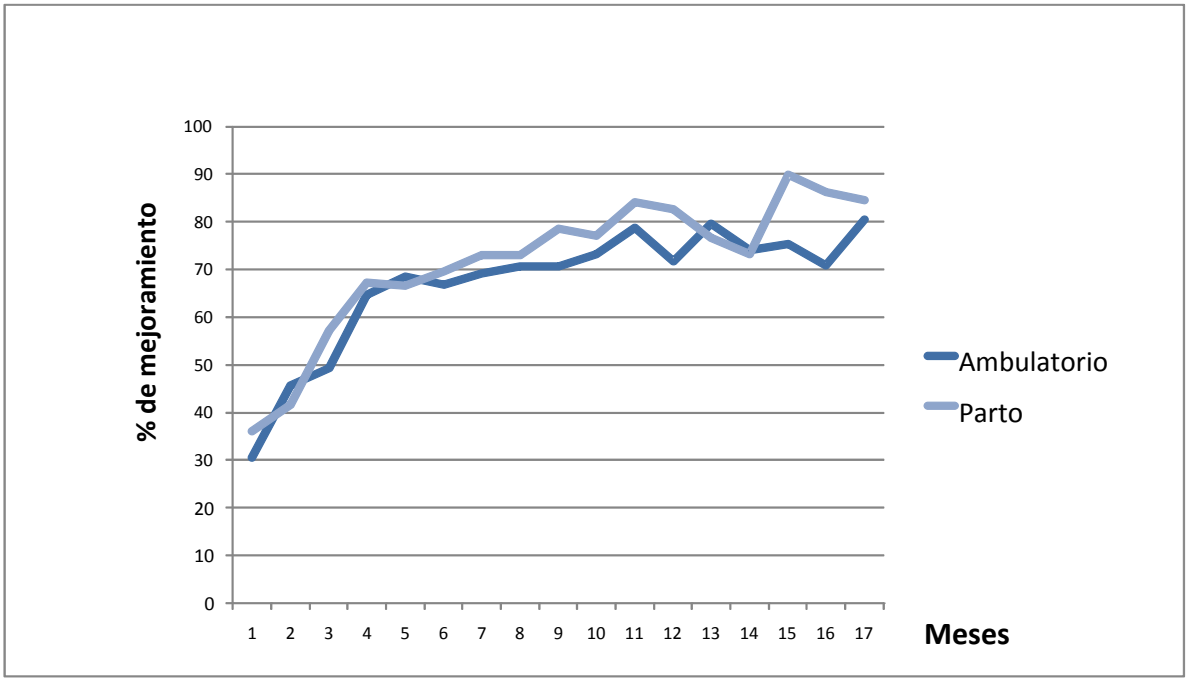
Analizamos el comportamiento de los indicadores de la atención ambulatoria y los indicadores de la atención de partos como el uso del partograma y el manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP) durante los 17 meses de medición de este estudio. En general, todos los indicadores tuvieron un mejoramiento absoluto desde que se iniciaron las mediciones, de entre un 60 y 80% aproximadamente. Una descripción detallada se presenta en la Figura 5, donde aparece que en la atención ambulatoria tuvieron mayor mejoramiento absoluto la atención preventiva al niño, la atención neonatal, la atención prenatal y la atención posparto, en ese orden.

Figura 5: Mejoramiento absoluto de los indicadores durante el tiempo de medición del estudio, n=38



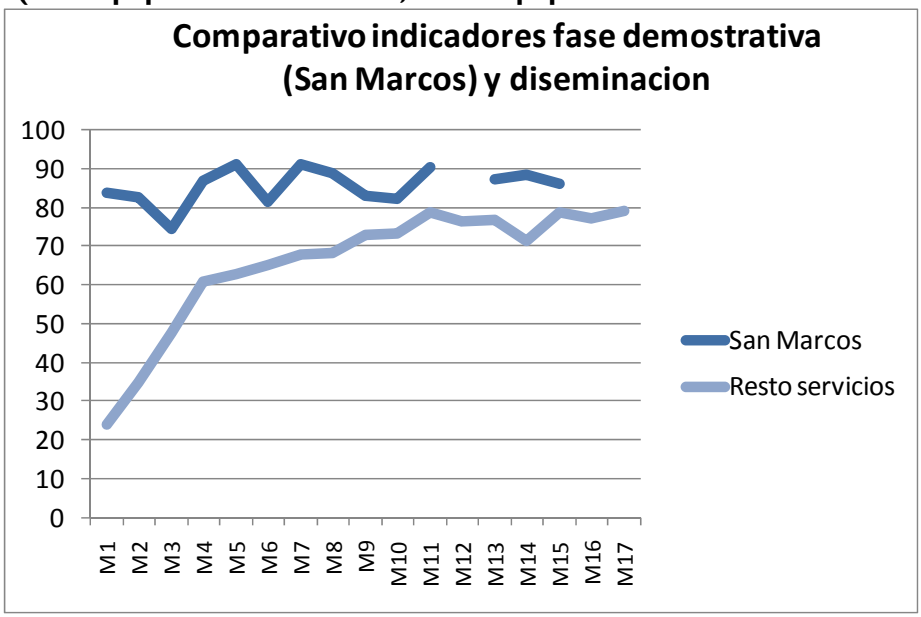
Cuando examinamos el comportamiento de los indicadores durante el tiempo de medición de este estudio, observamos que tanto los indicadores de atención ambulatoria como los de atención del parto aumentaron desde unos valores iniciales de alrededor del 30% hasta valores finales de alrededor del 80% (ver Figura 6). En promedio los indicadores mejoraron entre un 50 y 84%. Los indicadores que tuvieron una mejora absoluta mayor fueron los de atención del parto, algo menor fue la mejoría para los indicadores de atención ambulatoria como la atención prenatal y la atención del puerperio ambulatorio. Es muy probable que aquellos indicadores que ya se encontraban en niveles más altos al inicio tenían un margen menor para mejorar que aquellos que se encontraban con valores más bajos.

Figura 6: Porcentaje de mejoramiento de los indicadores por tipo de atención prestada, n=38



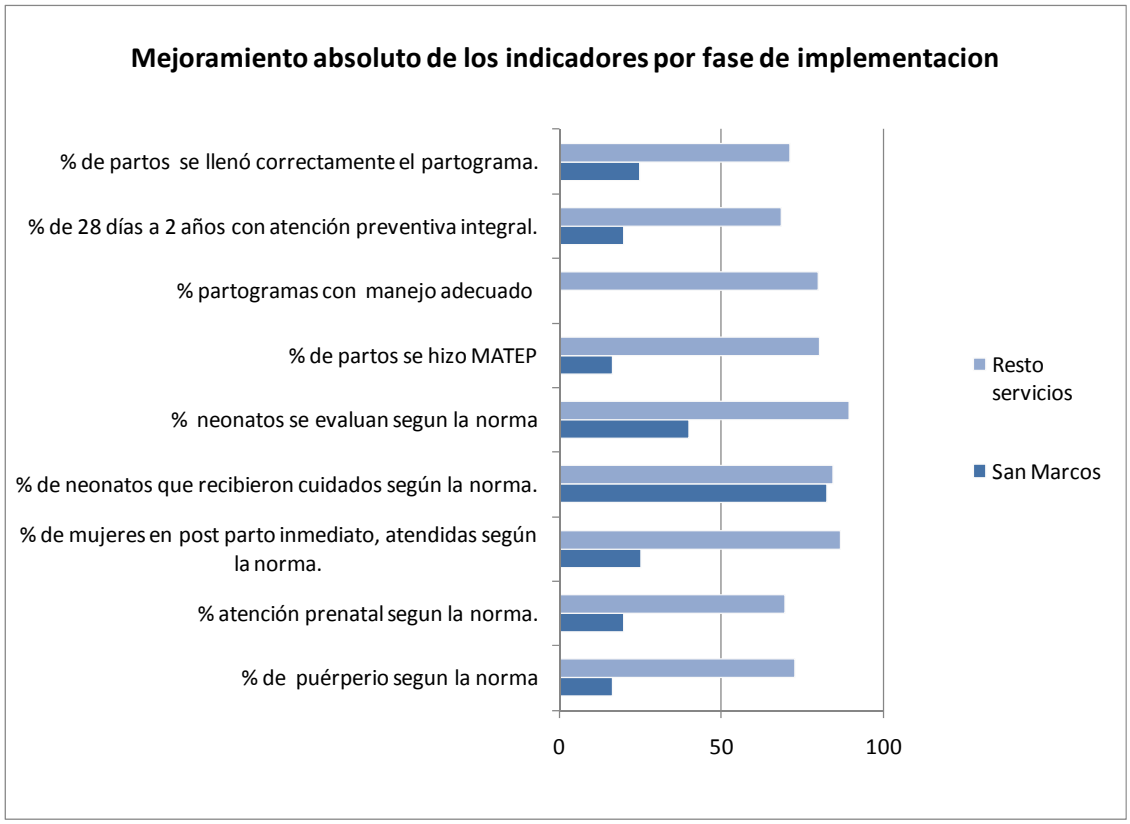
En la Figura 7, presentamos el comportamiento de los indicadores categorizados en dos grupos de servicios de salud dependiendo de la fase de implementación a la que pertenecían. Por un lado, consideramos a los servicios pertenecientes a la fase demostrativa de San Marcos que llevaban más tiempo realizando las actividades de mejoramiento continuo de la calidad y, por el otro, consideramos al resto de los servicios de salud de la muestra pertenecientes a la fase de expansión de la implementación del colaborativo. Este último grupo llevaba menos tiempo realizando actividades de MCC y se aprecia como los indicadores que se encontraban bajos en un principio fueron subiendo hasta acercarse a los niveles alcanzados en San Marcos.

Figura 7: Comparativo de los indicadores por fase de implementación, demostrativa y de expansión (n=8 equipos en San Marcos, n=30 equipos en el resto de las áreas de salud)



Los servicios de la fase de demostración de San Marcos, que se encontraban en niveles más elevados, sufrieron una mejoría absoluta menor que los indicadores de los centros de la fase de expansión que inicialmente se encontraban en niveles más bajos (ver Figura 8). Los equipos de la fase de expansión mejoraron fundamentalmente en el uso del partograma, MATEP, atención prenatal y de puerperio según la norma y algo menos en el porcentaje de neonatos que recibieron atención según la norma.

Figura 8: Comparativo del mejoramiento absoluto de los indicadores dependiendo de su fase de implementación. Mejoramiento comparativo en función del porcentaje de incremento (n=8 equipos en San Marcos, n=30 equipos en el resto de los distritos de salud)



En la Figura 8 se observa que el tema en el colaborativo en su fase de demostración en San Marcos mejoró más y al mismo nivel que los servicios de la fase de expansión fue en el porcentaje de neonatos que recibieron atención neonatal ambulatoria según criterios seleccionados de la norma.

2. Velocidad en la que se alcanzó el mejoramiento de los indicadores

En general, los servicios de salud de la fase de expansión tardaron entre 4 y 6 meses en alcanzar valores de 80% en sus indicadores de atención ambulatoria (ver Figura 9). Cabe señalar que muchos de los indicadores ambulatorios de los servicios del área de San Marcos ya se encontraban en un 80% y 90% cuando se iniciaron las mediciones para este estudio, o al menos cercano a estos valores. De ahí que se encontró que el tiempo que necesitaron para alcanzar valores del 80 al 90% fue menor a los dos meses (ver Figura 10). El único indicador que resultó más costoso de elevar en San Marcos fue el del "% de lactantes y niños de 29 días a dos años que reciben acciones preventivas" porque este indicador no formó parte de la fase demostrativo en San Marcos, sino se implementó en todos los servicios en la fase de expansión.

Figura 9: Velocidad o tiempo promedio que tardaron los servicios de salud de la fase de expansión en alcanzar un valor entre el 80% y 90% en los indicadores de atención ambulatoria, n=30 equipos

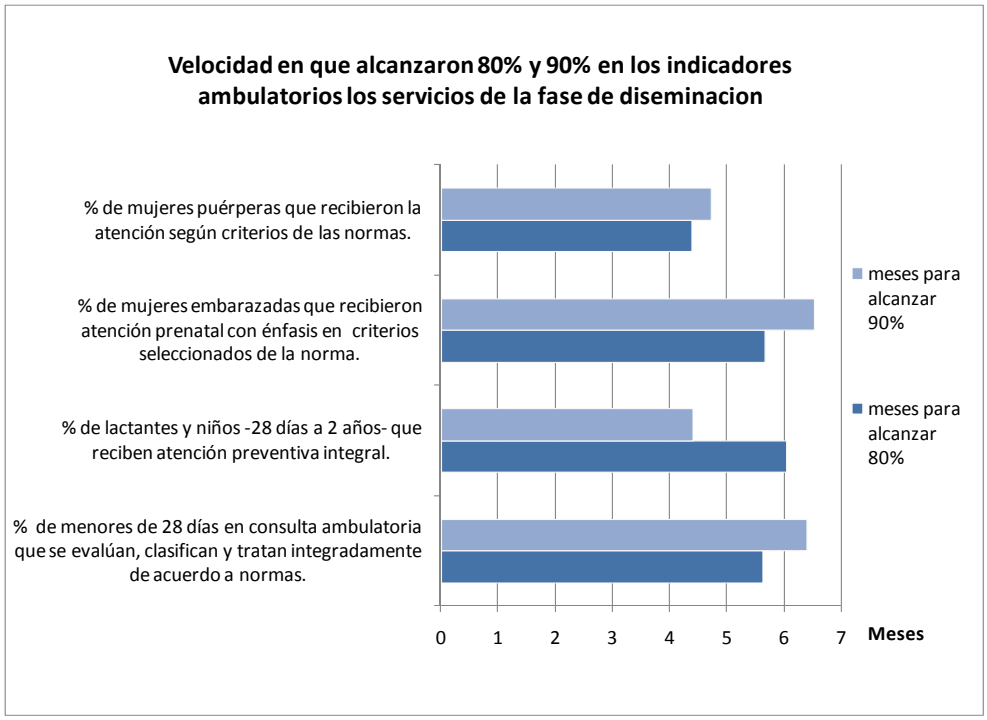
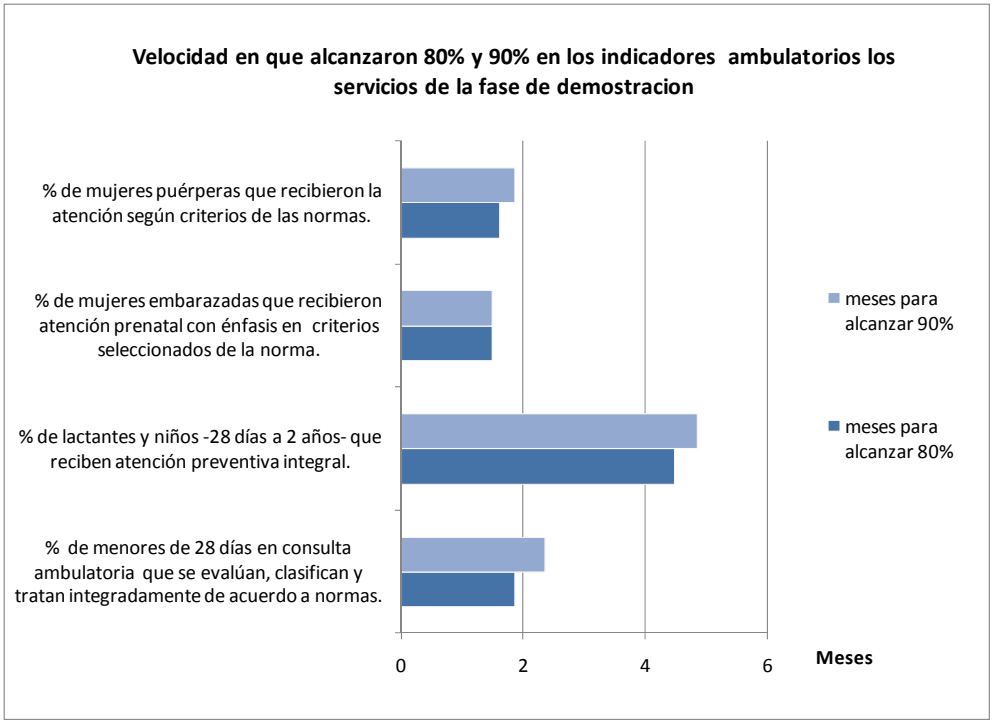


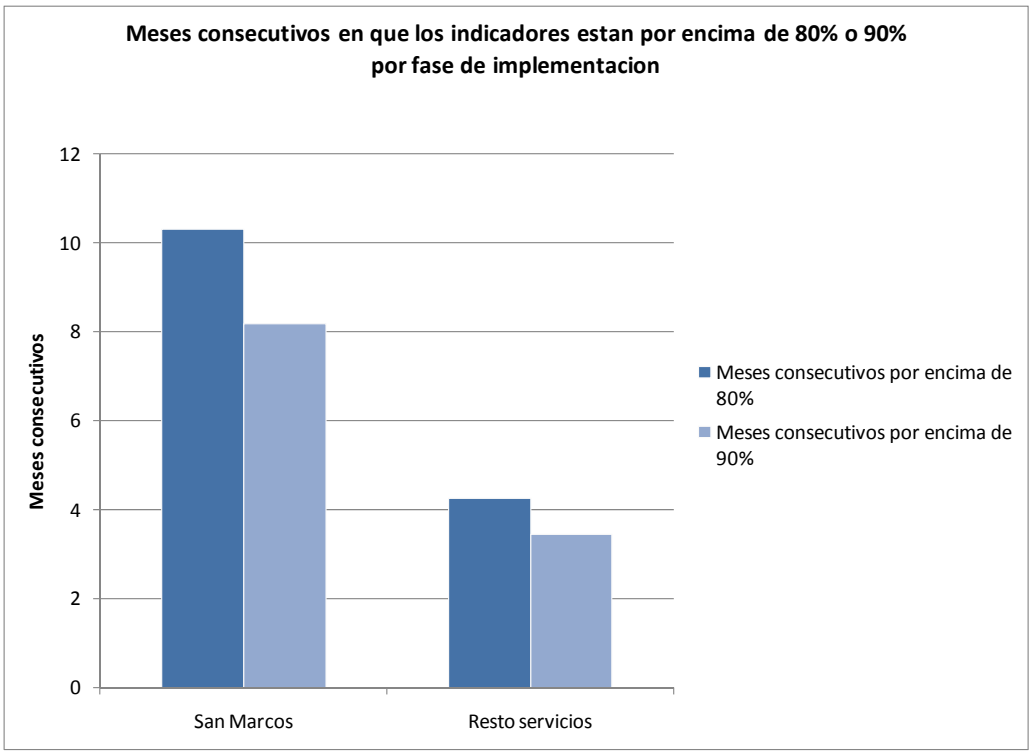
Figura 10: Velocidad o tiempo promedio que tardaron los servicios de salud de la fase de demostración de San Marcos en alcanzar un valor de los indicadores de atención ambulatoria entre 80% y 90%, n= 8 equipos



3. Mantenimiento de la mejoría de los indicadores

Para analizar el mantenimiento de la mejoría alcanzada en los indicadores también se categorizó la muestra de servicios en dos grupos: 1) los de la fase de demostración en San Marcos que llevaba más tiempo implementando el colaborativo y comenzaron el estudio con un nivel más alto en los indicadores y 2) el grupo formado por los servicios de la fase de expansión. Observamos que en el grupo de San Marcos los indicadores se mantuvieron por encima de 80% durante 10 meses consecutivos y por encima del 90% durante ocho meses consecutivos. En el resto de los servicios los indicadores se mantuvieron por encima del 80-90% entre dos y cuatro meses, al final de los 17 meses que duró la medición de este estudio (ver Figura 11).

Figura 11: Meses consecutivos en que los indicadores se mantuvieron por encima del 80% o 90%, por fase de implementación del colaborativo (n=8 equipos en San Marcos, n=30 equipos en el resto de las unidades de salud)



E. Relación entre el desempeño de los EMCC y los resultados obtenidos

Se realizó un análisis de regresión linear de distintas medidas de desempeño de los equipos en sus funciones de mejoramiento continuo de la calidad y los resultados de los indicadores de atención ambulatoria. No se encontró ninguna asociación entre el cargo o posición de quien convoca la reunión de calidad, quién es el responsable de la recogida de los expedientes clínicos o quién realiza la medición de los indicadores dentro del equipo con los valores de mejoramiento absoluto en los indicadores de calidad analizados. Tampoco se encontró una asociación entre el tiempo que se demoraron los equipos en alcanzar valores del 80% en los indicadores ambulatorios prenatal, postparto, neonatal o de salud infantil con el cargo de los participantes que realizan cada actividad de calidad, los mecanismos utilizados para compartir la información, el número de herramientas que utilizaron ni las actividades que se llevaron a cabo.

Sí se encontró que aquellos equipos que no compartieron la información dentro de su unidad de salud se demoraron en promedio 1.8 meses más en alcanzar un 80% en el valor de los indicadores que los equipos que compartieron la información con el personal de su unidad. También se observó un

mantenimiento de 2.2 meses extra de las ganancias de 80% en los indicadores en aquellos equipos en los que al menos cuatro personas realizaban diversas actividades de calidad como el registro de datos y cambios efectuados, ingreso de los datos en la base de datos, o el uso de la matriz de planificación, en comparación a los equipos en estas funciones sólo las realizaba el/la coordinador/a del equipo de calidad. En aquellos equipos en los que al menos cuatro de sus miembros participaban en las actividades de calidad los indicadores más frecuentemente tuvieron niveles de 80% o más que cuando las funciones estaban concentradas en un solo miembro del equipo.

Sin embargo, es posible que las variables utilizadas en este estudio para medir el desempeño de los equipos de mejora no sean las más adecuadas para relacionarse con los niveles alcanzados en los indicadores de calidad de la atención clínica. Una observación de los trabajadores de campo fue que algunos equipos ponían mucho énfasis en cumplir mecánicamente con el llenado de las hojas de monitoreo y entregar los resultados al área, pero no estaban utilizando los datos para la planificación de las mejoras y la evaluación de la efectividad de las intervenciones probadas.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se presentan las principales conclusiones de este estudio con sus correspondientes recomendaciones. Las recomendaciones se hacen con miras a fortalecer el desempeño de los equipos de mejoramiento de la calidad en cada nivel.

A nivel central

El nivel central ha participado en forma inconsistente en el Colaborativo de Salud Materno Neonatal y no hay un equipo de mejora de la calidad de la atención materno-neonatal como tal. Se recomienda llevar a cabo varias reuniones con el nivel central para reconstituir el equipo de nivel central, con refrescamiento de los conocimientos y bases de la metodología. El equipo MCC a nivel central puede también realizar evaluaciones externas de la calidad. De hecho, los equipos de mejora de las unidades de salud recomendaron que eventualmente se lleven a cabo auditorías externas y el involucramiento del nivel central porque no todos en ese nivel apoyan la estrategia ProCONE y la metodología de mejoramiento de la calidad y/o la ven como una actividad propia de un proyecto y no del MSPAS.

Sin embargo, se puede mencionar como un avance en el último tiempo hacia la institucionalización de la estrategia ProCONE y la metodología de mejoramiento de la calidad, la incorporación de los indicadores del Colaborativo ProCONE Básico en la estrategia de Reducción de la Mortalidad Materna para el período 2010 a 2015 y su adopción por otras agencias de cooperación.

A nivel de área de salud

Los miembros del equipo técnico a nivel de área han participado regularmente en el Colaborativo de Salud Materno Neonatal, pero no se puede decir que constituyan un equipo de MCC. Se recomienda reforzar la estructura de EMCC a este nivel con funciones y responsabilidades bien establecidas. También es necesario definir la relación entre el EMCC a nivel del área y el Comité de Calidad que se ha comenzado a formar promovido por el componente de gestión de calidad del mismo proyecto. En realidad estos podrían fundirse en un solo ente con miembros con diferentes funciones, algunos para los aspectos administrativos financieros y otros para los aspectos de la calidad de la atención.

Al igual que a nivel central se ha observado una falta de entendimiento entre las diferencias entre la estrategia ProCONE, el mejoramiento continuo de la calidad y la metodología del Colaborativo. Sería necesario abordar este tema en las reuniones con el nivel central, de área y de servicios haciendo énfasis en las diferencias entre mejoramiento de la calidad, la metodología de aprendizaje Colaborativo y las áreas programáticas en las que se ha utilizado y podría utilizarse en el futuro.

La tutoría de nivel del área a los EMCC de las unidades de salud ha sido débil por falta de recursos del área para movilizarse; se ha llevado a cabo solamente cuando se cuenta con transporte del proyecto. Es

necesario continuar abogando por la asignación de recursos al sector salud y específicamente para los rubros de transporte y combustible, tan necesarios para realizar tutoría, supervisión y monitoreo en terreno.

A nivel de los EMCC de los servicios de salud

A nivel de los servicios de salud es donde realmente los EMCC están funcionando. La mayoría de los equipos de MCC tienen un nivel de desempeño adecuado tomando en cuenta los diferentes criterios evaluados en este estudio y la mejora en el cumplimiento de los indicadores de calidad de la atención materno neonatal e infantil. El documento de mejores prácticas de la fase de demostración en San Marcos es el documento menos disponible a los EMCC estudiados. Un tercio de los equipos tenían todos los instrumentos de mejora de la calidad y la mayoría reportaron que se reúnen mensualmente para la revisión de fichas clínicas, actualizar la base de datos y sala situacional y planificar actividades que, en este estudio, fueron consideradas indicativas de su desempeño.

El formato estandarizado para la documentación de las mejores intervenciones es poco utilizado. Los equipos han comunicado sus mediciones e intervenciones a través de las reuniones del equipo técnico del área y las sesiones de aprendizaje. Mecanismos poco utilizados son las visitas cruzadas, las llamadas por teléfono y el uso del internet. Dentro del equipo de mejora la comunicación ha sido buena, sin embargo el resto del personal en la unidad de salud que no participa en los equipos de MCC no tiene un adecuado conocimiento del MCC.

Es necesario revisar el uso de otros formatos de documentación para encontrar un balance entre el Sistema Estandarizado de Evaluación de HCI y otras formas de hacer la documentación como el uso de libros de acta en existencia en todas las unidades de salud. También es necesario fortalecer otros mecanismos de comunicación entre equipos incluyendo el uso de internet y los teléfonos celulares, así como crear cursos de capacitación por computadora para personal de nuevo ingreso. Se debe fortalecer los mecanismos de comunicación interna (entre el personal del servicio) del servicio, especialmente con las personas que no participan directamente en el equipo de mejora.

Durante los 17 meses consecutivos que se analizaron los indicadores presentados por los equipos de la muestra de este estudio, se observó un incremento general entre el 60 y 80% dependiendo de los indicadores medidos, a expensas fundamentalmente de los equipos de la fase de expansión. Estos equipos iniciaron la medición con valores de un 30% en los indicadores y fueron incrementándolos hasta alcanzar valores por encima del 80%.

Los equipos de San Marcos o de la fase de demostración llevaban un tiempo mayor aplicando la metodología de MCC y se encontraban en niveles por encima del 80% al iniciar la expansión. Estos niveles (en general) fluctuaron entre un 80 y 90% durante el tiempo que duró este estudio. No encontramos diferencias en cuanto a la mejoría observada entre los indicadores ambulatorios y los de atención del parto que, en general, aumentaron (mejoramiento absoluto) un 80%. Los equipos de San Marcos tuvieron un mejoramiento menor que los demás ya que se encontraban desde un inicio con niveles más altos en sus indicadores reportados.

Los equipos de la fase de expansión tardaron en promedio entre 4 y 6 meses en alcanzar valores de un 80% en sus indicadores. Los equipos de la fase de demostración de San Marcos, que no tenían desde un inicio valores de 80-90%, tardaron un mes en promedio en alcanzarlos. El único indicador que se encontraba más bajo en un inicio y tardó algo más de 4 meses en alcanzar estos valores en todos las unidades de salud fue el de acciones preventivas en lactantes y niños menores de dos años, ya que este indicador no formó parte de la fase demostrativa ni es un indicador de la atención materna neonatal propiamente.

Entre los hallazgos más interesantes de este estudio se encuentran los relacionados con las actividades de los EMCC y las mejoras en la calidad de atención: a) los equipos que no compartieron la información dentro de su unidad de salud se demoraron en promedio 1.8 meses más en alcanzar 80% en los

indicadores de calidad de la atención que los equipos que compartieron la información con el personal de su unidad; b) el cumplimiento de los indicadores en un 80% se mantuvo durante 2.2 meses extra en aquellos servicios en los que al menos 4 personas realizaban diversas actividades de calidad, en comparación a las unidades en que estas funciones sólo las realizaba el/la coordinador/a del EMCC; c) los indicadores tuvieron niveles de 80% o más con mayor frecuencia en aquellas unidades en los que al menos 4 de los miembros de su equipo participaban en las actividades de calidad que en las que las funciones estaban concentradas en un solo miembro del equipo.

Sin embargo, es posible que las variables utilizadas en este estudio para medir el desempeño de los equipos de mejora no sean las más adecuadas para relacionarse con los niveles alcanzados en los indicadores de calidad de la atención clínica. Una observación de los trabajadores de campo fue que algunos equipos ponen mucho énfasis en cumplir mecánicamente con el llenado de las hojas de monitoreo y entregar los resultados al área, pero no están utilizando los datos para la planificación de las mejoras y la evaluación de la efectividad de las intervenciones probadas.

En el Cuadro 7 se presentan las principales conclusiones de este estudio con sus correspondientes recomendaciones. Las recomendaciones se hacen con miras a fortalecer el desempeño de los equipos de mejoramiento de la calidad.

Cuadro 7: Resumen de conclusiones y recomendaciones del estudio

Conclusiones	Recomendaciones
El nivel central ha participado en forma inconsistente en el Colaborativo de Salud Materno Neonatal y no hay un equipo de mejora de la calidad de la atención materno-neonatal como tal.	- Llevar a cabo varias reuniones con el nivel central para reconstituir el equipo de nivel central, con refrescamiento de los conocimientos y bases de la metodología. - Llevar a cabo una reunión de clausura de la fase de expansión para presentar los principales resultados y desarrollar los planes de seguimiento, con la participación plena del equipo constituido. - El equipo del nivel central debe involucrarse en la supervisión y realizar auditorías externas de la calidad como solicitado por los EMCC de las unidades de atención.
Algunos miembros del equipo técnico a nivel de área han participado regularmente en el Colaborativo de Salud Materno Neonatal pero no se puede decir que constituyan un equipo de mejora continua de la calidad.	- Fortalecer al equipo a nivel de área a través de reuniones de trabajo para discutir y establecer sus funciones. - Definir la relación entre el EMCC a nivel del área y el Comité de Calidad que se ha comenzado a formar promovido por el componente de gestión de calidad del proyecto (enfocado en aspectos administrativos y financieros). - Fundir estos equipos en un solo ente con miembros con diferentes funciones, algunos para los aspectos administrativos financieros y otros para los aspectos de la calidad de atención.
En la mayoría de actores falta una comprensión clara de las diferencias entre la estrategia ProCONE, el mejoramiento continuo de la calidad y la metodología del colaborativo.	- Abordar este tema en las reuniones con el nivel central, de área y de servicios haciendo énfasis en las diferencias entre mejoramiento de la calidad, la metodología de mejoramiento colaborativo y las áreas programáticas en las que se ha utilizado y en las que podría utilizarse en el futuro.
El documento de mejores prácticas de la fase de demostración en San Marcos es la herramienta menos disponible a los EMCC de servicios.	- Elaborar un documento con las mejores prácticas de la fase demostrativa y de expansión, general y por áreas, en diferentes formatos para darlo a conocer ampliamente y en más de una ocasión.
El formato estandarizado para la	- Revisar el uso de otros formatos de documentación para

documentación de las mejores intervenciones es poco utilizado.	encontrar un balance entre el Sistema Estandarizado de Evaluación y otras formas de hacer la documentación. - Probar la utilización del libro de actas que está disponible en todos los servicios para la documentación de desempeño del EMCC y de las intervenciones probadas y efectivas.
La mayoría de los equipos de MCC tienen un nivel de desempeño adecuado tomando en cuenta los diferentes criterios evaluados y la mejora en el cumplimiento de los indicadores de calidad de atención materna neonatal.	- Continuar fortaleciendo el papel de supervisión y tutoría del nivel central y de área, hasta institucionalizar estos procesos y que formen parte de las actividades regulares de los proveedores de salud.
Los equipos han comunicado sus mediciones e intervenciones a través de las reuniones del equipo técnico del área y las sesiones de aprendizaje. Mecanismos poco utilizados son las visitas cruzadas, las llamadas por teléfono y el uso del internet.	- Fortalecer otros mecanismos de comunicación entre equipos incluyendo el uso de internet y los teléfonos celulares. - Crear cursos de capacitación por computadora e internet para personal de nuevo ingreso.
Dentro del equipo de mejora la comunicación ha sido buena, pero a pesar de los refuerzos hay menos conocimientos en el resto del personal que no participa directamente en el EMCC.	- Fortalecer los mecanismos de comunicación interna (entre el personal del servicio), especialmente con las personas que no participan directamente en el equipo de mejora de calidad.
La tutoría de nivel del área a los EMCC ha sido débil por falta de recursos del área para movilizarse; se ha llevado a cabo solamente cuando se cuenta con transporte del proyecto.	- Continuar abogando por la asignación de recursos al sector salud en general y a las áreas de salud para sus funciones de supervisión y monitoreo.
Las mejoras en la calidad de atención son más rápidas cuando los equipos tienen mayor comunicación con el resto del personal de la unidad y se mantienen durante más tiempo cuando en los equipos participan más de sus miembros.	- Promover mayor comunicación a lo interno de las unidades de salud, no sólo dentro del equipo sino con el resto del personal. - Fortalecer la participación de todos los miembros del equipo y no solamente del coordinador o un miembro.
Una observación de los trabajadores de campo fue que algunos equipos ponen mucho énfasis en cumplir con el llenado de las hojas de monitoreo y entregar los resultados al área, pero no están utilizando los datos para la planificación de las mejoras y la evaluación de la efectividad de las intervenciones probadas.	- Fortalecer en los equipos el análisis de los datos para la toma de decisiones, para la planificación de cambios y para evaluar si los cambios fueron efectivos o no. - Fortalecer la presentación de los datos con la documentación de los cambios o intervenciones implementadas.

VI. ANEXOS

Anexo A: Muestra de servicios para el estudio

Departamento	Municipios priorizados (primeros 38 con Transferencias Monetarias Condicionadas, de 45 en todo el país)
Totonicapán	Totonicapán, Santa Lucía La Reforma, Momostenango, San Bartolo Aguas Calientes, Santa María Chiquimula, San Andrés Xecul, San Francisco el Alto, San Vicente Buenabaj, San Cristóbal (9)
Sololá	Santa Clara La Laguna, Santiago Atitlán, San Pablo, Santa Cruz La Laguna, San Juan La Laguna, San Marcos La Laguna (6)
Alta Verapaz	Santa María Cahabón, Chisec, Fray Bartolomé de las Casas (3)
Quiché	San Pedro Jocopilas, Cunén, Sacapulas, San Bartolomé Jocotenango, San Andrés Sajcabajá (5)
Huehuetenango	La Democracia, Tectitán, San Ildefonso Ixtaguacán, Cuilco, Aguacatán, La Libertad, San Pedro Necta (7)
San Marcos	Tajumulco, Tacaná, San José Ojetenam, Ixchiguán, Sibinal, Tejutla, Concepción Tutuapa, Comitancillo (8)

Anexo B: Instrumentos de recopilación de información

Formulario: Datos de los equipos de MCC, ProCONE Básico

Área de Salud: _____ Distrito de Salud: _____

Tipo de servicio: CAP ___ CS ___ Fecha [DD/MM/AA]: __ __ / __ __ / __ __

Entrevistador: _____

Número de miembros del EMCC: _____

Coordinador del EMCC: _____

Miembro del EMCC entrevistado: _____

Cargo: _____

1. ¿Cuenta con los siguientes instrumentos de ayuda para el desempeño de los EMCC?

HERRAMIENTAS	**SÍ PUEDE MOSTRAR**	**NO**
Documento de mejores prácticas de San Marcos		
Tabla de estándares del ProCONE Básico Ambulatorio		
Hojas de Monitoreo del ProCONE Básico Prenatal		
Hojas de Monitoreo del ProCONE Básico Posparto		
Hojas de Monitoreo del ProCONE Básico Neonato		
Hojas de Monitoreo del ProCONE Básico Lactante y Niñez		
Fichas Clínicas Prenatal / Posparto		
Fichas Clínicas Neonato (0-28 días)		
Fichas Clínicas Lactante y Niñez		
Fichas Clínicas re-consulta Lactante y Niñez		
Base de datos para los resultados del monitoreo		
Formato estandarizado de documentación		
Matriz de planificación de ciclos rápidos de mejoramiento		

2. Usualmente, ¿Quién convoca a los integrantes del EMCC para la reunión de medición y mejoramiento?
   1) COORDINADOR
   2) OTRA PERSONA: _____
3. Usualmente, ¿Quién solicita los expedientes clínicos para revisar?
   1) COORDINADOR
   2) OTRA PERSONA: _____
4. ¿En qué forma seleccionan los expedientes clínicos a revisar?
   1) AL AZAR
   2) DE OTRA FORMA: _____

5. ¿Cuántos expedientes clínicos de cada tipo revisan cada vez?

TIPO DE ATENCION	NÚMERO DE EXPEDIENTES REVISADOS
Atención prenatal	
Atención puerperio	
Atención neonatal	
Atención niñez	

6. ¿Quién(es) participan en la revisión de expedientes clínicos?
   1) COORDINADOR
   2) TODO EL EQUIPO
   3) DEPENDE DEL TIPO DE ATENCIÓN
   4) OTRA PERSONA: _____
7. ¿Cada cuánto se reúne el EMCC para medición y planificación del ciclo rápido de mejora?
   1) CADA SEMANA
   2) CADA DOS SEMANAS
   3) CADA MES
   4) CADA DOS MESES
   5) MENOS FRECUENTEMENTE
8. ¿Quién registra el cumplimiento de los criterios del estándar?
   1) COORDINADOR
   2) OTRA PERSONA: _____
9. ¿Han verificado la calidad de los datos de cada uno de los indicadores?
   1) SÍ
   2) NO
10. (SÍ) ¿Cómo lo han hecho?

    _____

    _____
11. ¿Quién ingresa en la base de datos de EXCEL, los datos tabulados en la hoja de monitoreo?
    1) COORDINADOR
    2) OTRA PERSONA: _____

12. ¿Cada cuánto ingresan en la base de datos los indicadores?
    1) TODOS LOS MESES
    2) OTRA: _____
13. ¿Quién(es) registra en el instrumento de documentación? (MOSTRAR INSTRUMENTO)
    1) COORDINADOR
    2) OTRA PERSONA: _____
    3) NO REGISTRAN EN ESE INSTRUMENTO
14. ¿Quién(es) han utilizado una "Matriz de Planificación de Ciclos Rápidos de Mejora"? (MOSTRAR INSTRUMENTO)
    1) COORDINADOR
    2) OTRA PERSONA: _____
15. Utilizan la "Matriz de Planificación" en cada período de acción?
    1) SIEMPRE
    2) REGULARMENTE
    3) RARA VEZ
    4) NUNCA
16. ¿Quién(es) participan en el análisis de los indicadores y proponen mejoras?
    1) TODO EL EQUIPO

2) ALGUNAS PERSONAS: _____

17. ¿Planifican las ideas de cambio de la Matriz de Planificación de acuerdo a:? (MARQUE TODAS LAS MENCIONADAS)
    a) DEFICIENCIAS ENCONTRADAS POR ESTÁNDAR
    b) IDEAS DE CAMBIO POR DEFICIENCIA ENCONTRADA
    c) ACTIVIDADES PROPUESTAS POR IDEAS DE CAMBIO
    d) FECHA DE INICIO Y FINAL DE LAS ACTIVIDADES
    e) RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO DE LA PLANIFICACIÓN
    f) OTRA: _____
18. ¿El EMCC ha documentado en el formato estandarizado de documentación, las ideas de cambio ejecutadas en cada ciclo rápido de mejora? (MOSTRAR INSTRUMENTO)
    1) SIEMPRE
    2) REGULARMENTE
    3) RARA VEZ
    4) NUNCA
19. ¿El EMCC tiene preparada la Sala Situacional de indicadores del mes anterior?
    1) SÍ, LA PUEDE MOSTRAR
    2) NO
20. (NO) ¿Hasta qué mes está actualizada las Sala Situacional?

    _____
21. ¿El EMCC cuenta con un libro de actas donde ha documentado su propio desempeño?
    1) SÍ, LO PUEDE MOSTRAR
    2) NO
22. ¿Han compartido la información de la Sala Situacional con el área de salud?
    1) SÍ
    2) NO

23. ¿Han compartido la información de la Sala Situacional con otros miembros del personal?
    1) SÍ
    2) NO
24. ¿Han compartido la información de la Sala Situacional con otros equipos de mejora?
    1) SÍ
    2) NO
25. (SI) ¿Cómo han compartido con otros equipos de mejora? (MARCAR TODOS LOS MENCIONADOS)
    a) SESIONES DE APRENDIZAJE
    b) REUNIONES DE EQUIPO TÉCNICO DEL ÁREA
    c) VISITAS CRUZADAS CON OTROS SERVICIOS
    d) LLAMADAS TELEFÓNICAS
    e) CORREO ELECTRÓNICO
    f) OTRO: _____

Formulario: Entrevista grupal con los equipos de mejoramiento continuo

Discusión con el EMCC a nivel de: HCI ____ CENTRAL____ ÁREA____ SERVICIO____

Área de Salud: _____ Distrito de Salud: _____

Tipo de servicio: CAP ___ CS ___ Fecha [DD/MM/AA]: __ __ / __ __ / __ __

EMCC SERVICIO: ProCONE AMBULATORIO: ____ ATENCIÓN PARTOS: ___ MISMO: _____

Nombre del moderador: _____

Nombre del redactor: _____

Número de miembros del EMCC: _____ Número de participantes en la discusión: _____

DATOS DEL EQUIPO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD (EMCC)

#	**NOMBRE**	**CARGO**	**¿Participó?** (SÍ/NO)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

Fue grabada la sesión: SÍ___ NO ____ Hora inicio: __ __:__ __ Hora finalizó: __ __:__ __

1. ¿Cómo definen ustedes la **calidad** en la atención en salud?

2. ¿Qué **beneficios** o ventajas ha tenido para ustedes trabajar en el mejoramiento de la calidad de la atención en salud? ¿Se han fortalecido? ¿Cómo?

3. ¿Ha tenido alguna **desventaja** para ustedes el trabajar en el mejoramiento de la calidad? ¿Cuál ha sido la desventaja?

4. ¿Qué les parecen los **estándares** seleccionados para realizar el mejoramiento de la calidad de la atención materno neonatal? (MOSTRAR TABLA DE ESTÁNDARES; EXPLORAR POR ESTÁNDARES DE ATENCIÓN PRENATAL, POSPARTO, NEONATAL, LACTANTE Y NIÑEZ Y ATENCIÓN DEL PARTO)

5. ¿Qué opinan en relación a hacer mejoramiento de la calidad de atención basada en la medición de **indicadores** de estos estándares? (MOSTRAR TABLA DE INDICADORES; EXPLORAR POR INDICADORES DE ATENCIÓN PRENATAL, POSPARTO, NEONATAL, LACTANTE Y NIÑEZ Y ATENCIÓN DEL PARTO)

6. ¿Qué opinan de los i**nstrumentos** utilizados por los Equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad para hacer mejoramiento de la calidad?
   MOSTRAR Y PREGUNTAR POR CADA INSTRUMENTO.
   a) ¿Documento de mejores prácticas de San Marcos?
   b) ¿Tablas de estándares?
   c) ¿Fichas Clínicas?
   d) ¿Partograma?
   e) ¿Hojas de Monitoreo?
   f) ¿Bases de datos para ingresar indicadores?
   g) ¿Matriz de planificación de Ciclos Rápidos de Mejora?
   h) ¿Formato estandarizado de documentación de ideas de cambio / intervenciones?

7. ¿Cuál fue su experiencia en la **línea basal** de la medición de indicadores? (EXPLORAR POR INDICADORES DE ATENCIÓN PRENATAL, POSPARTO, NEONATAL, LACTANTE Y NIÑEZ Y ATENCIÓN DEL PARTO)

8. ¿Qué opinión tienen sobre las **sesiones de aprendizaje**?

9. ¿Cómo ha sido la experiencia de **revisar fichas clínicas** para la medición? ¿Qué opinan de esta forma indirecta de monitorear la calidad? ¿Confían en los datos?

10. ¿Qué es un **período de acción**? ¿Qué opinión tienen sobre los períodos de acción?

11. ¿Cuál ha sido el comportamiento del equipo durante los períodos de acción?

12. ¿Cómo ha sido la experiencia de **planificar** intervenciones para mejorar? (MOSTRAR INSTRUMENTO)

13. ¿Qué tipo de intervenciones para mejorar han sido propuestas? ¿Se ejecutan las intervenciones propuestas?

14. ¿Cómo ha sido la experiencia de **documentación** de ideas de cambio? (MOSTRAR INSTRUMENTO) ¿Se utilizan los formularios de documentación? ¿Por qué sí/ no?

15. ¿Cuál ha sido su experiencia en **compartir sus aprendizajes a lo interno** del servicio? ¿Cómo lo han hecho?

16. ¿Cuál ha sido su experiencia en **compartir sus aprendizajes a lo externo** de su servicio? ¿Cómo lo han hecho?

17. ¿Pudieron aplicar en su servicio las mejoras sugeridas por otros equipos?

18. ¿Qué sugerencias pueden dar para mejorar el Aprendizaje Colaborativo?

SÓLO CON EQUIPOS DE HCI, NIVEL CENTRAL Y DE ÁREA DE SALUD

16. ¿Han realizado visitas de tutoría a los equipos de mejoramiento de la calidad?

17. ¿A quiénes?

18. ¿Cada cuánto?

19. ¿Cómo?

20. ¿Qué actividades apoyan cuando realizan una visita de tutoría? (DEJAR CONTESTAR ESPONTÁNEAMENTE, LUEGO EXPLORAR)
    a) FORTALECIMIENTO DE LA INTEGRACIÓN
    b) FORTALECIMIENTO DEL FUNCIONAMIENTO
    c) VERIFICACIÓN DE LA CALIDAD DEL DATO REGISTRADO EN LAS HOJAS DE MONITOREO
    d) VERIFICACIÓN DE LA CALIDAD DE LA TABULACIÓN DEL DATO
    e) VERIFICACIÓN Y APOYO EN EL USO DE LA "MATRIZ DE PLANIFICACIÓN DE LOS CICLOS RÁPIDOS DE MEJORA"
    f) VERIFICACIÓN Y APOYO EN EL USO DEL "FORMATO ESTANDARIZADO DE DOCUMENTACIÓN"
    g) PREPARACIÓN DE LA SALA SITUACIONAL CON LOS RESULTADOS
    h) PREPARACIÓN DE LA SESIÓN DE APRENDIZAJE

21. ¿Han hecho uso de la información proporcionada por los equipos de las áreas / de los servicios? ¿Cómo han hecho uso de esa información?
    a) PREPARACIÓN DE SALA SITUACIONAL
    b) TOMA DE DECISIONES
    c) ABOGACÍA
    d) SEGUIMIENTO A LOS EQUIPOS DE LOS SERVICIOS

Anexo C: Resumen de los hallazgos cualitativos del estudio

Aspectos de estudio		EMCC del nivel central	EMCC del nivel de área	EMCC de los servicios
Conceptos básicos del mejoramiento de la calidad	¿Tiene conocimientos de las actividades de la calidad: por ejemplo, triángulo de la calidad?	Sí tienen el conocimiento, además del triángulo de calidad, manejan elementos de la garantía de la calidad	Sí tienen el conocimiento, además del triángulo de calidad, manejan elementos de la garantía de la calidad	Algunos miembros de los equipos manejan los conceptos básicos de calidad
Conceptos básicos del mejoramiento colaborativo	¿Tiene destrezas en la metodología de mejoramiento colaborativo?	Confunden ProCONE con Colaborativo – no tienen clara la distinción entre estrategia y metodología de mejoramiento de calidad, aunque esto ha cambiado últimamente	Confunden ProCONE con Colaborativo – no tienen clara la distinción entre estrategia y metodología de mejoramiento de calidad	Confunden ProCONE con Colaborativo – no tienen clara la distinción entre estrategia y metodología de mejoramiento de calidad
Objetivos	¿Tienen claro los objetivos del MCC?	En este momento algunos tienen objetivos claros, pero hay confusión en relación con los de otros proyectos (Banco Mundial, FNUAP, gestión de calidad, normas ISO)	Conocen los criterios e indicadores de ProCONE y los asocian con MCC, consideran sinónimos ProCONE y MCC	Conocen los criterios e indicadores de ProCONE y los asocian con MCC, consideran sinónimos ProCONE y MCC
Estructura organizacional	¿Está bien definida la estructura organizacional del EMCC?	A nivel nacional los actores participantes del PNSR no se ven como EMCC; es decir, no hay un equipo de mejora de la calidad de atención materna neonatal a nivel nacional	A nivel de las DAS los actores no se ven como miembros de un EMCC ya que no está completamente definida la estructura ni las responsabilidades de un equipo. Lo que funciona es el Equipo Técnico de Área. Actualmente en San Marcos comienza a funcionar un equipo de calidad promovido por el	Los actores de los servicios de salud han conformado sus EMCC para la implementación de la MCC

Aspectos de estudio		EMCC del nivel central	EMCC del nivel de área	EMCC de los servicios
			componente de gestión de calidad del proyecto. Este equipo y el de calidad de atención deberían unificarse.	
Paquete de cambios (estándares e indicadores a mejorar)	¿Desarrolla consenso del paquete de cambios, sus estándares e indicadores a medir?	Inicialmente el paquete de cambios, estándares e indicadores fue consensuado con el equipo de USME. Actualmente el equipo del PNSR ha participado en la discusión y análisis de criterios para su inclusión en el Plan Estratégico para la Reducción de la Muerte Materna 2010-2015	Conocen el paquete de cambios, sus estándares e indicadores a medir en cada proceso de atención. El término "paquete de cambios" no se usa, sin embargo.	Conocen estándares e indicadores a medir en cada proceso de atención.
Formación de equipos	¿Eligió y prepara los equipos para el MCC?	Inicialmente el equipo de USME preparó a las Áreas de salud para implementar la MCC.	Las DAS apoyaron a los servicios en la conformación de sus EMCC.	Los servicios eligieron a los miembros de sus EMCC, siempre nombrando al médico del Distrito y la enfermera profesional del Distrito como los coordinadores de los EMCC.
Herramientas de apoyo	¿Apoyaron el desarrollo, conocen y/o aplican las herramientas para la implementación: revisión de normas, tabla de estándares, hojas de monitoreo, fichas clínicas, bases de datos, matriz de	En general, todas las herramientas fueron desarrolladas por el proyecto, con poca participación de los equipos de nivel central. Posiblemente la revisión de normas fue la principal contribución de estos equipos.	Las DAS tienen destrezas en el uso de la mayoría de herramientas para la implementación: tabla de estándares, hojas de monitoreo, fichas clínicas, bases de datos, matriz de planificación, instrumento de documentación de intervenciones.	Los EMCC de los servicios en general conocen y aplican las herramientas para la implementación: tabla de estándares, hojas de monitoreo, fichas clínicas, bases de datos, matriz de planificación. El instrumento de

Aspectos de estudio		EMCC del nivel central	EMCC del nivel de área	EMCC de los servicios
	planificación, instrumento de documentación de intervenciones?			documentación de intervenciones por lo general no se utiliza. No siempre conocen las herramientas por nombre, pero cuando se les enseñan las reconocen
Facilitación	¿Tiene destrezas en la facilitación sobre los temas anteriores?	En general el equipo de nivel central (Salud Reproductiva) tiene destrezas en la facilitación a las DAS en los temas de mejoramiento de la calidad.	En general los equipos de las áreas y particularmente algunos miembros de esos equipos adquirieron destrezas de facilitación a los EMCC de los servicios.	Desarrolla con los EMCC de los servicios el MCC.
Tutoría (en servicio)	¿Realiza la supervisión y tutoría a las DAS durante el colaborativo?	El equipo de FSR realiza supervisión aprovechando las visitas del personal del proyecto. En dos áreas se quedan a nivel de hospitales.	Los equipos de las DAS han realizado la supervisión y tutoría a los servicios (distritos) durante la implementación del colaborativo. La gran limitante ha sido la falta de recursos para hacer visitas de supervisión, tutoría y monitoreo.	Casi todos los servicios se reúnen mensualmente para la revisión y análisis de las fichas clínicas y retroalimentan al resto del personal. Alrededor de la mitad de los servicios analizan el desempeño del EMCC como tal.
Comunicación	¿Comunica la metodología y los hallazgos al nivel que corresponde?	Los asistentes técnicos de HCI han funcionado como difusores de las tendencias en los indicadores y los cambios implementados por los equipos.	Los equipos de área comparten resultados (tendencia en los indicadores) y cambios implementados de forma exitosa y no exitosa por los equipos en las reuniones de equipos técnicos del área.	Los EMCC de los servicios comparten resultados (tendencia en los indicadores) y cambios implementados de forma exitosa y no exitosa entre con otros equipos principalmente en las sesiones de aprendizaje; otros

Aspectos de estudio		EMCC del nivel central	EMCC del nivel de área	EMCC de los servicios
				mecanismos se han utilizado muy poco
Insumos necesarios (rubro fue agregado por la discusión de grupo)	¿Se cuenta con los insumos básicos necesarios para el mejoramiento de la calidad de atención?		No se cuenta con presupuesto para la impresión de las herramientas básicas como fichas clínicas y hojas de monitoreo, así como equipo médico y de laboratorio	La cantidad de insumos que el área de salud le brinda a los servicios es insuficiente (sólo alcanza para unos meses del año); los micronutrientes se obtienen por demanda. No cuentan con materiales para laboratorio, tiras de orina, pruebas de VIH ni equipo básico necesario.

USAID | PROYECTO DE MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD

University Research Co., LLC
4a. Avenida 14-14, Zona 14, Guatemala, Guatemala 01010
Tel: 2485-5988

University Research Co., LLC
7200 Wisconsin Avenue, Suite 600
Bethesda, MD 20814 EE.UU.
Tel: (301) 941-8400
Fax: (301) 941-8427
www.hciproject.org