



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

PROYECTO DE
MEJORAMIENTO DE
LA ATENCIÓN EN SALUD

INFORME DE INVESTIGACIÓN

Expandiendo las mejoras en la calidad de la atención materno-infantil

Fase de expansión de los Colaborativos de Mejoramiento de la Calidad, en Cuidados Obstétricos Esenciales y en Cuidados Pediátricos Hospitalarios, implementados por el Ministerio de Salud de Nicaragua

MARZO 2012

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. Margarita Sandino, Dra. Ivonne Gómez y Dra. Sarah Smith. 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

Expandiendo las mejoras en la calidad de la atención materno-infantil

Fase de expansión de los Colaborativos de Mejoramiento de la Calidad, en Cuidados Obstétricos Esenciales y en Cuidados Pediátricos Hospitalarios, implementados por el Ministerio de Salud de Nicaragua

MARZO 2012

Margarita Sandino, University Research Co., LLC
Ivonne Gómez, University Research Co., LLC
Sarah Smith, EnCompass 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.

Agradecimiento

Las autoras agradecen al personal de salud del MINSA, así como a las personas que directa e indirectamente, apoyaron la realización del presente estudio.

Este estudio fue posible gracias al apoyo del pueblo estadounidense 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). HCI es manejado por University Research Co., LLC (URC) bajo los términos del Contrato Número GHN-I-03-07-00003-00. Los socios de URC en el proyecto incluyen a 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 de HCI, favor de visitar www.hciproject.org o escribir a hci-info@urc-chs.com.

Cita recomendada: Sandino M, Gómez I y Smith S. 2012. Expandiendo las mejoras en la calidad de la atención materno-infantil. Fase de expansión de los Colaborativos de Mejoramiento de la Calidad, en Cuidados Obstétricos Esenciales y en Cuidados Pediátricos Hospitalarios, implementados por el Ministerio de Salud de Nicaragua. *Informe de Investigación*. Publicado por el Proyecto de USAID para el Mejoramiento de la Atención en Salud. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC).

TABLA DE CONTENIDOS

Lista de figuras y tablas	i
Siglas utilizadas	ii
RESUMEN EJECUTIVO.....	iii
I. INTRODUCCIÓN	1
A. Mejores prácticas difundidas	1
B. Marco conceptual del estudio.....	3
II. PROPÓSITO DEL ESTUDIO	3
III. METODOLOGÍA.....	5
IV. RESULTADOS	6
A. Organización y desarrollo de la fase de expansión.....	6
1. Organización de la expansión.....	6
2. Desarrollo de la fase de expansión	12
B. Resultados intermedios de la fase de expansión	19
1. Entorno propicio para el MCC.....	19
2. Entorno propicio para la atención materno-infantil.....	19
3. Apoyo institucional	21
C. Resultados de impacto de la fase de expansión.....	23
1. Expansión geográfica.....	23
2. Implementación del MCC.....	23
3. Implementación de las mejores prácticas de atención materno-infantil	25
4. Impacto en cuanto a tiempo en la fase de expansión	29
V. CONCLUSIONES.....	31
VI. BIBLIOGRAFÍA.....	33

Lista de figuras y tablas

Figura 1: Ejecución de los proyectos QAP/USAID y USAID HCI en el MINSA-Nicaragua	1
Figura 2: Marco conceptual de los colaborativos de mejoramiento: COE y CPH (2003 – 2007)	3
Figura 3: Percepción de los coordinadores del MCC, sobre el apoyo de las autoridades para el MCC – Nueva Segovia, León y Chontales.....	22
Figura 4: Percepción de los coordinadores del MCC, sobre el apoyo de las autoridades para el MCC – Boaco, RAAN y Río San Juan.....	22
Figura 5: Número de unidades de salud que cumplen con más de 80% de las actividades del MCC y con la frecuencia requerida – Expansión del MCC a otras áreas	24
Figura 6: Retención de miembros en los equipos de MCC y cumplimiento de reuniones planificadas.....	24
Figura 7: Nivel de experiencia y conocimientos acerca de las actividades del MCC por SILAIS	25
Figura 8: Disminución de las tasas de mortalidad infantil en ocho hospitales.....	27
Figura 9: Reducción de la tasa de letalidad por neumonía, diarrea y sepsis	28
Figura 10: Evolución en el tiempo del colaborativo COE.....	30
Figura 11: Evolución en el tiempo del colaborativo CPH	30
Tabla 1: Paquete de cambios de COE y CPH para la fase de expansión	2
Tabla 2: Áreas de medición e indicadores del estudio	4

Tabla 3: Cobertura de las fases demostrativa y de expansión de COE	8
Tabla 4: Cobertura de las fases demostrativa y de expansión de CPH.....	9
Tabla 5: Normativas materno-infantil emitidas por el MINSa con asistencia de USAID (QAP-HCI) y otras agencias de cooperación	11
Tabla 6: Resultados del cuarto concurso de “Premio al Conocimiento” por participantes, Fases I y II	15
Tabla 7: Resultados del cuarto concurso de “Premio al Conocimiento” por hospitales, Fases I y II	15
Tabla 8: Valoración sobre la diferencia de tiempo para implementar un cambio traído de otro equipo y uno que se genera a lo interno	20
Tabla 9: Cobertura de la fase de expansión (2004 – 2007) de CPH y COE.....	23
Tabla 10: Valoración sobre la implementación de las mejores prácticas en la rutina de trabajo.....	26
Tabla 11: Desempeño promedio de indicadores de procesos clínicos de COE.....	26
Tabla 12: Valoración sobre el tiempo para implementar un cambio	29

Siglas utilizadas

AIEPI	Atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia
AIMNA	Atención Integral a Mujer, Niñez y Adolescencia
APP	Amenaza de parto pretérmino
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología
COE	Cuidados Obstétricos Esenciales
CPH	Cuidados Pediátricos Hospitalarios
CPN	Control prenatal
FONMAT	Fondo de Maternidad e Infancia Segura
HCI	Proyecto de USAID de Mejoramiento de la Atención en Salud
HCPB	Historia Clínica Perinatal Base
HEODRA	Hospital Escuela “Oscar Danilo Rosales A.” de León
INSS	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social
IPSS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
MAC	Método anticonceptivo
MCC	Mejoramiento continuo de la calidad
MINSa	Ministerio de Salud (Nicaragua)
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PF	Planificación familiar
PMSS	Proyecto de Modernización del Sector de Salud
QAP	Proyecto de Garantía de Calidad de USAID
RAAN	Región Autónoma Atlántico Norte
RAAS	Región Autónoma Atlántico Sur
SILAIS	Sistema Local de Atención Integral en Salud
SHG	Síndrome hipertensivo gestacional
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
URC	University Research Co., LLC
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

RESUMEN EJECUTIVO

Introducción

En Nicaragua, a partir del año 2003, mediante la colaboración de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) a través de sus proyectos de Garantía de Calidad (QAP) y Mejoramiento de la Atención en Salud (HCI), el Ministerio de Salud (MINSa), desarrolló en las unidades de salud los colaborativos de mejoramiento continuo de la calidad (MCC) de la atención, referidos a Cuidados Obstétricos Esenciales (COE) y Cuidados Pediátricos Hospitalarios (CPH), para lo cual también ha contado con la cooperación de otras agencias internacionales.

Estos colaborativos de mejoramiento consistieron en un sistema de aprendizaje compartido entre un número reducido de unidades de salud (seis hospitales para CPH y tres SILAIS para COE) las cuales trabajaron juntas, a fin de lograr rápidamente mejoras significativas en los procesos, calidad y eficiencia en las áreas de atención mencionadas, con la intención de difundir estos resultados y métodos a otras unidades de salud del MINSa, en diferentes localidades del país. En el año 2003 iniciaron la fase demostrativa y, enseguida, en el 2004 la fase de expansión, hasta concluir ambas fases en el 2007.

El colaborativo de COE, se inició cuando en el 2003, el MINSa se integró a la Iniciativa Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna, apoyada en forma conjunta por USAID y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ejecutada a través del Proyecto Colaborativo Latinoamericano para los Sistemas de COE, el cual utilizó la metodología de aprendizaje colaborativo entre tres países (Nicaragua, Honduras y Ecuador). La fase demostrativa en Nicaragua se inició solamente con tres SILAIS: Matagalpa, Chinandega y la Región Autónoma Atlántico Sur (RAAS).

Al funcionar las dos fases a nivel de SILAIS fue posible trabajar con 16 de los 17 existentes en el país, ya que a lo interno de éstos, en hospitales de atención materno-infantil y en centros de salud, se difundieron los resultados exitosos de la fase demostrativa de estos colaborativos de mejoramiento.

Con base en resultados obtenidos en estudios anteriores, realizados por USAID|HCI Nicaragua, sobre los colaborativos de mejoramiento (USAID|HCI 2009 y 2010b), este estudio se propuso sistematizar la fase de expansión, con lo cual se completa la documentación del MCC, de tal manera que pueda ser de utilidad, tanto para otras áreas del MINSa como para diferentes instituciones y organizaciones dentro y fuera del país. Las particularidades de esta experiencia metodológica logradas en Nicaragua enriquecen el modelo genérico del colaborativo de aprendizaje.

Específicamente, este estudio se enfocó en la búsqueda de respuestas a las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo se organizó y se desarrolló la fase de expansión, para difundir el MCC, así como las mejores prácticas de atención de COE y CPH logrados durante la fase demostrativa de los colaborativos de mejoramiento?
2. ¿Cuáles fueron los principales resultados intermedios logrados como producto de esta fase de expansión (eficacia de la expansión, entorno propicio para la atención y para el MCC y, apoyo institucional)?
3. ¿Cuáles fueron los resultados de impacto logrados, durante la fase de expansión en relación con la calidad de la atención y la aplicación del MCC en las unidades de salud involucradas (expansión geográfica, implementación del MCC e implementación de las mejores prácticas, impacto en cuanto a tiempo en la fase de expansión)?

Metodología

Este era un estudio descriptivo-retrospectivo de la fase de expansión de los colaborativos de mejoramiento, en el cual se reseñó y examinó la efectividad de las estrategias con las que se difundieron las mejores prácticas de atención materno-infantil, así como los resultados y el impacto obtenido en los servicios de salud materno-infantil.

El universo de la fase de expansión fueron once SILAIS y diez hospitales con atención materno-infantil. En el caso de los cuidados obstétricos esenciales, también se incluyó a los centros de salud, sobre todo a los que atienden partos. Para la recolección de información se abarcó todo este universo del cual se presentaron ejemplos particulares de SILAIS y/o unidades de salud. Sin embargo, no en todos los aspectos se obtuvieron datos del total de SILAIS y unidades de salud, en correspondencia con los indicadores seleccionados.

La recolección de datos se realizó mediante consulta documental en los archivos del proyecto y se completó con información proporcionada por SILAIS y unidades de salud cuando se realizaron los otros estudios relacionados con el MCC. Además, se obtuvo información complementaria mediante entrevistas a los asesores de USAID|HCI.

Resultados

La fase de expansión inició en el año 2004 después de transcurrido un año de ejecución de la fase demostrativa, debido al interés expresado por el nivel central del MINSa y de los SILAIS quienes demandaron su inclusión en la segunda fase. Estos SILAIS ya estaban implementando el MCC en la atención a las embarazadas y recién nacidos, que era una de las prioridades del MINSa. De ahí que la organización de esta fase, se viera favorecida por estos antecedentes de trabajo que los proyectos de USAID (QAP-HCI) tenían con los SILAIS del MINSa.

Entre las actividades relevantes de la organización de la expansión estaban: la coordinación con autoridades nacionales y locales, la capacitación a los equipos de mejoramiento y la entrega del paquete de cambios producidos en la fase demostrativa.

A partir del 2004, las dos fases de los colaborativos funcionaron simultáneamente. En los primeros meses del 2004 se incorporaron formalmente los SILAIS de Estelí y Granada, los cuales en el 2003 ya habían participado en algunas sesiones de aprendizaje de COE y realizaban mediciones de indicadores de calidad. En ese momento ya fueron cinco SILAIS en el colaborativo COE. En los siguientes meses se implementaron las actividades preliminares en siete SILAIS más: Boaco, Jinotega, Madriz, Nueva Segovia, RAAN, Chontales y Río San Juan. Para el año 2007, se alcanzó la cobertura de 16 SILAIS, 17 hospitales y 145 centros de salud.

En el caso de CPH, el informe anual del 2004 reseña que se sumaron cinco hospitales más, de tal forma que el MCC de los cuidados pediátricos se estaba implementando en el 50% (11) de los hospitales del segundo nivel de atención infantil. La expansión continuó: *“Desde entonces cada año y por demanda de los proveedores de salud se fueron incorporando nuevas unidades; actualmente (año 2007), forman parte de este colaborativo 17 hospitales, 19 centros de salud y una Empresa Médica Previsional¹ (IPSS) adscrita al Instituto Nicaragüense de Seguridad Social - INSS.”*

Al iniciar la fase de expansión (2004), el MINSa ya había orientado formalmente a todos los SILAIS, los estándares e indicadores de calidad que se debían aplicar en los procesos de atención a la embarazada y el recién nacido, así como los instrumentos a utilizar para la medición de los mismos. Esta orientación se realizó en la primera sesión de aprendizaje de la fase demostrativa (septiembre 2003).

Es por ello que, durante la expansión, el MINSa continuó, con la colaboración de USAID (QAP-HCI) y de otras agencias, emitiendo normativas con herramientas, guías, manuales, protocolos, algoritmos, y listas de chequeo. En algunos casos, estas normativas eran de una segunda o tercera edición, actualizada, corregida y aumentada.

Las actividades propias de la expansión se realizaron mediante la interacción de los Asesores de USAID (QAP-HCI) con las autoridades del MINSa a nivel central y sus contrapartes a nivel local (Responsables

¹ Conocida actualmente como Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPSS), coordinadas por el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS).

de AIMNA del SILAIS y personal de atención materno-infantil de los hospitales y centros de salud), quienes fueron los actores principales para implementar el mejoramiento de la calidad, siguiendo la metodología del colaborativo de aprendizaje para COE y CPH.

La dinámica del MCC en las unidades de salud durante la fase de expansión, consistía en que los equipos de calidad disponían de un paquete de cambios y de estándares e indicadores de calidad, de COE y de CPH, presentados por los Asesores de USAID (QAP-HCI), los cuales se implementaron en la fase demostrativa. Medían el cumplimiento de los indicadores de calidad, analizaban los resultados, identificaban las brechas en el proceso u oportunidades de mejora, y realizaban ciclos rápidos. Finalmente, estos resultados del mejoramiento eran registrados, a través de la medición mensual de los estándares e indicadores establecidos por el MINSA, para el primero y segundo nivel de atención. Mensualmente, las unidades de salud reportaban la medición a los responsables de AIMNA del SILAIS, quienes consolidaban estos datos, luego presentaban informes a las autoridades del SILAIS y también compartían esta información con los asesores de USAID (QAP-HCI).

La capacitación para los equipos de mejoramiento, en la mayor parte del tiempo, se realizó en coordinación con los responsables de AIMNA del SILAIS, sobre todo lo referido al colaborativo de COE. Dicha capacitación se efectuó mediante las estrategias educativas de asistencia técnica, talleres teórico-prácticos, sesiones de aprendizaje, centros docentes de referencia y concurso “Premio al Conocimiento”. QAP|USAID apoyó directamente la capacitación de 379 personas de hospitales y centros de salud en ocho SILAIS (León, RAAN, Chinandega, Chontales, Nueva Segovia, Boaco, Estelí y Madriz), para orientar a los proveedores de servicios sobre las nuevas directrices clínicas y utilización correcta de las listas de chequeo para medir el cumplimiento de las normas, a través de una revisión de expedientes de las usuarias atendidas por complicaciones obstétricas. Para el colaborativo de CPH se realizaron actualizaciones clínicas a 406 personas, en el uso de sales de rehidratación oral, de osmolaridad baja y sulfato de zinc, para administración de casos de diarrea, reanimación neonatal, gestión del (de la) niño(a) gravemente desnutrido, uso de la lógica de antisépticos y desinfectantes, gestión integrada de los(as) niños(as) hospitalizados y lactancia materna.

Según las entrevistas a los asesores de USAID (QAP-HCI), quienes estuvieron en comunicación constante y sistemática con los equipos de mejoramiento de los colaborativos, el 100% de los cambios propuestos en el paquete inicial fueron implementados por el 100% de los equipos que se formaron en la fase de expansión. En relación con el tiempo promedio que le tomó al equipo de MCC para implementar un cambio del paquete traído de la fase demostrativa, las cifras varían, dependiendo del tipo de cambio, desde un mes hasta seis meses.

El apoyo institucional que se produjo durante la fase de expansión en forma de una estrecha coordinación y comunicación con las instancias centrales y locales del MINSA. Se institucionalizó el enfoque de calidad a través del fortalecimiento de las capacidades locales de los responsables de AIMNA de los SILAIS, quienes acompañaron a los Asesores de QAP y HCI en las visitas de campo que se realizaron a hospitales y unidades de salud municipales. En el caso de CPH se destacó que, como resultado de las actividades de MCC, el personal de AIMNA desarrolló una mejor comunicación y coordinación con los equipos del área de pediatría de los hospitales y se fortaleció la referencia y contra-referencia en el caso de la atención a los(as) niños(as) menores de cinco años hospitalizados.

Al finalizar el año 2007, tiempo en que concluyen los colaborativos, la dinámica del MCC se había establecido en las unidades de salud. Se comprobó que en el 2010, continuaba dicha dinámica, ya que en un estudio sobre sostenibilidad e institucionalización del MCC en el MINSA concluido en el 2011, sobre la base de una muestra de tres unidades de salud por SILAIS, los resultados reflejaron que 17 de las 21 unidades de salud de la muestra realizaban el 80% de las actividades de MCC, de éstas 11 las realizan con la frecuencia requerida. Así mismo, a todo personal nuevo, sea por servicio social o proveniente de otras unidades de salud, lo integran de inmediato a las sesiones de educación continua y talleres de capacitación, así como a las actividades de MCC de la unidad de salud.

Conclusiones

Sobre la base de los resultados de la fase de expansión, a continuación se señalan las particularidades más relevantes que se manifestaron en todo el período de la fase y, por consiguiente, de la última parte del colaborativo, las cuales pueden servir de pauta para otras instituciones, dentro y fuera del país, que deseen implementar esta metodología de mejoramiento de la calidad.

Uno de los aspectos relevantes dentro de la organización de la fase de expansión era que ésta se inició estando en marcha la fase demostrativa, de tal manera que los resultados que se estaban obteniendo se transmitían de inmediato a las unidades de salud que se estaban organizando para la expansión. Luego, durante la ejecución de la expansión, los equipos de mejoramiento de la fase demostrativa actuaron como apoyo para las unidades de salud que se incorporaron a los colaborativos.

La capacitación al personal de salud tuvo mayor énfasis en el desarrollo de capacidades para los procesos clínicos, siendo menor en cuanto a competencias para el uso de metodologías de MCC. Sin embargo, se ha demostrado que ambos deben tener la misma fuerza, para que el MCC se institucionalice y se aproveche, a fin de asegurar la sostenibilidad de las mejoras logradas.

La expansión simultánea de dos colaborativos en una unidad de salud, materno e infantil, favoreció el apoyo de las autoridades de la misma y el involucramiento de otros miembros del personal, ya que el MCC tiende a considerarse como una práctica cotidiana, en vez de un proyecto piloto en un área de la unidad; sin embargo, esto no influyó para que se replicara el mejoramiento continuo en otras áreas de las unidades. Posiblemente faltó desarrollo en el liderazgo de las autoridades de las mismas.

El marco normativo asistencial en cuanto a protocolos, guías, estándares e indicadores de calidad, algoritmos y listas de chequeo, entre otros, fue de suma importancia para la difusión e implementación de las mejores prácticas, debido a que éste va estrechamente vinculado con la estandarización de los procesos de atención y, en consecuencia, con la sostenibilidad de las mejoras.

El grado de desconfianza o resistencia, aunque sean mínimos, que suelen manifestar los equipos de la expansión, para implementar los cambios generados en otros equipos era más fácil y rápido de superar cuando éstos disponen de las normas clínicas y se apoyan en éstas para resolver dudas. Así mismo, el contar con el apoyo de los equipos de la fase demostrativa, tal como fue mencionado anteriormente.

El acompañamiento técnico de los proyectos de USAID (QAP-HCI) tenía doble finalidad; por una parte, el desarrollo de capacidades clínicas y, por otra, el fortalecimiento de las autoridades nacionales y locales en su carácter directivo y de supervisión de la calidad de la atención. El equipo de asesores de QAP y HCI fueron difusores del paquete de cambios de la fase demostrativa en las unidades de la expansión, al mismo tiempo que ofrecían la asistencia técnica necesaria para implementarlos.

El trabajo interagencial para la expansión era fundamental porque el MINSA como institución aspiraba a lograr una cobertura total del MCC en atención materno-infantil, pero desde una sola fuente de cooperación era difícil lograrlo. Por ello se reunieron los recursos de varios organismos y el resultado fue cubrir 16 SILAIS, de un total de 17 existentes en el país.

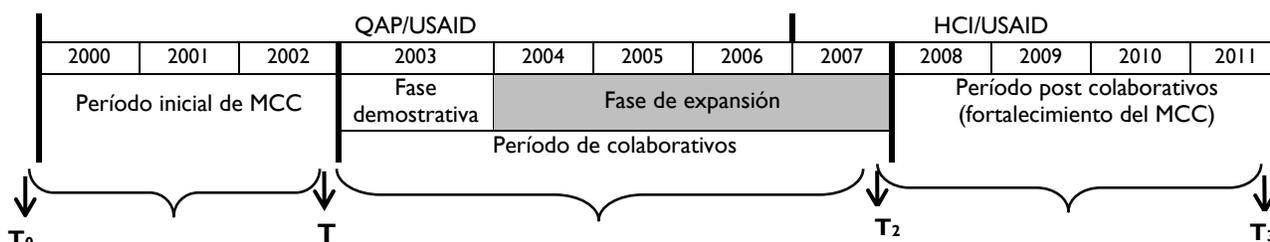
Este estudio sobre la fase de expansión, junto con los dos ya referidos, uno a la fase demostrativa y el otro a la sostenibilidad de las mejoras en la atención materno-infantil e institucionalización del MCC en el MINSA, conforman un trío de investigaciones cuyo eje central es el MCC de la atención materno-infantil. En los tres estudios se demuestra que, durante la fase demostrativa (2003 – 2007) y en la fase de expansión (2004 – 2007) así como en el período post-colaborativos (2008 – 2010), aunque con diferentes niveles de desarrollo, en las unidades de salud del MINSA se ha alcanzado la siguiente situación: se cuenta con un marco legal nacional y normativo institucional, se implementa el MCC, se capacita sistemáticamente al personal, las autoridades apoyan y el equipo técnico de las sedes de SILAIS está debidamente capacitado y promueve en forma constante el MCC.

I. INTRODUCCIÓN

A partir del año 2003, mediante la colaboración de USAID a través de sus proyectos de Garantía de Calidad (QAP) y Mejoramiento de la Atención en Salud (HCI), el Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSA) desarrolló en sus unidades de salud los colaborativos de mejoramiento continuo de la calidad (MCC) de la atención a la mujer y niñez referidos a Cuidados Obstétricos Esenciales (COE) y Cuidados Pediátricos Hospitalarios (CPH), contando también con la cooperación de otras agencias internacionales.

Estos colaborativos de mejoramiento consistieron en un sistema de aprendizaje compartido entre un número reducido de instancias de salud -seis hospitales para CPH y tres SILAIS para COE- las cuales trabajaron juntas, a fin de lograr rápidamente mejoras significativas en los procesos, calidad y eficiencia de las áreas de atención mencionadas, con la intención de difundir estos resultados y métodos a otras unidades. Se inició la fase demostrativa en 2003, en la cual los equipos de mejoramiento en cada unidad implementaron cambios e intercambiaron el aprendizaje adquirido. Para el 2004, estas mejores prácticas, ya probadas, se comenzaron a difundir hacia un mayor número de unidades de salud, dando paso a la fase de expansión, destacada en la sección sombreada de la Figura 1.

Figura 1: Ejecución de los proyectos QAP/USAID y USAID/HCI en el MINSA-Nicaragua



Basado en estudios anteriores realizados por USAID/HCI Nicaragua sobre los colaborativos de mejoramiento (USAID/HCI 2009 y 2010), este proyecto se propuso sistematizar la fase de expansión, destacando el cómo las mejores prácticas en la calidad de atención de niños(as) y mujeres, obtenidas durante la fase demostrativa, se extendieron hacia un número mayor de unidades de salud del país, ya que ello conllevó a una serie de actividades por parte de los diferentes niveles del MINSA y de los asesores del proyecto.

En Nicaragua, la fase de expansión de los colaborativos permitió que éstos llegaran hasta en 16 de los 17 SILAIS del país, ya que a lo interno de éstos, en hospitales de atención materno-infantil y en centros de salud, se difundieron los resultados de la fase demostrativa de los colaborativos de mejoramiento.

Con este estudio sobre la fase de expansión, se completa la documentación de la experiencia de colaborativos de mejoramiento apoyada por USAID en el MINSA, la cual puede ser de utilidad para la implementación de esta metodología, en otras áreas del MINSA, así como en otras instituciones y organizaciones dentro y fuera del país. Las particularidades de esta experiencia metodológica en Nicaragua enriquecen el modelo genérico del colaborativo de aprendizaje que se ha implementado en otros países.

A. Mejores prácticas difundidas

Este estudio se enfocó en la difusión de las mejores prácticas más relevantes que surgieron durante la fase demostrativa en las unidades de salud participantes, tales como las que se enuncian en la Tabla 1.

Tabla 1: Paquete de cambios de COE y CPH para la fase de expansión

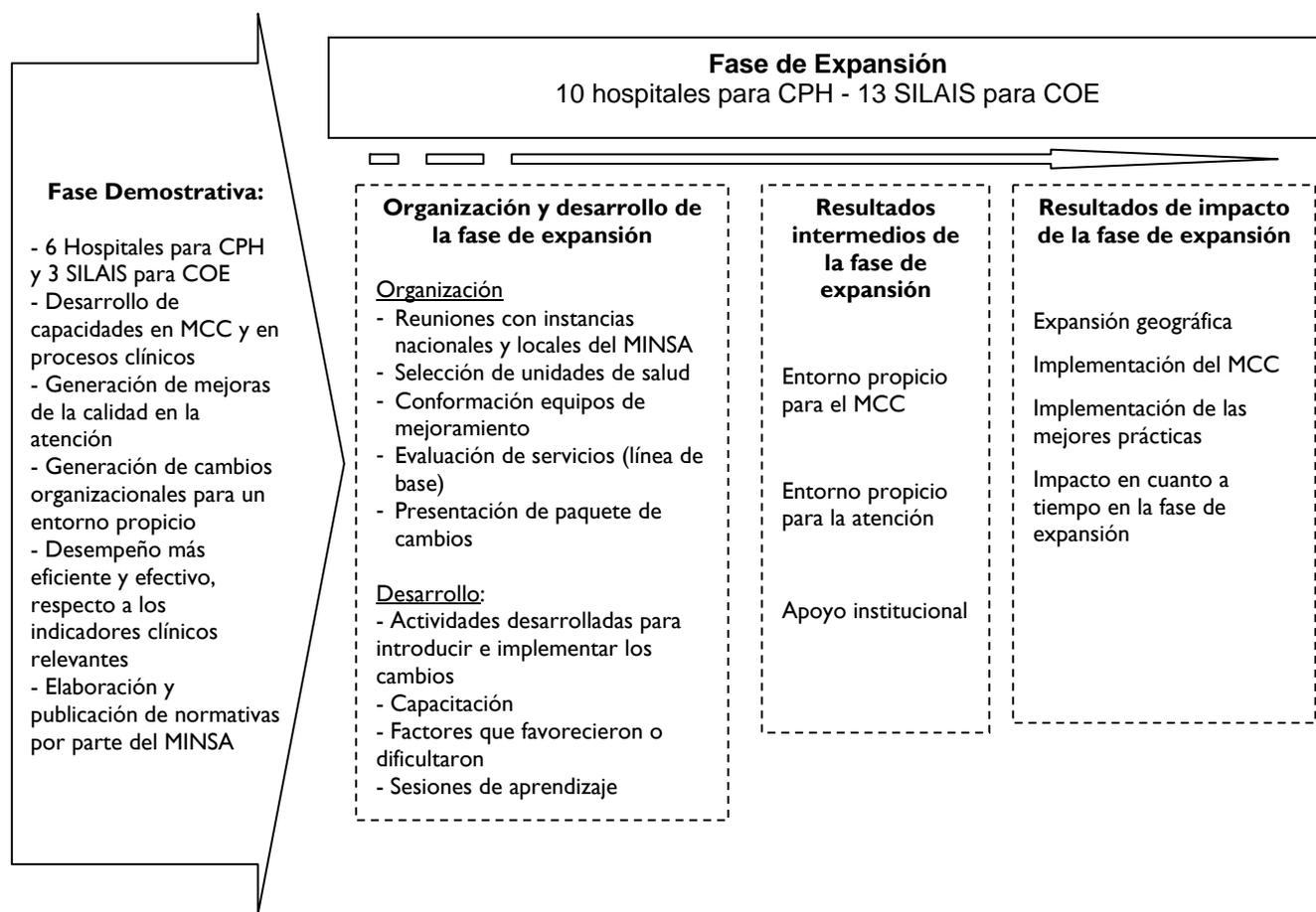
1.	Aseguramiento de los recursos diagnósticos y terapéuticos, para atender las patologías más frecuentes causantes de muerte materna, desde el menor nivel de atención.
2.	Aseguramiento de la vigilancia correcta del trabajo de parto utilizando el partograma con curva de alerta del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP).
3.	Aseguramiento de la coordinación efectiva con las casas maternas.
4.	Aplicación de un mecanismo para la evaluación, clasificación y tratamiento de los niños(as) que acuden a los servicios de emergencia de los hospitales (triage).
5.	Aseguramiento del abordaje integral del niño(a) desnutrido severo, por un equipo multidisciplinario (psicología, trabajo social, nutrición, fisiatría y pediatría).
6.	Incorporación dentro de los formatos del expediente clínico, que también utiliza el personal de enfermería, aquellos aspectos clave a vigilar en cada niño(a) hospitalizado, según su patología de base.
7.	Concentración en un solo ambiente a los niños(as) en condiciones delicadas para facilitar al personal de salud la atención oportuna y adecuada, de acuerdo con lo establecido en los protocolos clínicos.
8.	Aseguramiento de un surtido de insumos básicos para la atención de los niños(as) hospitalizados, tanto en los servicios de emergencia como de pediatría, y cumplimiento de la verificación diaria de la disponibilidad de los mismos.
9.	Aseguramiento de la estabilización previa, a todo niño(a) que se traslada a otra unidad de salud de mayor resolución, así como de la atención durante la transportación, del acompañamiento por personal de salud adiestrado y de la coordinación con la unidad de salud que lo recibirá.
10.	Adecuación de un ambiente para la recreación y estimulación temprana de los niños(as) hospitalizados.
11.	Entrenamiento a las madres y/o tutores para la aplicación de prácticas saludables en el cuidado del niño(a), su alimentación y la identificación de signos de peligro.
12.	Aseguramiento del desarrollo de competencias, para la atención del niño(a) en condición grave, así como la comunicación fluida entre el personal de salud a lo interno del hospital y entre las diferentes unidades.
13.	Implementación del paquete de estándares e indicadores de procesos clínicos para la atención materno-infantil.
14.	Aseguramiento de que el personal de salud cuente con los protocolos nacionales, para la atención materno-infantil.
15.	Estandarización, entre el personal médico y de enfermería, de los manejos clínicos para la neumonía, diarrea y desnutrición severa, con base en el protocolo de atención establecido, así como de complicaciones obstétricas.
16.	Utilización de guías clínicas, afiches, flujogramas y listas de chequeo, cintas de abordaje rápido que faciliten la atención y aseguren el control del cumplimiento de protocolos, a fin de mejorar la atención materno-infantil en los servicios de pediatría, obstetricia y emergencia.
17.	Establecimiento de mecanismos claros de coordinación entre los servicios de pediatría y obstetricia para el adecuado manejo de los casos graves.
18.	Creación de Centros Docentes Departamentales para el desarrollo de competencias en el personal médico y de enfermería de las unidades de salud de ese territorio.
19.	Involucramiento de todo el personal asistencial (médicos y enfermería) en el proceso de medición, análisis de resultados y divulgación del cumplimiento de estándares e indicadores de calidad.
20.	Eliminación de barreras administrativas existentes para el inicio rápido de la atención en el servicio de emergencia en las diferentes unidades de salud.
21.	Aseguramiento del personal calificado para la atención durante las 24 horas del día, todos los días del año, incluyendo fines de semana y feriados.
22.	Utilización de las referencias y contra-referencias para el seguimiento de la atención materno-infantil.
23.	Medición de la satisfacción de los usuarios externos, al menos dos veces al año, para enfocar los servicios de salud en la atención a madres y niños(as).
24.	Aseguramiento de los mecanismos y las acciones de divulgación, a fin de que los usuarios internos y población general conozcan acerca de las mejoras obtenidas en la atención.
25.	Aseguramiento de la difusión de las mejores prácticas, mediante la realización de visitas interhospitalarias, pasantías y sesiones de aprendizaje colaborativo, a nivel local, regional y nacional, intra e inter SILAIS.

Fuente: USAID|HCI. Experiencias de Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención Materno-Neonatal y de la Niñez. Julio 2009. Managua, Nicaragua.

B. Marco conceptual del estudio

En la Figura 2 se muestra el marco conceptual con el que se desarrolló el proceso en la fase de expansión sobre el cual se estructuró el protocolo del estudio y el presente informe.

Figura 2: Marco conceptual de colaborativos de mejoramiento: COE y CPH (2003 – 2007)



II. PROPÓSITO DEL ESTUDIO

El objetivo de esta investigación era mostrar el desarrollo y resultados de las estrategias de la fase de expansión, implementadas por el MINSA de Nicaragua, con apoyo de USAID, para difundir al mayor número de unidades de salud las mejoras en la calidad de la atención, logradas durante la fase demostrativa de los colaborativos de mejoramiento en COE y en CPH.

Tanto para la declaración de la hipótesis como para las interrogantes e indicadores del estudio, se utilizó la guía elaborada por URC² para ayudar en el proceso de identificación de los aspectos clave que los programas de país, deseen incluir en sus estudios sobre colaborativos de mejoramiento, para difundir su experiencia.

El estudio parte de la hipótesis de que las unidades de salud, participantes en la fase de expansión de los colaborativos de mejoramiento, aprovechan debidamente el aprendizaje generado por las acciones desarrolladas en fase demostrativa más rápidamente.

² Studying spread. Draft. Guide to studying spread. USAID Health Care Improvement Project. November 20, 2009.

Específicamente, este estudio se enfocó en la búsqueda de respuestas a las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo se organizó y se desarrolló la fase de expansión para difundir el MCC, así como las mejores prácticas de atención en los COE y CPH, logrados durante la fase demostrativa de los colaborativos de mejoramiento?
2. ¿Cuáles fueron los principales resultados intermedios logrados como producto de esta fase de expansión (eficacia de la expansión, entorno propicio para la atención y para el MCC, y apoyo institucional)?
3. ¿Cuáles fueron los resultados de impacto logrados durante la fase de expansión, en relación con la calidad de la atención y la aplicación del MCC en las unidades de salud involucradas (expansión geográfica, implementación del MCC e implementación de las mejores prácticas, impacto en cuanto a tiempo en la fase de expansión)?

A continuación en la Tabla 2 se presentan las áreas de medición e indicadores que se utilizaron para el estudio.

Tabla 2: Áreas de medición e indicadores del estudio

Áreas de Medición	Indicadores de proceso	Fuente
1. Organización de la fase de expansión	1.1 Descripción de actividades de organización	Entrevistas a Asesores de USAID HCI Informes anuales de USAID HCI Sistematizaciones de USAID HCI
	1.2 Lista de herramientas, manuales y guías adaptados para la expansión	
2. Expansión del mejoramiento	2.1 Descripción de los talleres departamentales o de SILAIS (agenda, resumen de talleres, ponencias, planes para el futuro y acuerdos, etc.)	Entrevistas a Asesores de USAID HCI Informes anuales de USAID HCI Sistematizaciones de USAID HCI
	2.2 Descripción de los procesos utilizados para implementar el MCC y el paquete de cambio en las unidades de salud	
Áreas de Medición	Indicadores de resultados intermedios	Fuente
3. Eficacia de la expansión	3.1 % de cambios adoptados según el paquete de cambios	Sistematizaciones de USAID HCI
	3.2 % de equipos que adoptaron el 80% del paquete de cambios	Entrevistas a Asesores de USAID HCI
4. Entorno propicio para la atención	4.1 Evaluación de la estandarización de las actitudes de atención y motivación en la aplicación del MCC	Encuesta a Asesores de USAID HCI Estudios de USAID HCI
5. Entorno propicio para el MCC	5.1 Datos cualitativos sobre la participación del personal en actividades de MCC	Estudios de USAID HCI
	5.2 # de unidades de salud que monitoreaban e informaban regularmente sobre los indicadores de MCC	Informes anuales de USAID HCI Entrevistas a Asesores de USAID HCI Estudios de USAID HCI
	5.3 Datos cualitativos en la funcionalidad del equipo a través de visitas a la unidad de salud	Estudios de USAID HCI Entrevistas a Asesores de USAID HCI
	5.4 Competencias en MCC en los miembros del equipo	Estudios de USAID HCI
	5.5 Comparación entre los cambios implementados en la fase de expansión y los contenidos en las mejores prácticas de atención	Informes anuales de USAID HCI Estudios de USAID HCI del SILAIS
	5.6 Lista de factores facilitadores y obstaculizadores para implementar los métodos de MCC	Estudios de USAID HCI

6. Apoyo institucional	6.1 Apoyo recibido por los equipos MCC de parte del SILAIS	Estudios de USAID HCI
	6.2 Calificación por parte de los equipos de SILAIS sobre el apoyo recibido del nivel central	Estudios de USAID HCI
Áreas de Medición	Indicadores de resultados	Fuente
7. Expansión geográfica	7.1 # Equipos de MCC activos	Estudios de USAID HCI
8. Implementación del MCC	8.1 Equipos de MCC por SILAIS, implementando métodos de MCC	Estudios de USAID HCI
	8.2 # equipos de MCC reportando medición de indicadores por SILAIS	Estudios de USAID HCI
	8.3 # equipos de MCC que analizan desempeño de indicadores y realizan acciones de mejoramiento regularmente	Estudios de USAID HCI
	8.4 Funcionando la capacitación y orientación en MCC al personal de nuevo ingreso	Estudios de USAID HCI
9. Implementación de las mejores prácticas	9.1 Equipos de MCC del SILAIS que implementan las mejores prácticas basadas en evidencias:	Bases de Datos de USAID HCI
	9.2 % de cumplimiento del 80% de los indicadores priorizados	
	9.3 Descripción de historias exitosas	Estudios de USAID HCI
	9.4 Datos cualitativos sobre factores contextuales adicionales que facilitaron o impidieron las actividades de mejora de la calidad y cumplimiento de normas	Estudios de USAID HCI

III. METODOLOGÍA

Este es un estudio descriptivo-retrospectivo de la fase de expansión de los colaborativos de mejoramiento, en el cual se reseñó y examinó la efectividad de las estrategias con las que se difundieron las mejores prácticas de atención materno-infantil, así como los resultados y el impacto obtenido en los servicios de salud materno-infantil.

El universo de la fase de expansión fueron 10 SILAIS y 10 hospitales con atención materno-infantil. También se incluyó 14 centros de salud que participaron en estudios anteriores de USAID|HCI, sobre todo a los que atienden partos. Para la recolección de información se abarcó todo este universo, del cual se presentan ejemplos particulares de SILAIS y/o unidades de salud. Sin embargo, no en todos los aspectos se obtuvieron datos del total de SILAIS y unidades de salud, en correspondencia con los indicadores seleccionados, esto se debió a que los estudios anteriores no los incluyeron.

La recolección de datos se realizó mediante la consulta documental en los archivos del proyecto y se completó con información proporcionada, por SILAIS y unidades de salud, cuando se realizaron los otros estudios relacionados con el MCC. Además, mediante entrevistas a informantes claves, en este caso a tres Asesores de USAID|HCI y a 12 jefes de servicio de pediatría o gineco-obstetricia de siete hospitales, quienes ya habían participado en los otros estudios.

Entre las fuentes documentales más relevantes para recabar datos, están los documentos siguientes:

- Experiencias de MCC de la atención materno-neonatal y de la niñez
- Desarrollo de competencias del personal de salud en atención materno-infantil y planificación familiar
- La fase demostrativa de los colaborativos

- Institucionalización y sostenibilidad del MCC y de las mejoras de la calidad en el MINSA
- Informes anuales de los proyectos QAP|USAID y USAID|HCI
- Entrevistas a informantes clave realizadas para estudios relacionados

Los SILAIS de RAAN, Boaco, Nueva Segovia, León, Chontales y Río San Juan fueron incluidos en el estudio sobre sostenibilidad e institucionalización del MCC y de las mejores prácticas, realizado en el 2010. Por ello, se tomaron datos que están relacionados con los indicadores de este estudio, y de igual manera, con el SILAIS de Estelí que fue incluido en el estudio de la fase demostrativa.

Para el análisis de la información se procedió a categorizarla partiendo de las interrogantes y de las áreas o variables de medición especificadas en los indicadores. Enseguida, se fue seleccionando la información que mostrara significados relevantes para las interrogantes. Es por ello, que se incorporaron los testimonios expresados por los informantes clave, incluyéndolos mediante citas textuales, sobre todo los expresados por los coordinadores del MCC o jefes de servicio de pediatría y gineco-obstetricia de las unidades de salud.

Una vez sintetizada la información que es lo que se presenta en el inciso de los resultados, se extrajeron los aspectos relevantes de la experiencia de la fase de expansión y se ubicaron en las conclusiones del estudio. Finalmente se verificó si esas conclusiones se corresponden con la información expuesta en los resultados ordenada según el esquema del marco conceptual: organización y desarrollo de la fase de expansión, resultados intermedios y resultados de impacto (ver Figura 2).

En cuanto a la información sobre costos, ésta no se especificó porque los montos registrados eran globales en los que se incluyen a las unidades de salud de ambas fases, esto debido a que funcionaron simultáneamente. Así mismo, en varias acciones los recursos financieros y técnicos fueron compartidos con otros organismos y agencias de cooperación.

Aún cuando se tomaron datos de otros estudios, en su mayoría son de carácter cualitativo, debido a que los indicadores cuantitativos de este estudio no coinciden con esos. Sin embargo, se tomó la decisión de aprovechar la información cuantitativa que estuviese disponible, ya que debido al tiempo transcurrido (cuatro años), en las instancias del MINSA ha ocurrido cambios de personal y los que aún permanecen recuerdan de forma general el desarrollo de la fase de expansión, ya que también mantuvieron interrelación con los grupos de la fase demostrativa.

Aún con las limitaciones mencionadas, se trató de mostrar lo relevante de la experiencia de Nicaragua, con sus particularidades en cuanto a los colaborativos, ya que cuando comenzó no se disponía de una metodología precisa, sino de descripciones generales de las fases, que se fueron desarrollando frente a las necesidades del país, al punto que cuando concluyen, los frutos son muy variados y se recogen en los diferentes estudios realizados por USAID|HCI.

IV. RESULTADOS

A. Organización y desarrollo de la fase de expansión

1. Organización de la expansión

Los dos colaborativos, COE y CPH, poseen características particulares en su desarrollo, aún cuando siguen la metodología genérica de los colaborativos de mejoramiento de la calidad. Por ello, en los resultados del estudio se procura reflejar tanto lo particular como lo general, a fin de poder plasmar la riqueza de las experiencias obtenidas en ambos.

Colaborativo de cuidados obstétricos esenciales (COE)

En mayo 2003 el MINSA se integró a la Iniciativa Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (IRMM), apoyada en forma conjunta por USAID y OPS/OMS, ejecutada a través del Proyecto Colaborativo Latinoamericano para los COE, el cual utilizó la metodología de aprendizaje colaborativo

entre tres países (Nicaragua, Honduras y Ecuador). La fase demostrativa en Nicaragua se inició solamente con tres SILAIS: Matagalpa, Chinandega y la RAAS.

La fase de expansión comenzó en el año 2004 cuando otros 11 SILAIS ya estaban implementando el MCC en la atención a embarazadas y recién nacidos, por ser una de las prioridades del MINSA. Debido a ese antecedente es que, apenas transcurrido un año de la fase demostrativa, las instancias centrales del MINSA y los demás SILAIS comenzaron a demandar su inclusión en la fase de expansión. Por ello, se convocó a los interesados a participar en las sesiones de aprendizaje de la fase demostrativa, como una estrategia de información y motivación.

La divulgación y el análisis de los resultados de la medición de los indicadores, logrados por los tres SILAIS de la fase demostrativa, así como de los avances obtenidos por ellos en la aplicación de los ciclos rápidos de mejora, fueron utilizados para sensibilizar y motivar a los demás SILAIS.

En los primeros meses del 2004 se incorporaron, formalmente, los SILAIS de Estelí y Granada, los cuales, en el año 2003, ya habían participado en algunas sesiones de aprendizaje de COE y realizaban mediciones de indicadores de calidad. En ese momento ya fueron cinco SILAIS en el colaborativo COE (tres de la fase demostrativa y dos de la expansión). En los siguientes meses, se implementaron las actividades preliminares en siete SILAIS más: Boaco, Jinotega, Madriz, Nueva Segovia, Chontales, Río San Juan y RAAN. A la cuarta sesión de aprendizaje (septiembre 2004), asistieron representantes de estos siete SILAIS, logrando con ello la cobertura del colaborativo en 12 de los 17 SILAIS.

Según lo señala el informe anual QAP/USAID del 2005, “en la actualidad (diciembre de 2005) se trabaja con enfoque COE en 14 de 17 SILAIS del país, en 127 municipios, incluyendo 15 hospitales y se cuenta con 142 equipos de mejoramiento de la calidad.”

En la Tabla 3 se detalla la cobertura de la fase de expansión de COE, incluyendo la fase demostrativa, ya que todos continuaron en el colaborativo hasta que finalizó en el 2007.

Las actividades organizativas para la inclusión de un SILAIS en el colaborativo COE fueron mínimas, debido a que, tanto a nivel de la sede central del MINSA como de los SILAIS, éstas ya se habían adelantado cuando QAP/USAID (2000 a 2002) estableció el primer contacto para apoyar la implementación de un programa de garantía de calidad en unidades de salud. Por ello, ya se había conversado con las autoridades del primero y segundo nivel de atención en el MINSA, quienes habían determinado las unidades de salud priorizadas y, además, habían designado a los responsables de AIMNA en cada SILAIS, como los encargados de asegurar la garantía de la calidad.

La organización de la fase de expansión se concentró en definir mecanismos y tiempos de trabajo, transferir herramientas que se habían producido durante la fase demostrativa, todo mediante conversaciones de coordinación entre los asesores del proyecto, las instancias centrales del MINSA, las autoridades del SILAIS y las autoridades de las unidades de salud. En algunos casos, también se establecía coordinación con otras agencias de cooperación que estaban apoyando al SILAIS o al MINSA central, a fin de aunar esfuerzos para apoyar las actividades del colaborativo COE.

Así mismo, se aplicaron ciertos mecanismos. Por ejemplo, se acordó que la incorporación de un SILAIS requería ser solicitada por el nivel central del MINSA y el SILAIS, así como que las autoridades de las unidades de salud asumieran el compromiso de apoyar las actividades del MCC del colaborativo. La asistencia técnica a estas unidades de salud se organizó en conjunto con los responsables de AIMNA del SILAIS, incluyendo capacitaciones en temas clínicos y del MCC, así como el abastecimiento de las normativas necesarias.

Tabla 3: Cobertura de las fases demostrativa y de expansión de COE

<u>SILAIS</u>	<u>Hospitales</u>	Centros de salud	Porcentaje del total de centros de salud del SILAIS
2003 - 2007 (Fase demostrativa)			
1. Matagalpa	"Cesar Amador Molina"	15	88.2% de 17
2. Chinandega	"Mauricio Abdalah"	13	76.5% de 17
3. RAAS	"Ernesto Sequeira"	7	100%
Total	3 SILAIS	3 hospitales	35 centros de salud
2004 – 2007 (Fase de expansión)			
4. Nueva Segovia	"Alfonso Moncada"	12	100%
5. Madriz	"Juan Brenes"	9	100%
6. Estelí	- "San Juan de Dios" - "La Trinidad"	6	100%
7. Granada	"Amistad Japón - Nicaragua"	4	80% de 5
8. Boaco	"José Nieborowski"	6	85.7% de 7
9. Chontales	"La Asunción"	14	93.3% de 15
10. Jinotega	"Victoria Motta"	8	
11. RAAN	"Nuevo Amanecer"	5	100%
12. Río San Juan	"Luis Felipe Moncada"	6	75% de 8
Total	9 SILAIS	10 hospitales	70 centros de salud
2005 - 2007 (Fase de expansión)			
13. León	"Oscar Danilo Rosales A."	12	92.3% de 13
14. Masaya	"Humberto Alvarado"	10	100%
Total	2 SILAIS	2 hospitales	22 centros de salud
2007 (Fase de expansión)			
15. Rivas	"Gaspar García Laviana"	10	100%
16. Carazo	"Santiago"	8	100%
Total	2 SILAIS	2 hospitales	18 centros de salud
Total al finalizar los colaborativos (2007)			
Total General	16 SILAIS	17 Hospitales	145 centros de salud

Fuente: Informes Anuales de QAP/USAID (2004 y 2005 – 2006) y Catálogo de Red de Servicios 2007 del MINSa

En el centro de salud de Nueva Guinea explicaron el proceso de selección para participar en la fase de expansión:

Fuimos seleccionados por el SILAIS Chontales como proyecto piloto, porque teníamos altos índices de mortalidad materna y perinatal. El parto domiciliar era más alto que el institucional. Inicialmente fue en los cuidados obstétricos de emergencia. Hicimos la línea de base. Vimos que teníamos deficiencia en la aplicación de los protocolos (USAID/HCI 2010).

Colaborativo de cuidados pediátricos hospitalarios (CPH)

Mejoramiento de los CPH es el nombre que se le dio a la iniciativa del MINSa, apoyada por QAP/USAID en alianza con UNICEF, referida al mejoramiento de la atención a los(as) niños(as) hospitalizados(as) menores de cinco años, cuya implementación se inició en septiembre 2003 en seis

hospitales que brindan atención materno-infantil, aplicando la metodología de los colaborativos de aprendizaje.

En el año 2004 se sumaron otros cuatro hospitales, de tal forma que el MCC de los cuidados pediátricos se estaba implementando en 10 de las 20 unidades de salud del segundo nivel de atención infantil. La expansión continuó: “Desde entonces, cada año y por demanda de los proveedores de salud, se fueron incorporando nuevas unidades. Actualmente (año 2007), forman parte de este colaborativo 17 hospitales, 19 centros de salud y una Empresa Médica Previsional³ (IPSS) adscrita al Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS).”⁴

En la Tabla 4 se detalla la cobertura de la fase de expansión de CPH, incluyendo la fase demostrativa, porque igual que COE, continuaron en el colaborativo hasta el año 2007.

Tabla 4: Cobertura de las fases demostrativa y de expansión de CPH

SILAIS	Hospitales	Centros de Salud
2003 – 2007 (Fase demostrativa)		
1. <u>Matagalpa</u>	“Cesar Amador Molina” – Matagalpa	
2. <u>Chinandega</u>	“Mauricio Abdalah” – Chinandega	
3. <u>RAAS</u>	“Ernesto Sequeira” – Bluefields	
4. <u>Estelí</u>	- “San Juan de Dios” – Estelí	
5. <u>Madriz</u>	“Juan Brenes” – Somoto	
6. <u>Jinotega</u>	“Victoria Motta” – Jinotega	
2004 – 2007 (Fase de expansión)		
7. Nueva Segovia	“Alfonso Moncada” - Ocotal	12 (100%)
8. Granada	“Amistad Japón - Nicaragua”	5 (100%)
9. Boaco	“José Nieborowski”	
10. RAAN	“Nuevo Amanecer” – Puerto Cabezas	5 (100%)
2005 – 2007 (Fase de expansión)		
11. Estelí	“La Trinidad” – La Trinidad	
12. León	“Oscar Danilo Rosales A.” – León	
13. Chontales	“Asunción” – Juigalpa	
14. Masaya	“Humberto Alvarado”	
2007 (Fase de expansión)		
15. Río San Juan	“Luis Felipe Moncada” – San Carlos	8 (100%)
16. Rivas	“García Laviana” – Rivas	
15 SILAIS	16 Hospitales	30 centros de salud

Fuente: Informes Anuales de QAP/USAID (2004, 2005 – 2006 y 2006 - 2007)

La fase de expansión del colaborativo de CPH tenía antecedentes importantes que favorecieron su organización. Las autoridades del MINSA central y algunos directores de los hospitales de atención materno-infantil que se incluyeron en la expansión ya conocían de la implementación del mejoramiento de la calidad de la atención a la embarazada y al recién nacido, así como del colaborativo de COE. Este era el caso de las autoridades de los hospitales de Nueva Segovia, Granada, RAAN y Boaco. Sin embargo, el personal médico y de enfermería, del área de atención infantil, conocía muy poco sobre la dinámica del colaborativo de CPH y su contenido.

Es por ello que, al igual que en la fase demostrativa, las actividades organizativas consistieron en:

³ Conocidas actualmente como Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPSS) coordinadas por el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS).

⁴ Quality Assurance Project Nicaragua (QAP/USAID). July 2006 – June 2007. Annual Report. Directions for FY08. Managua, Nicaragua. 2007.

- Realizar reuniones con la Dirección del Segundo Nivel de Atención del MINSA, cada vez que se seleccionaron los hospitales que se incluirían en la expansión, porque ellos ya conocían la estrategia de CPH.
- Entrevista con los directores y jefes de servicio de pediatría de los hospitales seleccionados para darles a conocer la estrategia de CPH y la actividad de evaluación inicial.
- Conformación de los equipos de mejoramiento de la calidad, liderados por los jefes del servicio de pediatría.
- Realización de la evaluación de los servicios pediátricos para determinar la línea de base, por parte de un equipo de evaluadores externos.
- Presentación de los resultados de la línea de base al MINSA central y a los hospitales evaluados.
- Presentación del paquete de cambios implementados en la fase demostrativa del colaborativo de CPH.

En el Hospital de “La Trinidad”, describieron cómo se incorporaron al colaborativo de CPH en la fase de expansión (2005):

Asistimos a una reunión donde nos explicaron algunas mejoras para el manejo y vigilancia de todas las enfermedades de los(as) niños(as); algunos hospitales ya habían iniciado sus experiencias y nos explicaron que utilizaríamos algunas fichas, que se iban a elaborar los protocolos de algunas patologías; así mismo, cómo nos íbamos a organizar en el servicio, para dar una mejor atención. En estos encuentros con otros hospitales de otros SILAIS, oímos sus experiencias, qué era lo que estaban haciendo; nosotros desconocíamos los indicadores, no registrábamos información de ese tipo. Por ello, nos impartieron una capacitación de cómo se iban a medir los indicadores. Asistimos a las reuniones de experiencias contadas (sesiones de aprendizaje) donde nos decían qué dificultades habían tenido, cuáles eran algunas limitaciones y qué cosas se estaban logrando con eso. Esto fue promovido por QAPI/USAID. Al inicio uno se sentía como aislado, porque los directores de los hospitales como que no estaban sensibilizados, y como que no sabían qué íbamos a hacer; entonces los jefes de servicio comenzamos a sensibilizarlos.⁵

Herramientas, manuales y guías para la expansión

Al iniciar la fase de expansión (2004), el MINSA ya había orientado, formalmente, a todos los SILAIS los estándares e indicadores de calidad de procesos de atención a la embarazada y el recién nacido, así como los instrumentos que debían utilizar para la medición de los mismos. Esta orientación se realizó en la primera sesión de aprendizaje de la fase demostrativa (septiembre 2003).

Durante la expansión, el MINSA, con la colaboración de USAID (QAP-HCI) y otras agencias, continuó la emisión de normativas con herramientas, guías, manuales, protocolos, algoritmos, y listas de chequeo. En algunos casos éstos eran una segunda o tercera edición actualizada y aumentada.

En la Tabla 5 se presenta la lista de las principales normativas, incluyendo el período 2008 – 2010, ya que en algunos casos son reediciones con otro título.

En el informe anual 2005 – 2006 se menciona que, con apoyo de USAID, se produjo la aprobación formal de los estándares e indicadores de calidad de procesos de atención a la embarazada y el recién nacido. Se incorporaron en la nueva Historia Clínica Perinatal. Los resultados de medición se debían

⁵ Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud (USAID|HCI). Consolidado de formulario de entrevistas a informantes clave. Fase Demostrativa de los Colaborativos de Mejoramiento de: Cuidados Pediátricos Hospitalarios, Cuidados Obstétricos Esenciales y VIH-Planificación Familiar en el Ministerio de Salud de Nicaragua. Compartiendo el aprendizaje. Marzo 2010. Managua, Nicaragua.

Tabla 5: Normativas materno-infantil emitidas por el MINSA con asistencia de USAID (QAP – HCI) y otras agencias de cooperación

Título de Norma, Guía o Protocolo	No. Edición	Fecha Edición
Estándares e indicadores de calidad de procesos de atención de la embarazada, parto y recién nacido	1ª	Agosto 2003
Guía para el abordaje de las enfermedades infecciosas más comunes de la infancia y la desnutrición	1ª y 2ª	Julio 2004 Enero 2009
Estándares e indicadores de calidad de procesos de atención a la embarazada, parto y recién nacido.	2ª	Febrero 2004
Cinta de emergencias pediátricas	1ª y 2ª	Octubre 2005 Octubre 2009
Normas y protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas	1ª	Diciembre 2006
Guía para el manejo del neonato	2ª	Marzo 2007
Guía rápida de protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas	1ª	Febrero 2007
Norma técnica y guía para el uso de antisépticos, desinfectantes e higiene de manos	1ª	Junio 2008
Guía rápida para el uso racional de antisépticos, desinfectantes e higiene de manos	1ª	Junio 2009
Estándares e indicadores de calidad de los procesos de atención en salud: planificación familiar, salud materna, salud neonatal y de la niñez, VIH/Sida y uso correcto de las soluciones antisépticas e higiene de manos	3ª	Octubre 2009
Guía para el diagnóstico y tratamiento de infecciones urinarias asintomáticas y sintomáticas en embarazadas, utilizando cinta de esterasa leucocitaria y nitritos o cinta reactiva de uroanálisis en orina sin centrifugar	1ª	Febrero 2010
Guía para la aspiración de secreciones del tubo endotraqueal en pacientes pediátricos con ventilación mecánica	1ª	Marzo 2010

Fuente: Archivos de USAID|HCI

reportar en los cuadros de mando de los hospitales, en los convenios de gestión de los municipios y hospitales que estaban apoyados por el Proyecto de Modernización del Sector Salud. Estas directrices fueron publicadas oficialmente por la Dirección de Regulación del MINSA en diciembre 2006. Además, se elaboró una ayuda de trabajo de bolsillo: protocolos para la atención de complicaciones obstétricas, el cual está basado en las nuevas directrices nacionales.

En el informe anual 2006 – 2007 se especifica que: “En el primer semestre de 2007, QAP/USAID ha apoyado al MINSA para elaborar listas de vigilancia, ayudas de trabajo y estrategias de difusión, en la divulgación y manejo de las directrices actualizadas, para el tratamiento de las complicaciones obstétricas.”

En cuanto a CPH, en el mismo informe se señala que QAP/USAID trabajó con el MINSA, UNICEF y OPS, para actualizar la guía de AIEPI para los hospitales, pues para su elaboración en el 2004, también se contó con el apoyo de USAID. Esta versión revisada incorporó los temas sobre el VIH/Sida y los protocolos actualizados para la atención de la diarrea y el dengue.

2. Desarrollo de la fase de expansión

Las actividades propias de la expansión se realizaron mediante la interacción de los asesores de USAID (QAP/HCI) con las autoridades del MINSA Central y con sus contrapartes a nivel local, (responsables de AIMNA del SILAIS y personal de atención materno-infantil de los hospitales y centros de salud), quienes fueron los actores principales para implementar el mejoramiento de la calidad, siguiendo la metodología de colaborativo de aprendizaje para COE y CPH.

La dinámica de MCC en las unidades de salud en la fase de expansión consistía en que los equipos de calidad disponían de un paquete de cambios y de estándares e indicadores de calidad, de COE y de CPH, presentados por los Asesores de USAID (QAP/HCI), los cuales se implementaron en la fase demostrativa. Medían el cumplimiento de los indicadores de calidad, analizaban los resultados, identificaban las brechas en el proceso u oportunidades de mejora, y realizaban ciclos rápidos. Finalmente, estos resultados del mejoramiento eran registrados, a través de la medición mensual de los estándares e indicadores establecidos por el MINSA, para el primero y segundo nivel de atención. Mensualmente, las unidades de salud reportaban la medición a los responsables de AIMNA del SILAIS, quienes consolidaban estos datos, luego presentaban informes a las autoridades del SILAIS y también compartían esta información con los asesores de USAID (QAP/HCI).

Según lo expresaron miembros del equipo de MCC de COE del Hospital “Oscar Danilo Rosales A.” de León:

Las primeras ideas surgieron de los cambios que otros hospitales estaban implementando, los cuales conocimos a través de la asistencia técnica de QAP/USAID, incluyendo, entre éstos, algunos que ya estaban oficializados por el nivel central del MINSA y estaban incluidos en los temas de las supervisiones de este nivel. A medida que avanzaba el colaborativo, fueron surgiendo algunas ideas de cambio producto de la detección de fallas en los procesos y procedimientos de atención. El equipo que detectaba las fallas analizaba el caso y entre todos buscaban alternativas de solución. Cuando se realizaba la supervisión en el servicio se detectaban las fallas. Cada revisión de expedientes generaba una actividad de cambio.⁶

Actividades desarrolladas para la introducción e implementación de los cambios

Con el apoyo técnico de USAID (QAP/HCI), se realizaban las siguientes actividades para implementar el colaborativo de aprendizaje en las unidades de salud seleccionadas.

1. Realización de línea de base, según los indicadores de calidad determinados durante la fase demostrativa, en el caso de COE, y de la primera evaluación externa de los servicios de pediatría, en el caso de CPH.
2. Capacitación al personal asistencial de municipios y hospitales para mejorar el desempeño en función del cumplimiento de los indicadores de calidad establecidos y de humanizar la atención a los(as) usuarios(as).
3. Formación de los equipos de calidad de CPH en los hospitales porque los de COE ya existían como equipos de MCC. El total de equipos de calidad de CPH fue de 16 hospitales y 30 centros de salud. En COE fueron 17 en los hospitales y 145 en centros de salud.
4. Desarrollo de actividades del MCC en SILAIS, hospitales y centros de salud, apoyadas con visitas de asesoría técnica por parte de USAID (QAP/HCI), en conjunto con los responsables de AIMNA de los SILAIS. Cuando se realiza la expansión de COE, las unidades de salud incorporadas ya tenían

⁶ Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud (USAID|HCI). Consolidado de formulario de entrevistas a informantes clave. Fase Demostrativa de los Colaborativos de Mejoramiento de: Cuidados Pediátricos Hospitalarios, Cuidados Obstétricos Esenciales y VIH-Planificación Familiar en el Ministerio de Salud de Nicaragua. Compartiendo el aprendizaje. Marzo 2010. Managua, Nicaragua.

conformados equipos de mejoramiento, disponían de estándares e indicadores de calidad y medían su cumplimiento. Habían recibido capacitación en temas clínicos y MCC, tenían el apoyo técnico de los asesores de QAP/USAID en conjunto con los responsables de AIMNA y divulgaban los resultados del mejoramiento.

5. Monitoreo por parte de los equipos de mejoramiento de las unidades de salud al cumplimiento de los indicadores de calidad establecidos, utilizando las bases de datos correspondientes.
6. Realización de sesiones de aprendizaje, para lograr el intercambio de experiencias y la difusión de las mejores prácticas entre los equipos.

Según el informe anual del 2004: “Mediante las sesiones de aprendizaje, los colegas de las unidades de salud de los diferentes SILAIS, han aprovechado las intervenciones aplicadas en el área de maternidad segura, basadas en las mejores prácticas, de acuerdo con la evidencia científica. Las lecciones aprendidas, acerca de cómo superar obstáculos en entornos con grandes limitaciones, han sido un aporte fundamental que se ha logrado a través de la metodología de las sesiones de aprendizaje colaborativo.”

Por ejemplo, en el período de julio 2006 a junio 2007, se realizó la sexta sesión de aprendizaje de CPH, con la participación de los equipos de mejoramiento de los hospitales, tanto de la fase demostrativa (Madriz, Jinotega, Estelí, Matagalpa), como de la fase de expansión (Nueva Segovia, Juigalpa, Boaco y La Trinidad). En la sesión los equipos, además de mostrar sus logros, intercambiaron experiencias acerca de las prácticas que les permitieron mejorar los procesos de atención.

7. Encuentros entre equipos de calidad de los diferentes SILAIS que medían estándares e indicadores y que implementaban mejoras de la calidad.
8. Visita interhospitalaria como otra modalidad de intercambio de experiencias. Por ejemplo, en el colaborativo de CPH, el equipo de enfermería del hospital de Estelí visitó al equipo de enfermería del hospital de Chinandega con el propósito de compartir su experiencia en la implementación de las pasantías pediátricas.
9. Realización de la medición de la satisfacción de los(as) usuarios(as) externos(as), en cada uno de los hospitales.
10. Alianza con otras agencias y organismos a fin de realizar acciones de apoyo técnico y financiero al MINSa, a nivel de los territorios.

Desarrollo de la capacitación durante la expansión

La capacitación para los equipos de mejoramiento, en la mayor parte del tiempo, se realizó en coordinación con los responsables de AIMNA del SILAIS, sobre todo lo referido al colaborativo de COE. Dicha capacitación se efectuó mediante las estrategias educativas de asistencia técnica, talleres teórico-prácticos, sesiones de aprendizaje, centros docentes de referencia y concurso “Premio al Conocimiento” (solamente para CPH).

Los facilitadores de los talleres de capacitación fueron los asesores de USAID (QAP/HCI) o de otras agencias de cooperación con la que se estableció alianzas. Por ejemplo OMS/OPS, UNICEF, CARE, JICA, así como los responsables de AIMNA y consultores externos.

Según el informe anual del 2004, en los 5 SILAIS de COE (3 de la fase demostrativa y 2 de la expansión: Estelí y Granada) se capacitaron 138 personas en los siguientes temas: metodología de Ciclos Rápidos de Mejora Continua; tecnologías perinatales; emergencias obstétricas; atención inmediata al recién nacido y mejores prácticas en la atención del parto. Todos estos temas basados en las Mejores Prácticas de la OMS, de las cuales también se derivaron los estándares e indicadores de calidad.

Los SILAIS que todavía no estaban incorporados formalmente en el COE colaborativo también se estaban capacitando. Según el informe anual del 2004: “En los 8 hospitales y 65 centros de salud municipales, atendidos por el Proyecto, el 100% del personal que atiende mujer y recién nacido, fue debidamente capacitado en tecnologías perinatales.” Esto se convirtió en un paso adelantado para su incorporación en la fase de expansión.

Según el informe anual 2004, en el colaborativo CPH, impartieron capacitación mediante la realización de 3 talleres acerca del manejo nutricional del(la) niño(a) desnutrido severo y la realización de 3 cursos para el manejo de la vía aérea (respiración) y atención inmediata al recién nacido.

En el informe anual 2006 – 2007 se detalla que QAP/USAID apoyó directamente la capacitación de 379 personas de hospitales y centros de salud en 8 SILAIS (León, RAAN, Chinandega, Chontales, Nueva Segovia, Boaco, Estelí y Madriz), para orientar a los proveedores sobre las nuevas directrices clínicas y utilización correcta de las listas de chequeo, para medir el cumplimiento de las normas a través de una revisión de expedientes de las usuarias atendidas por complicaciones obstétricas.

En el mismo informe, se menciona que en el colaborativo de CPH se realizaron “Actualizaciones clínicas a 406 personas, en el uso de sales de rehidratación oral, de osmolaridad baja y sulfato de zinc, para administración de casos de diarrea, reanimación neonatal, gestión del (de la) niño(a) gravemente desnutrido, uso de la lógica de antisépticos y desinfectantes, gestión integrada de los(as) niños(as) hospitalizados(as) y lactancia materna.”

Centros docentes de referencia

Otra de las formas de capacitación fue mediante Centros Docentes de Referencia en hospitales, a través de los cuales el personal médico y de enfermería de los servicios de ginecología y pediatría compartieron sus experiencias y conocimientos clínicos basados en evidencias, con los recursos humanos de los centros de salud correspondientes al SILAIS.

Este proceso de actualización y transmisión de conocimientos se realizó de manera planificada, a través de un plan docente previamente estructurado con objetivos clave de aprendizaje, de desempeño y de impacto.

Los temas eran seleccionados de acuerdo con las necesidades del personal de las unidades de salud del primer nivel de atención del SILAIS, tomando como referencia los resultados de la investigación de competencias y habilidades realizada por el MINSA, con apoyo de QAP/USAID, a finales del año 2005, así como las prioridades y retos planteados en el modelo de atención en salud.

Las actividades docentes se desarrollaron como pasantías con actividades teórico-prácticas. Para la selección de hospitales en la categoría de centro docente de referencia se aplicaron criterios previamente definidos.

Para el colaborativo de COE, los centros docentes funcionaron, en su mayoría, en los SILAIS de la fase demostrativa y en 2 SILAIS de la expansión. Los de CPH funcionaron en 2 hospitales, Estelí y Chinandega, quienes capacitaron a personal de salud de sus municipios, a fin de reducir las brechas en conocimientos, habilidades y destrezas encontrados en la investigación de competencias.

Premio al Conocimiento

La estrategia de capacitación “Premio al Conocimiento” tuvo un carácter novedoso y fue aplicada sólo en el colaborativo de CPH. Su objetivo fue facilitar el estudio de la Guía para el Abordaje de las Enfermedades Infecciosas más Comunes de la Infancia y la Desnutrición y, simultáneamente, la puesta en práctica de la misma en el puesto de trabajo.

Se convocaron 10 hospitales, incluyendo a los de ambas fases en los cuales, después de analizar y comprender claramente la estrategia de capacitación, organizaron grupos para realizar el estudio y la aplicación de la Guía, incluyendo a todo el personal que, de una u otra forma debía utilizarla en su

puesto laboral. Por ejemplo, en el Hospital Materno Infantil “Mauricio Abdalah” en Chinandega (fase demostrativa) y en el Hospital “Nuevo Amanecer” en Puerto Cabezas (fase de expansión) distribuyeron los temas entre médicos y enfermeras para que los expusieran durante las sesiones semanales de capacitación establecidas por el hospital.

Así mismo, en los hospitales se apoyó al personal, reforzando el monitoreo al cumplimiento de los estándares e indicadores de calidad, los cuales están relacionados con los procedimientos que orienta la Guía, a fin de que logran mayor asimilación. En general, fueron muchos y muy valiosos los esfuerzos que realizaron en los hospitales, tanto para estudiar y aplicar la Guía como para obtener los primeros lugares, a nivel personal y hospitalario, durante los concursos.

Con intervalos de aproximadamente dos meses, iniciando en diciembre 2004 y concluyendo en junio 2005, fueron realizados los cuatro concursos correspondientes a la primera fase, con el propósito de evaluar el aprendizaje de los II capítulos que contiene la Guía. La segunda fase se realizó en el año 2006.

Estos concursos consistieron en la formulación de preguntas, orales y escritas, cuyas respuestas fueron valoradas por especialistas encargados. Con base en los puntajes que obtuvieron médicos y enfermeros(as), se otorgó premios o reconocimientos individuales a los tres primeros lugares. Igualmente, se premió a los hospitales según la puntuación acumulada por sus representantes.

En las Tablas 6 y 7 se puede observar que la mayoría de los representantes y hospitales premiados pertenecen al grupo de hospitales de la fase de expansión.

Tabla 6: Resultados del cuarto concurso de “Premio al Conocimiento” por participantes, Fases I y II

Fases	Cargos	Primer Lugar	Segundo Lugar	Tercer Lugar
I	Enfermería	Carlin Cordonero (Hospital “Alfonso Moncada” - Nueva Segovia)	Alejandro Borge (Hospital “José Nieborowsky” - Boaco)	Caridad López (Hospital “Juan Brenes” - Madriz)
II		Gertrudis Figueroa (Hospital “Fernando Vélez Paiz” – Managua)	Aura Idalia Lorente (Hospital La Trinidad)	Luisa López (Hospital “Humberto Alvarado – Masaya)
I	Médicos	Mario Calderón (Hospital “Alfonso Moncada” - Nueva Segovia)	Luis Delgado (Hospital “Ernesto Sequeira - Bluefields)	Vanesa Urbina (Hospital “Juan Brenes” - Madriz)
II		Claudia Guadamuz (Hospital “Humberto Alvarado – Masaya)	Erasmus Martínez (Hospital “Fernando Vélez Paiz” – Managua)	María de los Ángeles Rojas (Hospital La Trinidad)

Fuente: Archivos de USAID|HCI

Nota: Las celdas sombreadas corresponden a los hospitales de la fase de expansión

Tabla 7: Resultados del cuarto concurso de “Premio al Conocimiento” por hospitales, Fases I y II

Fases	Primer Lugar	Segundo Lugar	Tercer Lugar
I	Hospital “Alfonso Moncada” Nueva Segovia	Hospital “Juan Brenes” Madriz	Hospital “Ernesto Sequeira” RAAS – Bluefields
II	Hospital “Fernando Vélez Paiz” Managua	Hospital de La Trinidad Estelí	Hospital “Humberto Alvarado” Masaya

Fuente: Archivos de USAID|HCI

Nota: La celda sombreada corresponde al hospital de la fase de expansión

Sesiones de aprendizaje

Esta estrategia fue de vital en el desarrollo de los colaborativos de mejoramiento. La particularidad de la fase de expansión es que, en el caso de COE, se efectuó juntando a los participantes de las dos fases. En CPH esto sólo ocurrió en una sesión.

Generalmente, las agendas de las sesiones de aprendizaje estaban organizadas en dos bloques: uno para la presentación dialogada de resultados por parte de los equipos de mejoramiento y, otro, para el estudio de algún tema clínico o de metodología del MCC para el desarrollo de competencias en los integrantes de los equipos de MCC.

En relación con CPH, en el informe anual que se menciona en la cita, se reseña una sesión de aprendizaje: “En el período de julio 2006 a junio 2007 se realizó la sexta sesión de aprendizaje, con la participación de los equipos de mejoramiento de los hospitales de Nueva Segovia, Matriz, Jinotega, Matagalpa, Juigalpa, Boaco y los dos hospitales de Estelí, en donde los equipos, además de mostrar sus logros, intercambiaron experiencias acerca de las prácticas que les permitieron mejorar procesos.” De los ocho hospitales participantes, cuatro pertenecían al grupo de la fase de expansión, los cuales ya estaban al mismo nivel de los de la fase demostrativa.

En el Hospital “Alfonso Moncada” de Ocotol se expuso lo siguiente:

Como el proyecto estaba a nivel nacional, se hacían intercambios de experiencia y durante éstos se conversaba de cómo estaban haciendo las cosas en los diferentes lugares. Siempre que estaba junto con Estelí y Somoto, se preguntaba ¿cómo están haciendo las cosas? Por ejemplo, nos decían, tenemos problemas en canalizar niños(as) y solicitaban que el personal llegara a realizar pasantías para mejorar sus competencias. Se divulgaban los cambios, principalmente a los municipios, para establecer una buena comunicación y, así, la referencia y contra-referencia fuera mejor. Se compartía en las reuniones de los directores de hospitales.⁷

Factores que favorecieron o dificultaron la expansión

Según las consultas realizadas en los informes anuales del período de expansión, se citan los siguientes factores que favorecieron la expansión:

- 1) **La participación, consciente y oportuna, de los funcionarios del MINSA a nivel de SILAIS: directores municipales, responsables del Programa de AIMNA, equipos de calidad de las unidades de salud y directores de hospitales.** En general, el personal de salud asumió, con decisión y entusiasmo, las actividades en pro de la mejora de la calidad de la atención a las embarazadas, recién nacidos y menores de 5 años, en los dos niveles de atención.

Lo anterior se resume en la siguiente exposición del Hospital de “La Trinidad” de Estelí:

Eso fue un proceso de sensibilizar al personal, porque si no estábamos conscientes de qué era lo que íbamos a hacer y de que estos cambios nos iban a servir, era muy difícil al inicio. Nos reunimos con todos los jefes de área en el hospital, el director y subdirector, jefes de sala y de la ruta crítica, para empezar a organizarnos y sensibilizar a nuestro mismo personal, acerca de cómo teníamos que hacer las cosas. Hubo buena aceptación, la gente dijo sí al cambio y vieron que era positivo y empezamos a capacitarlos; se hicieron talleres, se entregaron los protocolos, pero también participamos en las competencias de hacer un examen que le decíamos “el pollito intelectual” (Premio al Conocimiento) y aquí se reían todos. “Te toca ir a vos y a prepararte con el manual.” Nuestro médico general obtuvo el primer lugar. La gente se sensibilizó y comenzó a estudiar, involucramos a las enfermeras también.

⁷ Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud (USAID|HCI). Consolidado de formulario de entrevistas a informantes clave. Fase Demostrativa de los Colaborativos de Mejoramiento de: Cuidados Pediátricos Hospitalarios, Cuidados Obstétricos Esenciales y VIH-Planificación Familiar en el Ministerio de Salud de Nicaragua. Compartiendo el aprendizaje. Marzo 2010. Managua, Nicaragua.

Empezamos a dar educación continua; diario era un tema, participaban las enfermeras de la ruta crítica, todos los médicos generales, a todo mundo le tocaba dar una clase, era rotativo, no éramos nosotros los que capacitábamos como jefes, sino que cada médico general o enfermera le tocaba un tema. Preparaban su clase entonces eso fue una de las maneras de empezar a sensibilizar, conocer las normas y cómo íbamos a protocolizar las patologías.⁸

- 2) La relación, armoniosa y efectiva, establecida con los funcionarios del primero y segundo nivel de atención del nivel central del MINSAL, quienes asumieron plenamente las estrategias y acciones de los colaborativos de mejoramiento, actuando como facilitadores de los procesos de implementación.**
- 3) El trabajo interagencial, el cual permitió juntar y combinar los esfuerzos, técnicos y financieros, en apoyo a las prioridades del MINSAL en el tema de la salud materna e infantil.** Este grupo interagencial estaba compuesto por CARE, UNICEF, OPS, FONMAT – PMSS, Cooperación Japonesa y GTZ (Cooperación Alemana).

Por ejemplo, QAP/USAID y el Proyecto PROSILAIS (UNICEF-OPS/OMS) financiaron la reproducción de las Tecnologías Perinatales del CLAP/OPS (Gestograma, cinta obstétrica, cinta del recién nacido, tabla peso materno para la talla según edad gestacional, historia clínica perinatal y partograma con curva de alerta). UNICEF reprodujo Tecnologías Perinatales para todo el territorio nacional. El plan de requerimientos y de distribución de las mismas fue elaborado en conjunto con QAP/USAID.

Así mismo, se realizaron esfuerzos conjuntos entre OPS/OMS, UNICEF, QAP/USAID, CARE y la Red Nicasalud, para el diseño de la Metodología en la Aplicación del Enfoque Intercultural en la Prestación de Servicios de Salud, a fin de incrementar la demanda de la atención del parto institucional, con el propósito de lograr que las unidades de salud, del primero y segundo nivel de atención, sean más asequibles para la población, considerando a ésta como parte integral de la implementación de los Sistemas Integrados de Cuidados Obstétricos Esenciales.

En el caso del colaborativo de CPH, las agencias USAID y UNICEF lo impulsaron de forma coordinada, desarrollaron los aspectos técnicos y cofinanciaron todas las actividades, incluyendo las que corresponden a la Iniciativa de las Unidades Amigas de la Mujer y la Niñez, promovida por UNICEF.

En el Hospital “Oscar Danilo Rosales A.” de León, cuatro médicos del Servicio de Gineco-obstetricia, incluyendo al jefe, expresaron que los factores que facilitaron la implementación de los cambios fueron los siguientes:⁹

- Asistencia técnica de QAP/USAID.
- Confianza en las personas que brindan asesoría.
- Deseo de ser una unidad de prestigio.
- Voluntad y compromiso del personal.
- Convencimiento, en la marcha, del personal involucrado.
- Apoyo de la dirección para implementar los cambios e incorporarlos en la rutina de trabajo.
- Bajo costo de las mejoras.
- Información que se tenía sobre las mejores prácticas.

⁸ Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud (USAID|HCI). Consolidado de formulario de entrevistas a informantes clave. Fase Demostrativa de los Colaborativos de Mejoramiento de: Cuidados Pediátricos Hospitalarios, Cuidados Obstétricos Esenciales y VIH-Planificación Familiar en el Ministerio de Salud de Nicaragua. Compartiendo el aprendizaje. Marzo 2010. Managua, Nicaragua.

⁹ Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud (USAID|HCI). Consolidado de formulario de entrevistas a informantes clave. Fase Demostrativa de los Colaborativos de Mejoramiento de: Cuidados Pediátricos Hospitalarios, Cuidados Obstétricos Esenciales y VIH-Planificación Familiar en el Ministerio de Salud de Nicaragua. Compartiendo el aprendizaje. Marzo 2010. Managua, Nicaragua.

- Cambios basados en evidencias.
- Buena relación entre el nivel primario y el segundo nivel.
- Buena referencia y contra-referencia, mediante la buena comunicación entre los centros de salud y el hospital.

En el Hospital “Alfonso Moncada” de Ocotol, los miembros del equipo de mejoramiento enumeraron los factores facilitadores siguientes:¹⁰

- Permanencia de los jefes de unidad.
- Trabajo en equipo.
- Humildad para involucrar a otros profesionales.
- Buena relación con el personal.
- Mayor vigilancia sobre el trabajo que se está realizando.
- Buena comunicación entre el personal del servicio.
- Análisis mensual de la información registrada por cada miembro del equipo de mejoramiento.
- Personal de cada turno empoderado para que haya trabajo continuado.
- Reconocimiento de la importancia del trabajo de cada persona.
- Apoyo de la dirección, dando respuesta rápida a las demandas de los subcomités.
- Autonomía del jefe del servicio y el respeto de la dirección, sin imponer y tratando de convencer cuando el jefe, de servicio no está en lo correcto.
- Espíritu de cooperación mostrado por el personal.

En el Hospital de “La Trinidad” de Estelí, los miembros del equipo de mejoramiento mencionaron los siguientes factores facilitadores:¹¹

- Guía AIEPI.
- Manuales de protocolo para todo el personal.
- Afiches y otros ilustrativos de manejos rápidos.
- Supervisión constante del personal.
- Sensibilización al personal administrativo. Porque si el director o los jefes no se involucran, es muy difícil el trabajo. porque no creen o creen que son locuritas.
- Mantener al personal de la ruta crítica.

En relación con los factores que dificultaron la expansión, en general los entrevistados de estos tres hospitales mencionaron los siguientes:

- Manifestaciones naturales de resistencia al cambio por parte de algunas personas de las unidades de salud.
- Escasez de recursos humanos en las unidades de salud.
- Ausencia de política de estímulos para el personal de las unidades de salud.
- Baja remuneración para el personal de salud, por el trabajo desempeñado.
- Considerar el llenado de papelería como mayor burocracia.
- Desmotivación cuando no se alcanzan buenos resultados del MCC.

Acercas de la resistencia al cambio, en el Hospital de “La Trinidad” de Estelí, explicaron lo sucedido en el siguiente relato:

¹⁰ Ibídem

¹¹ Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud (USAID|HCI). Consolidado de formulario de entrevistas a informantes clave. Fase Demostrativa de los Colaborativos de Mejoramiento de: Cuidados Pediátricos Hospitalarios, Cuidados Obstétricos Esenciales y VIH-Planificación Familiar en el Ministerio de Salud de Nicaragua. Compartiendo el aprendizaje. Marzo 2010. Managua, Nicaragua.

Desde el inicio, los médicos dijeron eso no se va a poder. Cuando comenzamos con el triage, decían “no tenemos capacidad, no tenemos un médico que esté clasificando, la enfermera no puede hacer eso, la gente nos va a tratar, la gente no entiende de eso”. Esto es un proceso y todo mundo va a entender eso, hemos iniciado, hemos ido viendo que eso es difícil al inicio y que nos cuesta, que el primer día es un solo desorden y a medida que va pasando el tiempo ya no; ahora vemos en la emergencia que ya la gente lee, sabe que hay un rótulo, qué cosa es el triage, qué está haciendo la enfermera.¹²

B. Resultados intermedios de la fase de expansión

1. Entorno propicio para el MCC

Según las entrevistas a los asesores de USAID (QAP/HCI), el 100% de los cambios propuestos en el paquete inicial fueron implementados por el 100% de los equipos que se formaron. Así mismo, estos equipos también crearon sus propios cambios, en la medida en que iban encontrando otras brechas en el cumplimiento de los indicadores de calidad. En algunos casos los cambios se implementaban a lo inmediato; en otros casos, las soluciones eran encontradas a través de ciclos rápidos de mejora.

En el Hospital “Oscar Danilo Rosales A.” de León, los miembros del equipo de mejoramiento relataron lo siguiente:

Todos los cambios conocidos a través de la Asesoría de QAP/USAID y de las sesiones de aprendizaje fueron implementados. Se aceptaba el cambio porque con ello se superarían fallas que eran objetivas. Se tomaba en cuenta que algunos cambios ya estaban normados por el MINSA y, sin aplicar los cambios, cuando llegaran a supervisar no se iba a obtener buena calificación. Pero sucedió que cuando llegaron a supervisar los del MINSA central, ya se estaban cumpliendo.”¹³

En el SILAIS Masaya, los miembros del equipo describieron la siguiente dinámica del MCC:

Tenemos un equipo de dirección donde los resultados de las evaluaciones mensuales se presentan y se discuten. El equipo trabaja en la evaluación de las muertes maternas y perinatales; a medida que evaluamos mensual y por evento, vamos discerniendo qué estrategia y qué norma vamos a utilizar para mejorar los problemas que encontramos. También en los encuentros con los médicos directamente involucrados con la atención del binomio (madre-hijo); de ahí salen estrategias y eso nos ha funcionado más porque se autoevalúan, proponen y se comprometen a cumplir. Hemos visto que eso ha tenido mejor aceptación.¹⁴

Así mismo, expresaron su valoración acerca de la diferencia de tiempo para implementar un cambio traído de otro equipo y uno que se genera a lo interno de la unidad de salud. En la Tabla 8 se resumen estas valoraciones.

2. Entorno propicio para la atención materno-infantil

El personal de salud asumió las actividades promovidas para mejorar la calidad, debido a que se les brindó asesoría técnica, en forma de acompañamiento, a los equipos de mejoramiento en centros de salud y hospitales, realizada en conjunto, por los asesores de USAID (QAP/HCI) con responsables de AIMNA de los SILAIS, logrando también que a nivel de las sedes de los SILAIS se apropiaran de dichas actividades.

¹² *Ibídem*

¹³ Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud (USAID|HCI). Consolidado de formulario de entrevistas a informantes clave. Fase Demostrativa de los Colaborativos de Mejoramiento de: Cuidados Pediátricos Hospitalarios, Cuidados Obstétricos Esenciales y VIH-Planificación Familiar en el Ministerio de Salud de Nicaragua. Compartiendo el aprendizaje. Marzo 2010. Managua, Nicaragua.

¹⁴ *Ibídem*

Tabla 8: Valoración sobre la diferencia de tiempo para implementar un cambio traído de otro equipo y uno que se genera a lo interno

1.	Hospital “Oscar Danilo Rosales A.” - León	“Se cree que los cambios generados a lo interno son más rápidos de implementar, porque surgen del propio grupo.”
2.	Hospital “Alfonso Moncada” – Ocotal	Hubo dos respuestas diferentes: “Sí. Se implementa más rápido el cambio que surge en el equipo. Los cambios tomados de otros equipos llevan más tiempo porque el personal es como Santo Tomás: “hasta no ver no creer”. Cuestionan hasta la infraestructura para rechazar el cambio, pero con abnegación y con mucha entrega se logra convencer.” “No hay diferencia de tiempo.”
3.	Hospital “La Trinidad” - Estelí	“Con los ciclos de mejora han sido más rápidos los que se traen de otros equipos. Nos ha permitido estar más organizados. Hacer las cosas más rápidas. Aprendimos de cómo se aplicaron en otros hospitales. Cada quien da una idea. Lo que permite ir haciendo mejoras. Ya se tienen los protocolos y normas, pero como hay cosas pequeñas que se olvidan, para eso nos han servido los ciclos rápidos de mejora. Ya no vamos a estar capacitando a la persona, solamente es hacer los ciclos rápidos para detectar dónde están los problemas y mejorar ahí.”
4.	Centro de Salud de Nueva Guinea - Chontales	“Eso depende de cómo el director lo expone porque, aunque sea de otra unidad, si nosotros estamos plenamente convencidos de que va a funcionar y se lo que transmitimos al resto de equipo que trabaja, no como una mera imposición, porque eso es lo que a veces parece, entonces la aceptación varía. En eso hemos sido sumamente cuidadosos, presentamos evidencias de lo funcional que ha sido y tal vez por eso no hemos tenido tantos problemas.”
5.	SILAIS - Masaya	“Es más rápido el que se genera a nivel del equipo, ya que la mayoría conoce bien su situación, conoce sus principales debilidades. Cuando retomaron alguna experiencia de otro municipio, ahí es más difícil porque, tal vez, las condiciones, la situación misma de salud variaba entre uno y otro municipio.”

Fuente: Consolidado de formulario de entrevistas a informantes clave. Marzo 2010. USAID|HCI.

En relación con la buena disposición para el cambio, en el personal de las unidades de salud, todo dependía de las razones que identificaban para implementar los cambios. A continuación se ofrecen varios ejemplos.

En el Hospital “Oscar Danilo Rosales A.” de León ocurrió lo siguiente:

Se pensó que el HEODRA es un hospital escuela y los egresados deben salir bien preparados. Se sintió curiosidad de conocer lo nuevo que podría implementar el hospital. Desde los primeros contactos con QAPI/USAID descubrimos que no estábamos haciendo las cosas bien y que otras unidades ya estaban implementando los cambios.¹⁵

En el Hospital “Alfonso Moncada” de Ocotal, expresaron lo siguiente:

¹⁵ Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud (USAID|HCI). Consolidado de formulario de entrevistas a informantes clave. Fase Demostrativa de los Colaborativos de Mejoramiento de: Cuidados Pediátricos Hospitalarios, Cuidados Obstétricos Esenciales y VIH-Planificación Familiar en el Ministerio de Salud de Nicaragua. Compartiendo el aprendizaje. Marzo 2010. Managua, Nicaragua.

Los(as) niños(as) venían casi muriendo por la deficiencia en el traslado, descanalizados, deshidratados, sin acciones inmediatas para estabilizarlo. La mortalidad iba creciendo y los(as) niños(as) pasaban más tiempo hospitalizados(as). Tomamos la ayuda técnica, la valoramos y la asumimos. Nadie nos decía nada y nosotros trasladábamos a los(as) niños(as) a Managua en malas condiciones.

En el Hospital de “La Trinidad” de Estelí, igualmente señalaron lo siguiente:

Una de las cosas importantes era unificar criterios para el manejo en los(as) niños(as), porque sabíamos que a veces había mortalidad y mayor morbilidad porque no había el conocimiento necesario; estaba involucrada mucha gente que a lo mejor no toda estaba capacitada y, de momento, teníamos mayor mortalidad y asfixia en los(as) niños(as). Vino a contribuir porque vimos que había protocolos ya establecidos, lo que iba a hacer que todo mundo atendiera bien al paciente. Había datos que demostraban que con esos protocolos y esas acciones se había disminuido la mortalidad en el caso de los(as) niños(as); eran cosas positivas de echarlas a andar, para que también nosotros disminuyéramos nuestro indicador.

En el hospital de Estelí (fase demostrativa) ya habían comenzado, ya tenían algunos logros alcanzados. Al inicio era muy difícil, teníamos los indicadores en cero, no cumplíamos porque algo faltaba. Estelí había hecho una hojita, para tenerla a mano, sobre qué era lo que se evaluaba de las gráficas. Tener los afiches, tener los manuales de protocolo con el médico, cosas ilustrativas en la pared donde pudiera el médico ver, estar pendiente y revisar; entonces sí vimos que funcionaron en esos hospitales y entonces las implementamos también.

3. Apoyo institucional

El apoyo institucional que se produjo durante la fase de expansión era descrito brevemente en los informes anuales QAP/USAID, en los cuales se destaca la estrecha coordinación y comunicación con las instancias centrales y locales del MINSA.

En ellos se expresa que el enfoque de calidad se ha institucionalizado a través del fortalecimiento de las capacidades locales de los responsables de AIMNA de los SILAIS, quienes acompañaron a los asesores de USAID (QAP/HCI) en las visitas de campo que se realizaron a unidades de salud municipales y hospitales. En el caso de CPH se destacó que, como resultado de las actividades de los colaborativos, el equipo de AIMNA desarrolló una mejor comunicación y coordinación con los equipos del área de pediatría de los hospitales y, además, se fortaleció la referencia y contra-referencia en el caso de la atención a los(as) niños(as) hospitalizados(as) menores de cinco años.

En el SILAIS Masaya ocurría lo siguiente:

Primero a nivel del centro de salud y, luego en algún momento, se hacían reuniones con todos los municipios. Es decir, con todo el SILAIS. Me parece que también hubo encuentros interdepartamentales, pero era más el SILAIS el que estaba involucrado. Sabía que otros departamentos también lo estaban haciendo.¹⁶

El involucramiento de las autoridades de salud fue tan fuerte que cuando se produjo el cambio de autoridades nacionales en el MINSA, a finales de 2006, así como de directores de SILAIS y autoridades de las unidades de salud, hubo interrupción en la medición de la calidad, la supervisión de las actividades de atención materna y neonatal, y el trabajo de los equipos de mejoramiento. Sin embargo, en siete hospitales y SILAIS que no interrumpieron el MCC, mostraron un alto nivel de rendimiento, en el cumplimiento de los indicadores, en forma continua. Luego se volvió a retomar la dinámica del MCC, ya

¹⁶ Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud (USAID|HCI). Consolidado de formulario de entrevistas a informantes clave. Fase Demostrativa de los Colaborativos de Mejoramiento de: Cuidados Pediátricos Hospitalarios, Cuidados Obstétricos Esenciales y VIH-Planificación Familiar en el Ministerio de Salud de Nicaragua. Compartiendo el aprendizaje. Marzo 2010. Managua, Nicaragua.

que institucionalmente está regulado que los SILAIS deben reportar sus resultados de productividad y cumplimiento de indicadores, según la normativa oficial vigente del MINSA.

En el estudio sobre sostenibilidad e institucionalización del MCC en el MINSA (2011), 38 personas de las 39 entrevistadas, médicos y enfermeras, quienes funcionan como coordinadores del MCC, 119 ubicados en los centros de salud y 20 en los hospitales participantes del estudio, también expresaron su percepción sobre la institucionalización del apoyo al MCC por parte de las autoridades MINSA, así como acerca de liderazgo, supervisión, responsabilidad y monitoreo, que se resumen en las Figuras 3 y 4, donde solamente se han incluido los SILAIS de la fase de expansión.

Figura 3: Percepción de los coordinadores del MCC, sobre el apoyo de las autoridades para el MCC – Nueva Segovia, León y Chontales

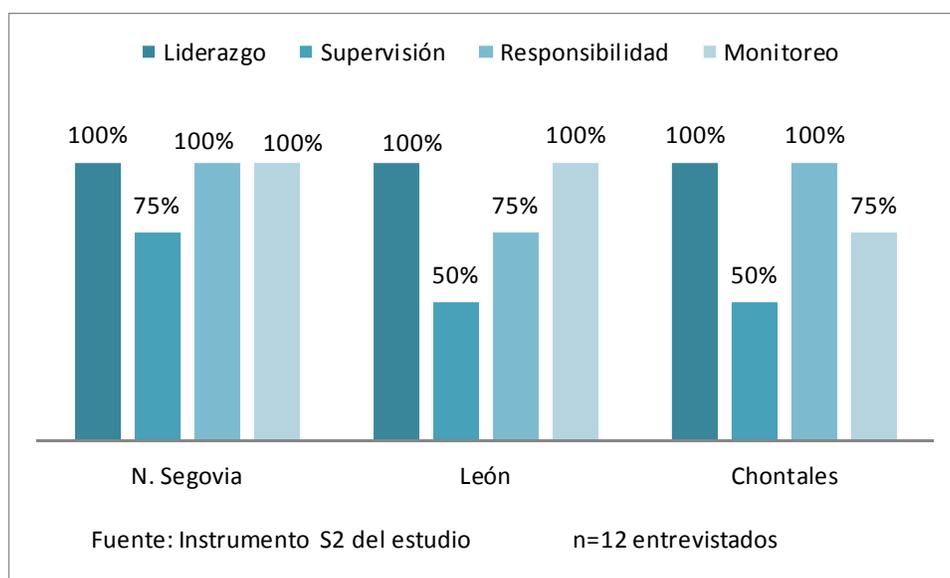
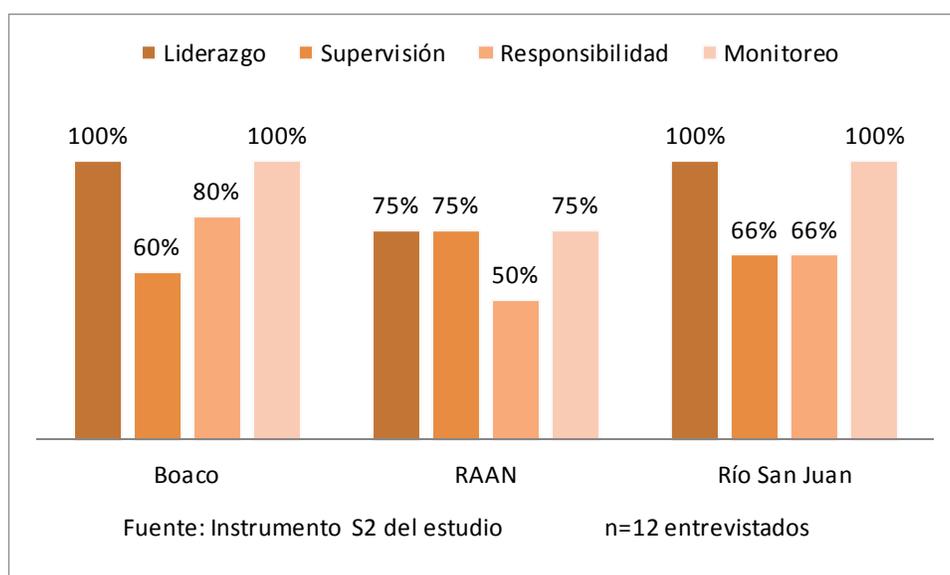


Figura 4: Percepción de los coordinadores del MCC, sobre el apoyo de las autoridades para el MCC – Boaco, RAAN y Río San Juan



C. Resultados de impacto de la fase de expansión

1. Expansión geográfica

En la Tabla 9 se presentan los datos referidos al número de equipos de mejoramiento que, al concluir el 2007, funcionaban en las unidades de salud.

Tabla 9: Cobertura de la fase de expansión (2004 – 2007) de CPH y COE

	<u>SILAIS</u>	<u>Equipos de mejoramiento en hospitales</u>	<u>Equipos de mejoramiento en centros de salud</u>
CPH	16 SILAIS	17	30
COE	16 SILAIS	14	110

Fuente: Informes Anuales de QAP/USAID (2004, 2005 – 2006 y 2006 - 2007)

2. Implementación del MCC

Una muestra de implementación del MCC es la que expresaron en el Centro de Salud de Nueva Guinea, en el SILAIS de Chontales.

Hemos venido aprendiendo. Al principio trabajamos con el partograma, que ha sido lo más difícil de mejorar. Nos sentíamos frustrados. Inventamos formas, pero no documentadas. Después de que conocimos la metodología de ciclos rápidos hemos implementado tres y nos han sido efectivos. Primero conocemos el problema y luego traemos a la persona que está trabajando en las clínicas de atención, se lo damos a conocer y, con ellos, creamos las estrategias. Ha sido por consenso, por lluvia de ideas.¹⁷

Al finalizar el 2007, período en que concluyeron los colaborativos, la dinámica del MCC se había establecido en las unidades de salud. Así mismo, en los años siguientes (2008 – 2010) se comprobó que continúa, ya que en el estudio sobre sostenibilidad e institucionalización del MCC en el MINSA, concluido en el 2011, sobre la base de una muestra de tres unidades de salud por SILAIS, se investigó sobre la práctica del MCC en el año 2010. En la Figura 5 se presentan los resultados de siete SILAIS de los que estuvieron en la fase de expansión de CPH, de COE o de ambos.

Otra evidencia de la sostenibilidad del MCC, en los mismos SILAIS mencionados en la Figura 5, es que continúan realizando las reuniones para implementar mejoras y un porcentaje alto de personas se mantienen en los equipos de mejoramiento. En la Figura 6 se muestran los datos recopilados en el estudio sobre sostenibilidad e institucionalización del MCC en el MINSA.

Según el estudio sobre sostenibilidad de las mejoras en la atención materno-infantil e institucionalización del MCC en el MINSA (2011), en general, la mayoría del personal de nuevo ingreso en las unidades de salud, participantes en el estudio, son médicos y enfermeras en servicio social. Por ello, organizan talleres de capacitación o un plan docente especial para entrenarlos y orientarlos acerca de los procesos de atención, estándares e indicadores de calidad y actividades de MCC, así como de las competencias clínicas que deben practicar. Igualmente, les asignan tutores para que les den asistencia técnica y seguimiento durante el período inicial, cuando realizan pasantías por las diversas áreas. Así mismo, recomiendan que las instituciones formadoras preparen a los estudiantes acerca de procedimientos clínicos, protocolos, normas, estándares e indicadores del Sistema de Salud del país.

¹⁷ Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud (USAID|HCI). Consolidado de formulario de entrevistas a informantes clave. Fase Demostrativa de los Colaborativos de Mejoramiento de: Cuidados Pediátricos Hospitalarios, Cuidados Obstétricos Esenciales y VIH-Planificación Familiar en el Ministerio de Salud de Nicaragua. Compartiendo el aprendizaje. Marzo 2010. Managua, Nicaragua.

Figura 5: Número de unidades de salud que cumplen con más de 80% de las actividades del MCC y con la frecuencia requerida – Expansión del MCC a otras áreas

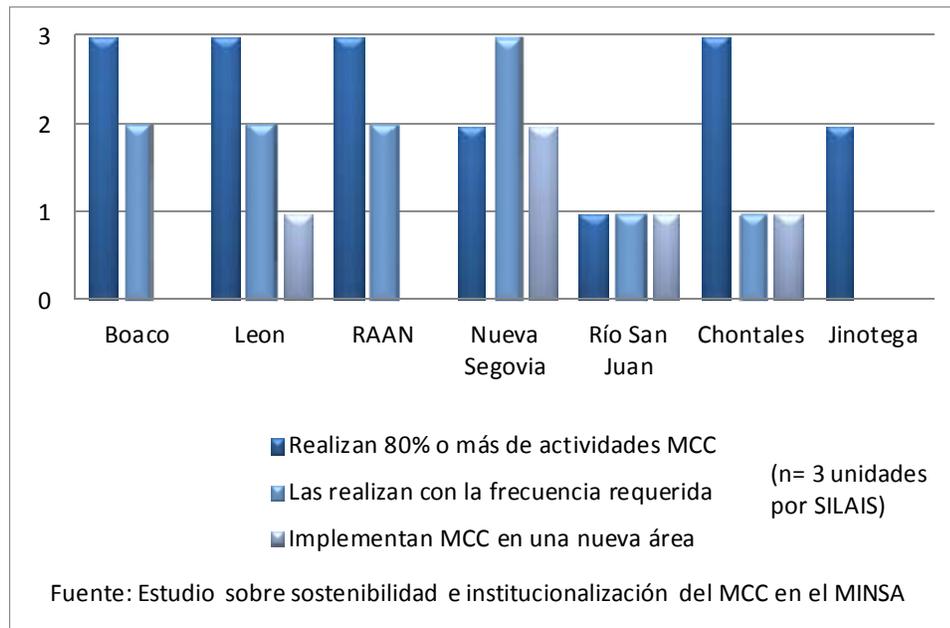
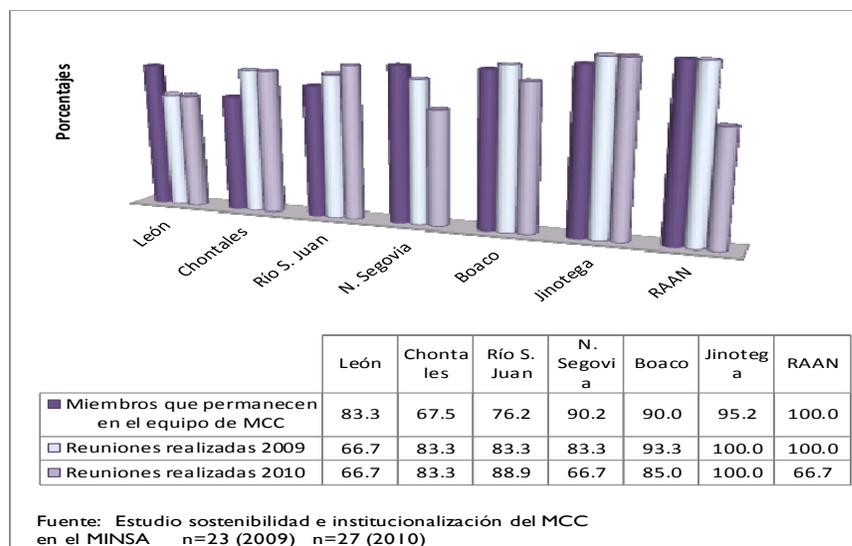


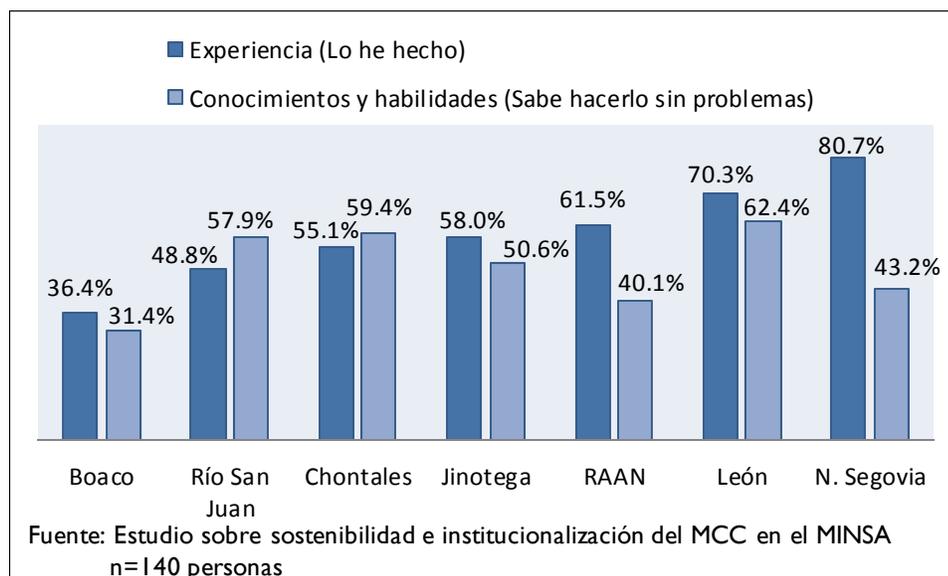
Figura 6: Retención de miembros en los equipos de MCC y cumplimiento de reuniones planificadas



Todo personal nuevo, sea por servicio social o proveniente de otras unidades de salud, es integrado de inmediato a las sesiones de educación continua y talleres de capacitación, así como a las actividades de MCC.

La situación en cuanto a conocimientos y experiencias en MCC se refleja en la Figura 7, tomada del mismo estudio mencionado en este inciso.

Figura 7: Nivel de experiencia y conocimientos acerca de las actividades del MCC por SILAIS



3. Implementación de las mejores prácticas de atención materno-infantil

A continuación, en la Tabla 10, se resume el testimonio sobre la implementación de las mejores prácticas en la atención materno-infantil.

En el informe anual 2004 de QAP/USAID se enumeran los siguientes resultados en cuanto a la implementación de las mejores prácticas.

Colaborativo COE

El manejo de las emergencias por causas obstétricas, conforme a los protocolos establecidos, se había vigilado en los SILAIS de la fase de expansión a través de la medición de los indicadores de procesos de atención. Con ello se logró que, en el 2004, en todas las unidades de salud de estos SILAIS, se haya alcanzado el umbral del 80% propuesto.

El 100% del personal que atiende mujer y recién nacido fue debidamente capacitado en tecnologías perinatales, razón por la cual ha mejorado el uso de los instrumentos destinados para la atención a la embarazada y la implementación de ciclos rápidos del MCC cuando se detectan fallas en el proceso.

Con el esfuerzo de los equipos de calidad, la frecuencia de aplicación de la dexametasona alcanzó el porcentaje más alto de 97.8%, en agosto del 2004, reduciendo de forma significativa el riesgo de muerte perinatal por esta causa. Este dato incluye los SILAIS de la fase demostrativa y de la expansión correspondiente al 2004.

Durante la expansión la vigilancia de la mujer, durante el parto y el puerperio, mejoró notoriamente, en todas las unidades de salud de los SILAIS que realizan actividades de mejora de calidad. Para vigilar el trabajo de parto se utiliza el partograma con curva de alerta y, aunque no todas, las unidades de salud han logrado alcanzar el umbral de 80% de cumplimiento de este indicador. La tendencia indica un claro ascenso, en el 100% de los establecimientos de salud.

En la Tabla 11 se muestra el comportamiento de indicadores de calidad de COE, durante el período 2003 – 2005, incluyendo participantes de las dos fases.

Tabla 10: Valoración sobre la implementación de las mejores prácticas en la rutina de trabajo

1.	Hospital "Oscar Danilo Rosales A." - León	"Todos los cambios están integrados a la rutina de trabajo. Para lograrlo se orientan como disposiciones gerenciales que son de estricto cumplimiento. Se da seguimiento y se supervisa el cumplimiento. Se relacionan estos cambios con las normas de estricto cumplimiento. Existe voluntad política para implementar los cambios. El director del hospital monitorea los expedientes, ya que siempre se involucran en las actividades."
2.	Hospital "Alfonso Moncada" – Ocotal	"Se cumple con lo que establece la Guía de CPH y ésta también se ha ido mejorando. Hemos agregado cosas nuevas. Ahora nuestros traslados son en mejores condiciones. Durante el trayecto buscamos otras unidades de salud que están en el camino como Condega o Darío, en casos en que el(la) niño(a) se descanaliza. Hay pediatras las 24 horas del día. Los miércoles hacemos educación continua y los temas se corresponden con las necesidades de formar recursos nuevos."
3.	Hospital "La Trinidad" - Estelí	"El estar monitoreando diario los expedientes ha permitido que se pueda hacer. El jefe de turno revisa que el ingreso quedó bien hecho, ya cuando llega a la sala todos lo revisan. Somos un hospital pequeño tenemos menos personal. Los médicos en general tienen buenas actitudes. Vieron que todo se podía hacer en el mismo tiempo, pero organizándonos, porque al inicio todo era un desorden."
4.	Centro de Salud de Nueva Guinea - Chontales	"Sí, se sigue cumpliendo porque con esa modalidad que hemos adoptado para decidir las actividades de los ciclos rápidos para mejorar, han servido para sensibilizar al personal y, a veces, no les dábamos ciertos recursos y que ahora los estamos garantizando. Pero, más que todo ha sido la sensibilización, que la gente sepa que hacerlo bien va a repercutir en la madre y el(la) niño(a)."
5.	SILAIS - Masaya	"En la mayoría de los casos sí. Hubo un tiempo en que nos mantuvimos con buenos estándares. Ayudó la supervisión directa a los municipios, ya que antes eran esporádicas, formamos equipos de supervisión, teníamos más chance de ver cómo estaban trabajando y las dificultades que en ese momento estaban presentando. Nos ayudó bastante el equipo del SILAIS, conversaba con el equipo del municipio y éstos exponían sus inquietudes y sugerencias, esto nos ayudó a implementar los cambios."

Fuente: Consolidado de respuestas al formulario de entrevistas a informantes clave. Marzo 2010. USAID|HCI.

Tabla 11: Desempeño promedio de indicadores de procesos clínicos de COE (expresado en porcentajes) (n=14 SILAIS del total de 17 en el país)

Indicador (%)	2003	2004	2005
El partograma es la herramienta para la vigilancia del trabajo de parto	40.2%	76.9%	87.3%
El uso de la oxitocina en el manejo activo del tercer período del parto es una rutina.	69.1%	98.6%	100%
Mejorada la vigilancia durante el puerperio inmediato	44.4%	75%	85%
Mejorada la identificación y manejo de las complicaciones obstétricas	56	82	87

Fuente: Informe Anual de QAP/USAID (2005 – 2006)

Finalizado el colaborativo COE en 2007, USAID|HCI apoyó en la capacitación del personal de salud de los SILAIS. Apoyaron las pasantías en emergencias obstétricas en los hospitales de los SILAIS: León (2),

Bluefields (2), Estelí (2), Boaco (1) y Jinotega (1). Diez médicos y enfermeras de salud fueron entrenados en cada pasantía. Se impartió capacitación en tecnologías perinatales y actualización de personal en el manejo y tratamiento de las principales emergencias obstétricas, mediante el aprendizaje basado en problemas. Un total de 387 trabajadores de salud, incluyendo médicos y enfermeras, fueron actualizados en talleres intensivos sobre los protocolos de tratamiento de las complicaciones obstétricas: SILAIS RAAN (45 participantes), Matagalpa (164 participantes), Chontales (38 participantes) y Río San Juan (60 participantes).

Apoyaron, también, la actualización de normas e indicadores de calidad, a finales del año 2007 y principios de 2008. Casi todo el proceso se llevó a cabo con el personal técnico del MINSA. Este manual también incluye planificación familiar, VIH/SIDA, la atención de pediatría y la prevención de la infección.

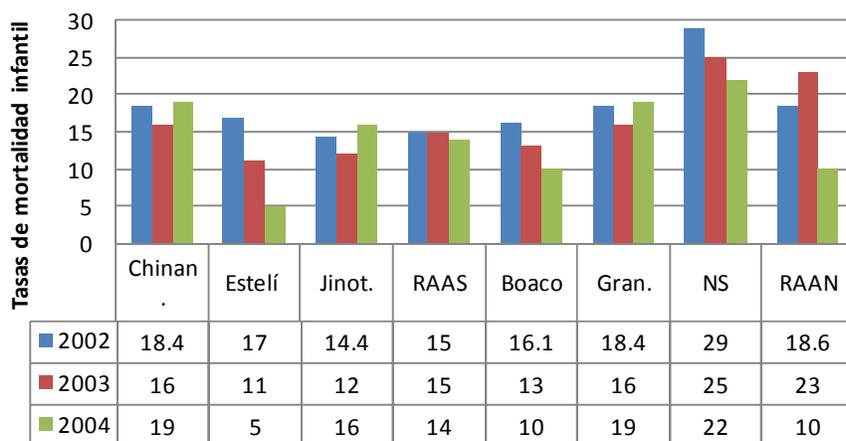
Colaborativo CPH

Uno de los resultados más importantes del colaborativo de CPH era la estandarización del abordaje de las enfermedades infecciosas más comunes de la infancia y la desnutrición, en los hospitales de la fase demostrativa y de la expansión. Aunque en los hospitales incorporados en el año 2004 todavía estaban tratando de realizar, en forma sistemática, la medición de sus procesos de atención, ya habían efectuado algunas mejoras, tales como la estandarización de los manejos clínicos de las enfermedades más comunes de la infancia.

Al finalizar el mes de septiembre del 2004, de los 11 SILAIS que estaban participando en el colaborativo de CPH, ocho reportaban (entre éstos cuatro (100%) de la fase de expansión), a la sede del MINSA sus datos sobre las tasas de mortalidad infantil y perinatal. Según estos datos, en cinco de esos ocho SILAIS se había logrado disminuir las tasas de mortalidad infantil. De éstos corresponden tres SILAIS a la fase de expansión (Boaco, Nueva Segovia y RAAN).

En la Figura 8 se presentan datos de mejoramiento de cuatro SILAIS de la expansión: Nueva Segovia, Granada, Boaco y RAAN, junto con cuatro de seis SILAIS de la fase demostrativa.

Figura 8: Disminución de las tasas de mortalidad infantil en ocho hospitales



Fuente: Informe Anual QAP/USAID 2004

Según el informe anual 2006 – 2007, las tasas de mortalidad en los hospitales que participaban en el colaborativo mostraron resultados muy variables. Las interrupciones en la mejora de la calidad y en la supervisión de las actividades en el año 2006 se plantean como posibles causas de esa variación en los resultados.

La fase de expansión de los colaborativos de COE y CPH finalizó en el año 2007; sin embargo, en el año 2008 se continuó con el MCC en los SILAIS. Según el informe anual 2008, USAID|HCI acompañó al MINSA en la actualización de los estándares de calidad pediátricos, en el diseño de un instrumento único de monitoreo de las actividades de procesos enfocadas a la embarazada, recién nacido y el menor de cinco años. Además, en las visitas de planificación y monitoreo del plan de contención de la mortalidad neonatal en los SILAIS de Matagalpa, Jinotega, RAAN, RAAS, Boaco, Chontales, Estelí, Chinandega, así como en la actualización de la Guía de AIEPI.

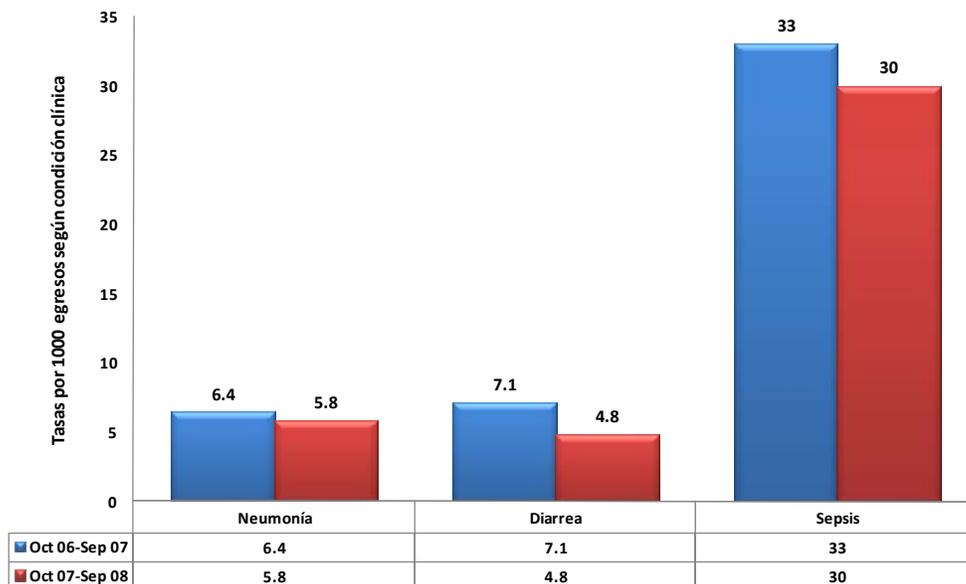
En el 2008 comenzaron las actividades de MCC en tres hospitales del SILAIS Carazo y en 54 unidades de salud del primer nivel de atención de los SILAIS de Estelí, Matagalpa, Boaco, Chontales, Rivas, RAAN, Nueva Segovia, Jinotega y Río San Juan. Así mismo, comenzaron a funcionar dos nuevos Centros Docentes de Referencia Pediátricos, uno en el hospital de Masaya y otro en el de Boaco.

En Chinandega, Chontales, Matagalpa, Nueva Segovia y Jinotega realizaron sesiones de aprendizaje colaborativo intraSILAIS. Se efectuaron talleres sobre evaluación y tratamiento de emergencia (Triage) con la participación de 87 personas, entre médicos y enfermeras de los servicios de emergencia de los hospitales de Juigalpa, Bluefields, Madriz, Nueva Segovia, Estelí, La Trinidad y de los municipios de Jalapa, Quilalí, San Fernando y El Júcaro, del SILAIS de Nueva Segovia.

Se reforzó en este período la discusión conjunta de los casos de asfixia entre obstetras y pediatras en los hospitales de Granada, Masaya, Carazo, Jinotega, Chinandega, Bluefields, RAAN, Juigalpa, Nueva Segovia, Boaco, Madriz, Estelí, Granada y Rivas. En la Figura 9 se muestra que estos hospitales lograron una reducción en las tasas de letalidad por sepsis, neumonía y diarrea.

Figura 9: Reducción de la tasa de letalidad por neumonía, diarrea y sepsis

Los cambios implementados por los equipos permitió la reducción de las tasas de letalidad por neumonía y diarrea en el menor de 5 años y de la sepsis en el recién nacido. Datos consolidados de 13 hospitales. Período Oct 06-Sept 07/Oct 07-Sept 08



Fuente: Departamento de Estadísticas de cada hospital-MINSA

Hospitales: RAAN, RAAS, Madriz, Nueva Segovia, Chinandega, Juigalpa Boaco, Matagalpa, Jinotega, Masaya, Estelí, La Trinidad, Granada

4. Impacto en cuanto a tiempo en la fase de expansión

En relación con el tiempo promedio que le tomó al equipo de MCC para implementar un cambio del paquete traído de la fase demostrativa, a continuación en la Tabla 12, se presentan las valoraciones de algunos hospitales.

Tabla 12: Valoración sobre el tiempo para implementar un cambio

1.	Hospital "Oscar Danilo Rosales A." - León	"Generalmente en 6 meses ya el cambio está establecido en la rutina de trabajo."
2.	Hospital "Alfonso Moncada" – Ocotal	La valoración de las dos personas entrevistadas fue entre dos y tres meses. "Hasta dos meses. Porque hasta que no ven los resultados, no están convencidos, pero después se entusiasman y queda establecido." "Un trimestre, porque el equipo estaba bien capacitado en gerencia y liderazgo."
3.	Hospital "La Trinidad" - Estelí	"Cómo en un año se logró mejorar todos los indicadores. Me parecía que nunca íbamos a llegar al 100%. Sobre todo cuando venía personal nuevo, ellos no sabían cómo se hacía y nos bajaban los indicadores. Fue como un año entrar en todo el proceso. Fue un año de capacitar en los protocolos. Era ir, poco a poco, introduciendo los cambios. Después hubo cambio en los indicadores. Volver a bajar y entrenar. Pero ya se han mantenido. Debido a que nos han enseñado a hacer algunos ciclos rápidos de mejora, esto ha permitido que sea como más rápido. Son los ciclos pequeñitos de 15 días para estar incidiendo, para poder mejorar. El siguiente mes que se evalúa ya hay resultados positivos. Eso ha permitido que de otra manera podamos mejorar otras cosas. De momento queremos mejorar todo de una sola vez, pero es como difícil ponernos un montón de objetivos, es más difícil que todo mundo quiera. Entonces, ha sido como más fácil con un ciclo de mejora pequeñito, dirigido a una patología, a una sola actividad, entonces mejoramos esto; claro tenemos que continuar siempre mejorando y viendo."
4.	Centro de Salud de Nueva Guinea - Chontales	"Entre 15 días y un mes."
5.	SILAIS - Masaya	"En promedio dos meses. Porque cada mes no había mucho cambio. Las modificaciones se miraban a los dos meses."

Fuente: Consolidado de formulario de entrevistas a informantes clave. Marzo 2010. USAID|HCI.

En la Figura 10 se muestra la evolución en el tiempo del colaborativo COE, referido a la aplicación de la oxitocina para la prevención de la hemorragia postparto. Los dos grupos de la fase de expansión alcanzaron mayor nivel de cumplimiento que los de la fase demostrativa, producto de las lecciones aprendidas de éstos.

En relación con el colaborativo CPH, en la Figura 11 se muestra cómo la implementación de los cambios producidos durante la fase demostrativa fue más rápida en los equipos de la fase de expansión.

Figura 10: Evolución en el tiempo del colaborativo COE

La aplicación de lecciones aprendidas de los hospitales en la Fase Demostrativa, facilitaron la rápida expansión y cumplimiento en otros hospitales. Aplicación de Oxitocina en momento y dosis adecuada como parte del Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto (MATEP) para la Prevención de la Hemorragia Post Parto. Evolución en el Tiempo del Colaborativo COE, Nicaragua.

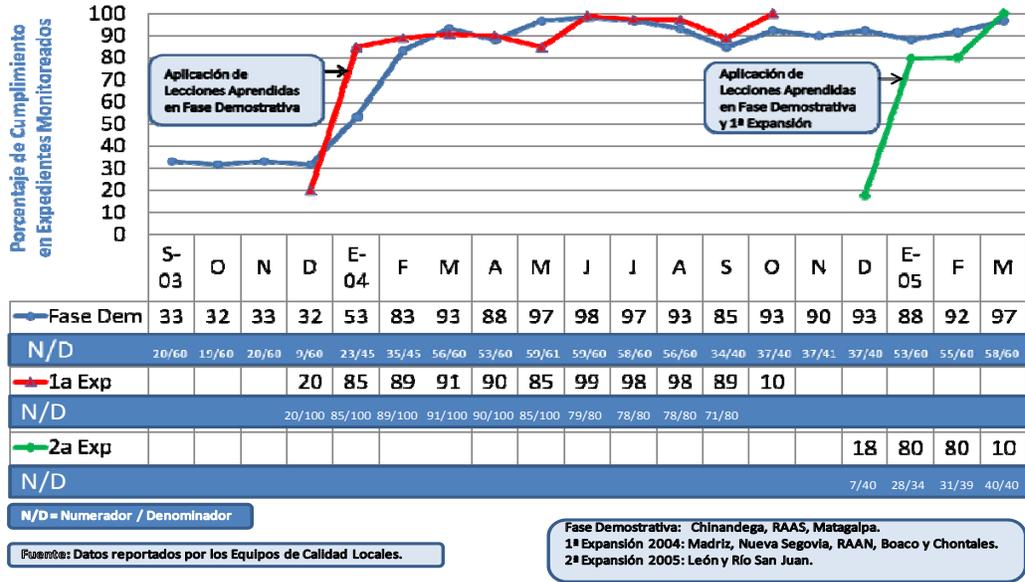
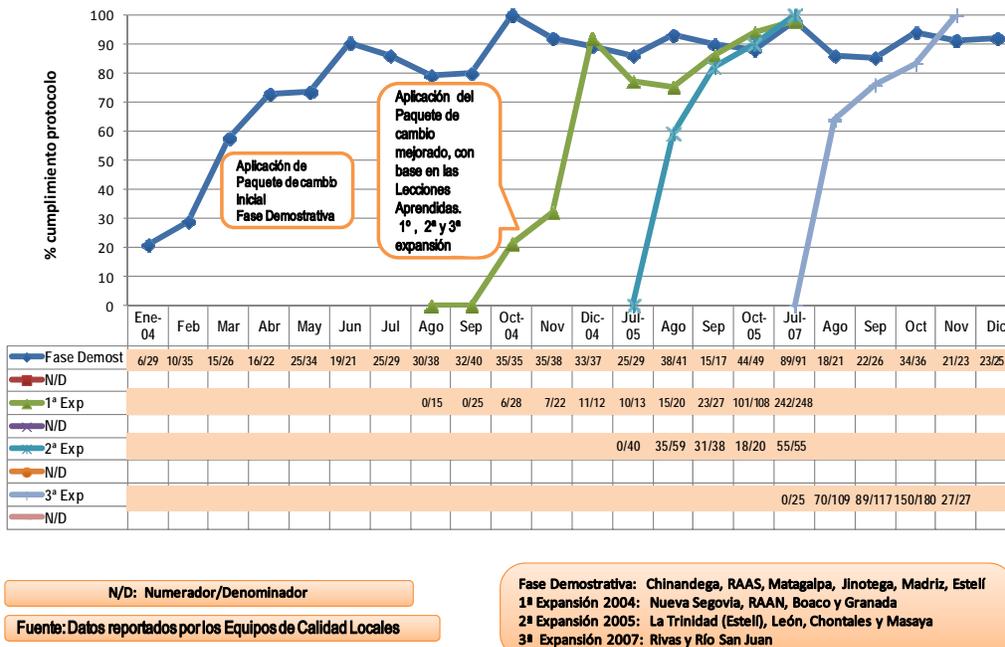


Figura 11: Evolución en el tiempo del colaborativo CPH

Lecciones aprendidas en la fase demostrativa, facilitaron en los nuevos hospitales el rápido cumplimiento del manejo de la neumonía en niños (as) de 1 mes a los 5 años de edad Nicaragua 2003-2007



V. CONCLUSIONES

La metodología de los colaborativos de aprendizaje para el MCC, adquirió características particulares al ser implementada en el MINSA, con el apoyo técnico de los proyectos de USAID (QAP y HCI). Esta particularidad se reflejó en las dos fases: demostrativa y de expansión.

Este estudio sobre la fase de expansión, así como los referidos a la fase demostrativa y a la sostenibilidad de las mejoras en la atención materno-infantil e institucionalización del MCC en el MINSA, conforman un trío de investigaciones cuyo eje central es el MCC de la atención materno-infantil; por ello, se puede decir que se complementan y se refuerzan, mediante datos cualitativos y cuantitativos que presenta cada uno.

En los tres estudios se demuestra que, durante la fase demostrativa (2003 – 2007) y la fase de expansión (2004 – 2007), así como en el período post-colaborativos (2008 – 2010), aunque con diferentes niveles de desarrollo, en las unidades de salud del MINSA se ha alcanzado la siguiente situación:

- a) Se cuenta con un marco legal nacional y normativo institucional
- b) Se mide la calidad de los procesos de atención
- c) Se implementan mejoras a los procesos de atención
- d) Existe una conexión directa entre el entrenamiento sistemático del personal y la dinámica del MCC
- e) Existen líderes del MCC que tienen mucha experiencia y hay otros recursos humanos que son potenciales líderes dentro de la unidad de salud
- f) Los jefes autorizan o permiten realizar mejoras y se involucran en el MCC
- g) El equipo técnico de las sedes de SILAIS está en capacidad de promover el MCC

Sobre la base de los resultados de la fase de expansión, a continuación se resaltan las particularidades más relevantes que se manifestaron en todo el período de la fase y, por consiguiente, de la última parte del colaborativo, las cuales pueden servir de pauta para otras instituciones dentro y fuera del país que deseen implementar esta metodología del MCC.

1. Uno de los aspectos relevantes dentro de la organización de la fase de expansión era que se inició estando en marcha la fase demostrativa, de tal manera que, los resultados que se estaban obteniendo, se transmitían de inmediato a las unidades de salud que se estaban organizando para la expansión. Esta situación sirvió de motivación y creó expectativas en las unidades de salud, para implementar cambios o mejoras en la calidad de atención. Por lo tanto, no fue necesario esperar que finalizara una fase para iniciar la otra.
2. La capacitación al personal de salud tuvo mayor énfasis en el desarrollo de capacidades para los procesos clínicos y menor en cuanto a competencias para el uso de metodologías de MCC, ello debido a las necesidades detectadas en los equipos y como requerimiento para implementar el paquete de cambios; sin embargo, se ha demostrado que en ambos se debe poner el mismo énfasis, para que el MCC se institucionalice y se aproveche para asegurar la sostenibilidad de las mejoras.
3. La expansión simultánea de dos colaborativos, materno e infantil, en una unidad de salud, favoreció el apoyo de las autoridades de la misma y el involucramiento de otros miembros del personal, ya que el MCC tiende a considerarse como una práctica cotidiana, en vez de un proyecto piloto en un área de la unidad; sin embargo, esto no influyó para que se replicara el mejoramiento continuo al 100% de las otras áreas de las unidades. Posiblemente faltó desarrollo en el liderazgo de las autoridades de las mismas.
4. Durante la ejecución de la expansión, los equipos de mejoramiento de la fase demostrativa continuaron dentro del colaborativo y actuaron como apoyo para las unidades de salud de la expansión. Existía una comunicación por diversos medios, para indagar y profundizar sobre las evidencias de las mejores prácticas en la atención; en algunos casos fue por: cercanía geográfica

(municipios en un mismo departamento o entre departamentos), la profesión (enfermeras(os), pediatras, gineco-obstétricas, etc.), así como, ser miembros de una instancia local (unidades de salud de un SILAIS).

5. El marco normativo asistencial en cuanto a protocolos, guías, estándares e indicadores de calidad, algoritmos y listas de chequeo, entre otros, fue de suma importancia para la difusión e implementación de las mejores prácticas, debido a que éste va estrechamente vinculado con la estandarización de los procesos de atención y, en consecuencia, con la sostenibilidad de las mejoras. Para la fase de expansión solamente faltaba la oficialización de varios instrumentos del marco normativo, los cuales se elaboraron en la fase demostrativa.
6. El grado de desconfianza o resistencia, aunque sean mínimos, que suelen manifestar los equipos de la expansión para implementar los cambios generados en otros equipos, es más fácil y rápido de superar cuando éstos disponen de las normas clínicas y se apoyan en éstas para resolver dudas.
7. El acompañamiento técnico de los proyectos de USAID (QAP-HCI) tenía doble finalidad; por una parte, se trataba del desarrollo de capacidades clínicas en los equipos de las unidades de salud; pero, por otra, del fortalecimiento de las autoridades nacionales y locales, en su carácter directivo y de supervisión de la calidad de la atención. Uno de estos logros fue el acompañamiento a estas autoridades del SILAIS, para su involucramiento directo en el trabajo de los hospitales, en las áreas de gineco-obstetricia y pediatría, ya que, en su mayoría, solamente atendían a los centros de salud (primer nivel de atención).
8. El equipo de asesores de los proyectos de USAID (QAP-HCI) fueron difusores del paquete de cambios en las unidades de la expansión, al mismo tiempo que ofrecían la asistencia técnica necesaria para implementarlos. Igualmente, propusieron estrategias innovadoras de capacitación, tal como el Premio al Conocimiento y los Centros Docentes de Referencia.
9. El trabajo inter-agencial para la expansión es fundamental, ya que el MINSA, como institución aspiraba a lograr una cobertura total del MCC en atención materno-infantil, pero desde una sola fuente de cooperación era difícil lograrlo, por ello se reunieron los recursos de varios organismos y el resultado fue cubrir 16 SILAIS, de un total de 17 existentes en el país.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- Franco LM, Márquez L, Ethier K, Balsara Z, Isenhower W. 2009. Results of Collaborative Improvement: Effects on Health Outcomes and Compliance with Evidence-based Standards in 27 Applications in 12 Countries. *Collaborative Evaluation Series*. Publicado por el Proyecto de USAID de mejoramiento de la Atención en Salud. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC).
- Franco LM, Silimperi DR, Veldhuyzen van Zanten T, MacAulay C, Askov K, Bouchet B, Márquez L. 2004. Sostenibilidad de la Calidad en la Atención de Salud: Institucionalización de la Garantía de la Calidad. Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional por el Proyecto de Garantía de Calidad. Bethesda, MD: Center for Human Services.
- Ministerio de Salud de Nicaragua. 2004. Avances y Desafíos de la Calidad de la Atención en Salud. Experiencias locales de Garantía de Calidad para contribuir a reducir la morbi-mortalidad materna, neonatal e infantil. Memoria. Encuentro Anual de Garantía de Calidad. Managua, Nicaragua.
- QAP (Proyecto de Garantía de Calidad de USAID). 2005. Informe anual 2004 y principales acciones para el 2005. Managua, Nicaragua.
- QAP. 2006. October 2005 – September 2006. Annual Report. Managua, Nicaragua.
- QAP. 2007. July 2006 – June 2007. Annual Report. Directions for FY08. Managua, Nicaragua.
- USAID|HCI (Proyecto de USAID de Mejoramiento de la Atención en Salud). 2009. Experiencias de Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención Materno-Neonatal y de la Niñez. Managua, Nicaragua.
- USAID|HCI. 2010a. Consolidado de formulario de entrevistas a informantes clave. Fase Demostrativa de los Colaborativos de Mejoramiento de: Cuidados Pediátricos Hospitalarios, Cuidados Obstétricos Esenciales y VIH-Planificación Familiar en el Ministerio de Salud de Nicaragua. Compartiendo el aprendizaje. Managua, Nicaragua.
- USAID|HCI. 2010b. Fase Demostrativa de los Colaborativos de Mejoramiento de: Cuidados Pediátricos Hospitalarios, Cuidados Obstétricos Esenciales y VIH-Planificación Familiar en el Ministerio de Salud de Nicaragua. Compartiendo el aprendizaje. Managua, Nicaragua.

**USAID | PROYECTO DE MEJORAMIENTO
DE LA ATENCIÓN EN SALUD**

University Research Co., LLC

De donde fue la Vicky-1 cuadra abajo, 1 cuadra al sur

Plaza San Ramón, 2^{do} piso, Módulo No. 6

Managua, Nicaragua

Tel: 22-787-112

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