USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

PROYECTO DE MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD

INFORME DE INVESTIGACIÓN

Sostenibilidad de las Mejoras en la Atención Materno-Infantil e Institucionalización del Mejoramiento Continuo de la Calidad en Nicaragua

MAYO 2011

Este estudio fue realizado por University Research Co., LLC (URC) para la revisión de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), con la autoría de la Licda. Margarita Sandino, Dra. Ivonne Gómez y Dra. Diana Bowser. 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

Sostenibilidad de las Mejoras en la Atención Materno-Infantil e Institucionalización del Mejoramiento Continuo de la Calidad en Nicaragua

MAYO 2011

Margarita Sandino, University Research Co., LLC
Ivonne Gómez, University Research Co., LLC
Diana Bowser, University Research Co., LLC

AVISO

Las opiniones expresadas en la presente publicación no necesariamente reflejan el punto de vista o posición de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) ni del Gobierno de los Estados Unidos.

Agradecimiento

Agradecemos, en todo su valor, los aportes de los miembros del personal de dirección, médico, de enfermería, laboratorio y administrativo, de treinta unidades de salud (centros de salud y hospitales) de diez SILAIS del Ministerio de Salud, quienes voluntariamente brindaron información importante, a través de las diferentes técnicas e instrumentos aplicados, contribuyendo significativamente a la realización de este estudio.

Este documento es 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 Atención en Salud (HCI). HCI es manejado por University Research Co., LLC (URC) bajo los términos de los Contratos Números GHN-I-01-07-00003-00 y GHN-I-03-07-00003-00. Los socios de URC en el proyecto incluyen a EnCompass LLC, Family Health International, Health Research, Inc., Initiatives Inc., Institute for Healthcare Improvement, Johns Hopkins University Center for Communication Programs y Management Systems International. 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 Bowser D. 2011. Sostenibilidad de las Mejoras en la Atención Materno-Infantil e Institucionalización del Mejoramiento Continuo de la Calidad en Nicaragua. *Informe de Investigación*. Publicado por el Proyecto de USAID de Mejoramiento de la Atención en Salud. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC).

TABLA DE CONTENIDOS

LISTA DE FIGURAS Y TABLAS ii
SIGLAS UTILIZADAS iii
RESUMEN EJECUTIVO v
I. INTRODUCCIÓN 1
II. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO 2
III. PROPÓSITO DEL ESTUDIO 6
IV. METODOLOGÍA 6
A. Marco conceptual del estudio 6
B. Muestra 7
C. Técnicas para recolección de la información 8
D. Procesamiento de datos 10
V. RESULTADOS DEL ESTUDIO 10
A. Proceso de desarrollo 10
B. Impacto intermedio 15
C. Evidencia de la sostenibilidad 19
D. Cambios de salud materno-infantil de 2000 a 2010 24
VI. DISCUSIÓN 27
VII. CONCLUSIONES Y DESAFÍOS 29
A. Fortalezas para avanzar en la sostenibilidad de las mejoras e institucionalización del MCC 29
B. Desafíos para el fortalecimiento de la sostenibilidad de las mejoras e institucionalización del MCC 29
BIBLIOGRAFÍA 31
ANEXO: GRÁFICOS POR CADA SILAIS SEGÚN CRITERIOS DEL DASI 32

LISTA DE FIGURAS Y TABLAS

Figura 1: Etapas en la institucionalización del MCC 1
Figura 2: Ejecución de proyectos de USAID QAP y HCI en el MINSA-Nicaragua 4
Figura 3: Marco conceptual para sostenibilidad de mejoras y MCC en MINSA-Nicaragua 7
Figura 4: Cumplimiento de los roles en porcentaje por SILAIS 13
Figura 5: Percepción acerca de si las personas son recompensadas por el MCC 14
Figura 6: Percepción acerca de si "todo el tiempo" practican los valores que favorecen el MCC 16
Figura 7: Porcentaje de médicos y enfermeras que están atendiendo materno-infantil, VIH y planificación familiar que se capacitaron sobre estándares clínicos 17
Figura 8: Nivel de experiencia y conocimientos acerca de las actividades del MCC por SILAIS 18
Figura 9: Retención de miembros en los equipos de MCC y cumplimiento de reuniones planificadas 18
Figura 10: Apoyo de las autoridades para el MCC 19
Figura 11: Nivel de sostenibilidad en el desempeño de estándares clínicos vitales seleccionados 19
Figura 12: Número de unidades de salud que cumplen con más 80% de las actividades del MCC y con la frecuencia requerida – Expansión del MCC a otras áreas 20
Figura 13: Puntaje promedio de competencias clínicas 20
Figura 14: Número de temas clínicos de capacitación impartidos por USAID (QAP y HCI) 21
Figura 15: Número de personas capacitadas por USAID (QAP y HCI) 22
Figura 16: Nivel de avance por SILAIS según criterios del DASI 23
Figura 17: Nivel de avance por SILAIS 23
Figura 18: Razón de la mortalidad materna 24
Figura 19: Tasas de mortalidad neonatal, infantil y de la niñez 25
Figura 20: Cumplimiento de los criterios de elegibilidad de planificación familiar en centros de salud y hospitales 26
Figura 21: Pruebas de VIH realizadas en los centros de salud y hospitales 27

Tabla 1: Año en que inició asistencia técnica en SILAIS del estudio 2
Tabla 2: Estudios y sistematizaciones MINSA-USAID (QAP y HCI) 3
Tabla 3: Normativas emitidas por el MINSA con asistencia de USAID (QAP y HCI) 5
Tabla 4: Muestra por instrumento para recolección de información 9
Tabla 5: Actividades para desarrollo de competencias clínicas y de MCC implementadas en las unidades de salud 11
Tabla 6: Porcentaje de cumplimiento de los roles de los líderes del MCC 13
Tabla 7: Factores que favorecen el fortalecimiento institucional en las unidades de salud del estudio 29
Tabla 8: Desafíos para fortalecimiento en MCC y sostenibilidad de las mejoras de la calidad en las unidades de salud del estudio 30

SIGLAS UTILIZADAS

AIMNA	Atención Integral a Mujer, Niñez y Adolescencia
AIEPI	Atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia
COE	Cuidados obstétricos esenciales
CPH	Cuidados pediátricos hospitalarios
DASI	Documentación, análisis, diseminación del aprendizaje e institucionalización (Documentation, analysis, sharing, and institutionalization)
ENDESA	Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud
HCI	Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud de USAID
JICA	Agencia del Japón para la Cooperación Internacional
MATEP	Manejo activo del tercer período del parto
MCC	Mejoramiento continuo de la calidad
MAC	Método anticonceptivo
MINSA	Ministerio de Salud (Nicaragua)
NVR	Nacidos vivos registrados
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
PEVA	Planear-Ejecutar-Verificar-Actuar
PF	Planificación familiar
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 del MINSA
UNFPA	Fondo de las Naciones Unidas para Población
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/Sida	Virus de la inmunodeficiencia humana/Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

RESUMEN EJECUTIVO

Introducción

Desde el año 2000, la cooperación técnica entre el Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSA) y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) se ha concentrado en la mejora de la atención clínica en las unidades de salud y los hospitales que prestan atención materno-infantil. Este estudio mide la sostenibilidad de las mejoras en la atención materno-infantil y la institucionalización del mejoramiento continuo de la calidad (MCC) realizado entre los años 2000 y 2010 en la asociación entre MINSA y el Quality Assurance Project (QAP) y su sucesor, el Proyecto de USAID de Mejoramiento de la Atención en Salud (USAID Health Care Improvement Project, HCI). Los resultados de este estudio ayudarán a MINSA a dar prioridad a su continuo apoyo a MCC en unidades de salud específicas en Nicaragua.

Este estudio se trata de las mejoras de la calidad en los procesos de atención implementadas mediante el MCC y si se han incorporado en la estructura administrativa en cada unidad. Se centra en determinar cómo este sistema de apoyo puesto en práctica durante la intervención ha ayudado en el mantenimiento de MCC en el funcionamiento y la organización de la unidad. Tal institucionalización es necesaria para la sostenibilidad de mejoras en los servicios clínicos.

Este estudio, el primero en su tipo en Nicaragua, examina los diferentes componentes que comprenden la institucionalización con el fin de medir el nivel de institucionalización alcanzado por las unidades de salud en Nicaragua.

Metodología

Este estudio utilizó métodos cuantitativos y cualitativos. Hemos recopilado datos sobre la capacitación clínica y en el MCC, creación de liderazgo, reconocimiento y estímulos del MCC, estandarización de los procesos de atención, consenso sobre los valores para el MCC, y las actividades del MCC y la institucionalización de los procesos de atención. Para la recopilación de información se aplicaron ocho tipos de instrumentos incluyendo cuestionarios auto-administrados, entrevistas y grupos focales.

Dieciséis SILAIS de los 17 del país participaron en las intervenciones del MCC. Diez SILAIS fueron seleccionados en base a ciertas características y prioridades del MINSA. Dos centros de salud por cada SILAIS fueron seleccionados para una muestra de 20 de los 154 de centros de salud en el país. Todos de los 10 hospitales en los SILAIS seleccionados que ofrecen atención materno-infantil (uno hospital por cada SILAIS) también se incluyeron en la muestra. Diez SILAIS (62% de los participantes en el MCC), 20 centros de salud (2 por cada SILAIS, 13% del total de 154 del país) y 10 hospitales (1 por cada SILAIS, 100% de los que brindan atención materno-infantil de 10 SILAIS).

En los criterios de selección se incluyeron: SILAIS y unidades de salud que se incorporaron al proyecto en cualquiera de los años del período 2000 – 2010. Cuatro de los 10 SILAIS también se incluyeron en el segundo estudio relacionado con las competencias del personal de salud que trabajan en la atención materno-infantil para examinar una relación entre las habilidades y capacidades y el MCC en los SILAIS seleccionados. La muestra de profesionales de salud de clínicas y hospitales seleccionados fue escogida en base a la participación en las actividades del MCC en sus instalaciones y de haber trabajado más de tres meses en su posición actual. Estas personas participaron respondiendo a una o más de las distintas encuestas administradas en el estudio.

El total de la muestra varió entre los tipos de encuestas, hubo 37 coordinadores del MCC o autoridades en las unidades de salud que respondieron a la encuesta de los establecimientos de salud y 143 que respondieron a la encuesta para personal involucrado en el MCC en las clínicas y los hospitales.

Los datos cualitativos fueron ordenados por áreas temáticas y analizados para determinar el grado de sostenibilidad e institucionalización del MCC logrado. Los resultados fueron utilizados para generar

recomendaciones para fortalecer aun más el MCC en Nicaragua. Las grabaciones en sonido de los grupos focales se transcribieron y fueron analizados por áreas temáticas tal como el proceso de desarrollo del MCC, el impacto intermedio y las pruebas de institucionalización.

Los datos fueron analizados utilizando una herramienta de evaluación denominada DASI (documentación, análisis, intercambio de aprendizaje e institucionalización) para calcular el puntaje de cada SILAIS que midió los avances alcanzados en la institucionalización del MCC y la sostenibilidad de las mejoras en la calidad de la atención. La puntuación DASI midió la consistencia y la integridad de las medidas diferentes de sostenibilidad e institucionalización desde 0 a 3. [3 = Muy satisfactorio (consistente y completo), 2 = Satisfactorio (consistente y relativamente completo), 1 = Insatisfactorio (Inconsistente e incompleto), 0 = No existente (inexistente)]. Este análisis permite identificar áreas dentro cada SILAIS que necesita fortalecimiento.

Resultados

Proceso de desarrollo

El proceso de desarrollo para iniciar el MCC fue muy similar en los 10 SILAIS participantes en el estudio, aunque éstos hubiesen empezado en tiempos diferentes. Las etapas de la capacitación se cumplieron de igual forma: inicial, una formación seguida de entrenamientos regulares (generalmente semanales o mensuales) con entrenamientos adicionales para el personal nuevo cuando sea necesario. Las diferencias están en las estrategias de "solamente talleres" o combinando éstos con educación continua. En 7 de 9 hospitales (78%) combinan talleres de capacitación y educación continua, igual que en 10 de 18 centros de salud (94%). En 7 de 9 hospitales y en 17 de 18 centros de salud capacitan al personal de nuevo ingreso para asegurar la sostenibilidad de las mejoras, la estandarización de los procesos y la institucionalización del MCC. Se presta apoyo técnico en su puesto de trabajo a todo el personal permanente.

Veintiocho de 30 de los centros de salud y hospitales tenían un líder para el MCC. Treinta y seis de 38 entrevistados comentaron que los líderes aseguran el monitoreo de los indicadores, 37 dijeron que los líderes eran los responsables del organización de las reuniones y34 dijeron que los líderes supervisaron el personal involucrado en el MCC. El rol menos cumplido por los líderes era la documentación de las actividades de la mejora. Esta actividad se reportó que se completó el 60.5% de las veces por los lideres. De los 8 roles más importantes por los líderes del MCC, el cumplimiento promedio más bajo fue en las 3 unidades de salud de la muestra de los SILAIS: RAAS (39.2%), Jinotega (66.6%), León (71.42%) y Matagalpa (76.19%). Los que obtuvieron más de 90%, en orden creciente, fueron Nueva Segovia, Chinandega, Boaco y RAAN.

El reconocimiento y la recompensa por los esfuerzos y actividades relacionadas con el MCC no son muy comunes en las instalaciones incluidas en este estudio. 57% de participantes del grupo focal respondieron que están "en desacuerdo" que recibieron respecto, reconocimiento o recompensa por sus esfuerzos y actividades en el MCC.

Impacto intermedio/Indicadores para la sostenibilidad/institucionalización

El proceso de adquisición y comprensión de los valores claves del MCC es un importante indicador intermedio de la sostenibilidad e institucionalización. Este estudio midió el nivel de la percepción e importancia de cuatro valores del MCC: interés primordial por la calidad, interés en la satisfacción del usuario, trabajo en equipo y respeto por las ideas o aportes del personal. Existe consenso en las unidades de salud de la muestra sobre su importancia. Se observó que entre las unidades de salud practica por lo menos uno de los valores "todo el tiempo" arriba del 50%, excepto en Jinotega, donde practica los valores "todo el tiempo" menos de 40%.

Otro indicador intermedio importante es el desarrollo de habilidades mediante la capacitación, especialmente en relación con los estándares clínicos. En la mayoría de los SILAIS, más de 70% de

médicos y enfermeras que atienden materno-infantil se capacitaron en estándares clínicas. . Sólo Boaco (59%) y Chinandega (66%) tenían niveles más bajo en capacitación de estándares clínicos.

El nivel de experiencia sobre el MCC se midió preguntando a los encuestados el número de actividades del MCC que "pueden hacer" (experiencia) y el número de actividades del MCC que "pueden hacer sin problemas" (conocimiento y la capacidad). El nivel de experiencia en Nueva Segovia y León fueron los más altos. Mientras que para el nivel de conocimiento los más altos fueron León y Chontales.

Había poca diferencia entre los SILAIS en lo relacionado con la dinámica laboral medida a través del número de los miembros del equipo que han permanecido parte del equipo. Otra medida de planificación es el número de reuniones del MCC realizadas en comparación con el número previsto. En el año 2010, RAAN y Chinandega fueron los únicos SILAIS que llevaron a cabo más reuniones del MCC de lo inicialmente previsto.

En términos del apoyo de las autoridades para el MCC con respeto a liderazgo, monitoreo, supervisión y responsabilidad varían entre todos los 10 SILAIS, con RAAN y Jinotega saliendo con cifras más bajas de apoyo de las autoridades.

Evidencia de la sostenibilidad

El archivo de monitoreo de USAID/HCI se utiliza para medir el desempeño de ciertos estándares clínicos vitales en atención materno-infantil, VIH y planificación familia. Uno de los primeros indicadores para medir la sostenibilidad fue el rendimiento de las instalaciones para cumplir con ciertos estándares clínicos vitales. Los resultados muestran que 7 de los 10 SILAIS están logrando más de 80% de cumplimiento con ciertos estándares clínicos vitales. Los SILAIS de Jinotega (70.21%), Boaco (76.76%) y Matagalpa (55.38%) están cumpliendo menos del 80%.

La sostenibilidad y la institucionalización también se midieron preguntando cuantas de las 13 actividades del MCC se llevaron a cabo con la frecuencia recomendada, y si las actividades del MCC se han ampliado a otras áreas. De las 30 unidades, 20 cumplen el 80% y más de las actividades del MCC, y entre ellos 14 con la frecuencia requerida. Siete implementaron MCC en una nueva área.

En los SILAIS de RAAN, RAAS, Chontales y Jinotega un estudio separado midiendo las competencias clínicas en el personal de atención materno-infantil y planificación familiar se llevó a cabo también. Los resultados muestran que todos han incrementado su nivel de competencias comparando con un estudio similar en el 2005 en relación con materno-infantil. Sin embargo, en planificación familiar, sólo RAAN ha aumentado las competencias, ya que RAAS, Chontales y Jinotega (éste con mínima diferencia) han disminuido.

Según los archivos de USAID/HCI, para el período 2005-2010, el total de capacitaciones fue de 367 y el número de participantes/curso fue de 8. El mayor número de capacitaciones en materno-infantil fue Chontales (30), seguido por Chinandega (28), León (26) y Jinotega (21). En planificación familiar, fue León (7), seguido por Chinandega (5). En VIH, fue Chinandega (18), seguido por Nueva Segovia (11). El mayor número de personas que se capacitaron en materno-infantil fue en Chinandega (827), seguido por León (739), Chontales (517) y Jinotega (368). En planificación familiar, el mayor número de personas capacitadas fue en León (236), seguido por Matagalpa (150). En VIH, el mayor número fue capacitado en Chinandega (400), seguido por Nueva Segovia (230).

Mediante la aplicación de la herramienta de Documentación, Análisis, Diseminación del aprendizaje e Institucionalización (DASI), se evaluó la institucionalización en 10 SILAIS. La puntuación de cada SILAIS puede variar entre 0 y 3 puntos (3 es el más alto nivel de éxito) en 3 diferentes aspectos de la sostenibilidad y la institucionalización: 1) documentación, análisis, y diseminación; 2) la institucionalización del proceso de atención; y 3) la sostenibilidad de las mejoras de calidad. Cada SILAIS se clasificó de acuerdo con la puntuación media que recibieron en cada categoría: RAAN (1.95) Chinandega (1.86), Nueva Segovia (1.81) y Río San Juan (1.80), fueron los que alcanzaron puntaje

próximo a la categoría 2 (satisfactorio); enseguida están 5 SILAIS con puntaje entre 1.77 y 1.56 (Chontales, RAAS, Boaco, Jinotega y León) y el más bajo es Matagalpa (1.28).

Conclusiones y desafíos

Las 30 unidades de salud de 10 SILAIS de la muestra del estudio tienen factores que han puesto cada uno en vías distintas hacia la sostenibilidad de las mejores prácticas y la institucionalización del MCC con el objetivo de mejorar los resultados sanitarios. Cada vía ha sido influenciada por factores externos e internos y el estado del sistema nacional de salud en general.

El énfasis que ha tenido la intervención de QAP/USAID - USAID/HCI se ve reflejado en el mayor avance logrado en dos aspectos: la sostenibilidad de las mejoras clínicas y la institucionalización del desarrollo de competencias clínicas y en el MCC.

El estudio refleja, sobre todo, la necesidad de fortalecer las competencias para implementar el MCC con mayor dominio, sistematicidad y por ende, influya con mayor fuerza en la sostenibilidad de las mejoras en la unidad de salud. Si bien es cierto que una limitación importante es la escasez de recursos en el sistema de salud, también hay oportunidades de mejora que se pueden lograr aprovechando más el MCC.

El que esté instalado el MCC en las unidades de salud, aún cuando sea con diferentes niveles de desarrollo o avance, permite identificar algunos desafíos para optimizar las condiciones ya creadas, así como para revitalizar su dinámica y continuar avanzando en la sostenibilidad de las mejoras implementadas.

I. INTRODUCCIÓN

En Nicaragua, desde el año 2000, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), brinda al Ministerio de Salud (MINSA) cooperación técnica centrada en el mejoramiento continuo de la calidad (MCC) en procesos clínicos de atención, específicamente en centros de salud y hospitales, en las áreas de atención materno-infantil, incluyendo en éstas, VIH-Sida y planificación familiar (PF), a fin de contribuir con el logro de objetivos nacionales propuestos entre las prioridades de salud; inicialmente fue a través del Proyecto de Garantía de Calidad (QAP) de USAID y, actualmente, con el Proyecto de USAID de Mejoramiento de la Atención en Salud (HCI).

Transcurridos 10 años (2010) de esta asistencia técnica por parte de USAID (QAP y HCI) al MINSA, éste ha adquirido, en las instancias nacionales y locales involucradas, muchas experiencias y obtenido resultados de mejora de la calidad en la atención materno-infantil; algunos de éstos ya se documentaron.

Por tal razón, USAID - Nicaragua consideró que era oportuno y significativo realizar, en coordinación con el MINSA, este estudio sobre el nivel de sostenibilidad de estas mejoras de la atención y de institucionalización del MCC, a fin de identificar y documentar el desarrollo alcanzado, ya que la Agencia desea conocer estos resultados para definir su próximo programa de cooperación en este campo de trabajo del MINSA.

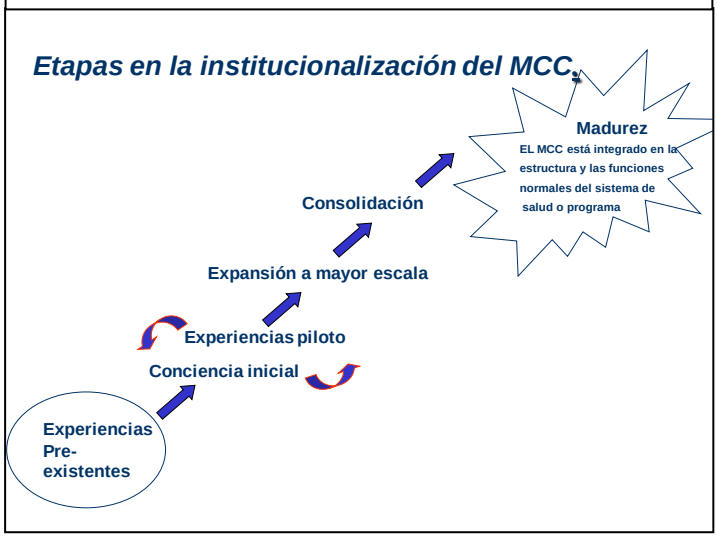
La sostenibilidad de las mejoras implementadas en la calidad de atención se entiende como su estado de permanencia en la rutina de trabajo, como parte integral del sistema que asegura la producción de los servicios de salud, sin que para ello necesiten la asistencia financiera, gerencial y técnica externa con las que iniciaron y se desarrollaron.

El MCC se define, entre otras formas, como el proceso en el cual se determinan estándares de calidad, se mide el cumplimiento de los indicadores, se analizan los datos de la medición y se aplican mejoras en los procesos de atención, con la visión de que estas metodologías se institucionalicen para la sostenibilidad de las mejoras en la calidad de atención que resultan de su aplicación.

La institucionalización del MCC en salud es un proceso a través del cual una organización se mueve continuamente hasta que ese enfoque metodológico se integra en su estructura y funcionamiento, tanto durante la producción como en la entrega rutinaria de los servicios. La institucionalización necesita el liderazgo y una cultura que apoyen el MCC. El proceso de institucionalización del MCC se representa en la Figura 1[1].

Tanto la sostenibilidad de las mejoras de la calidad de la atención como la institucionalización del MCC como enfoque metodológico utilizado para lograrlas, son condiciones importantes para producir cambios relevantes en la prestación de servicios de salud con un enfoque en los usuarios. Este estudio contribuye a la escasa literatura sobre los factores que promueven la sostenibilidad e institucionalización de la mejora de la calidad.

Figura 1: Etapas en la institucionalización del MCC

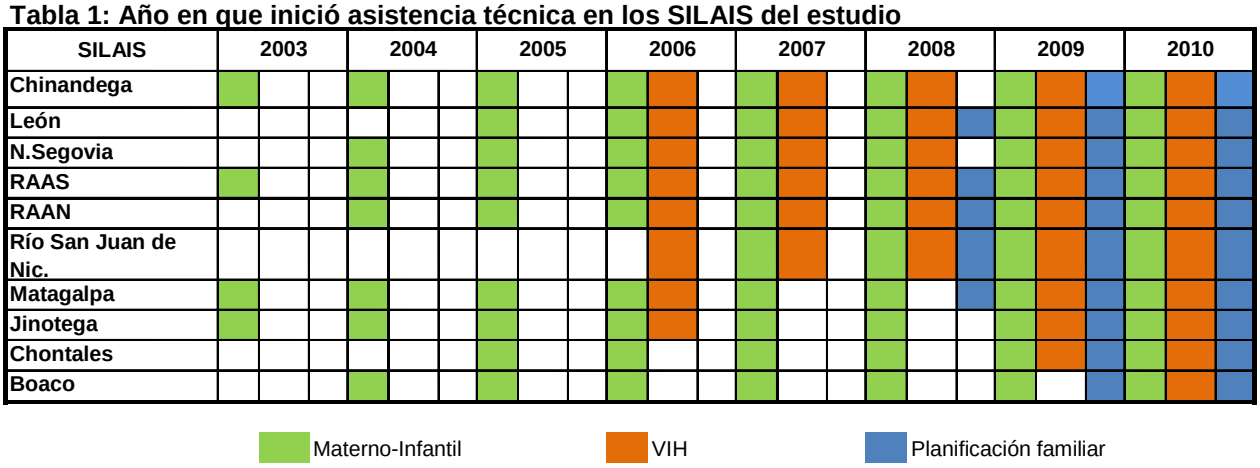


[1] Adaptación de la gráfica aparecida en: Franco y colaboradores. Sostenibilidad de la Calidad en la Atención de Salud: Institucionalización de la Garantía de la Calidad. Bethesda, USA. Junio 2004.

II. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

La dinámica del MCC, facilitada por los proyectos de USAID (2000 – 2010), inició en los SILAIS de Matagalpa y Jinotega, en 5 centros de salud y 2 hospitales, luego se extendió hasta alcanzar las unidades de salud de 16 SILAIS del país (Ver Tabla 1), contando para ello con la promoción y apoyo al proceso por parte de las instancias nacionales del MINSA y con la participación directa o indirecta de sus funcionarios departamentales, sobre todo de los responsables de programas de atención materno-infantil, VIH-Sida y planificación familiar.

Tabla 1: Año en que inició asistencia técnica en los SILAIS del estudio



De 2003 a 2007, se implementó la metodología de colaborativos, consistente en un sistema de aprendizaje compartido entre equipos trabajando juntos en el MCC. En su fase demostrativa, 31 equipos de MCC de las unidades de salud, a partir de un paquete de cambios o mejoras, clínicos y organizacionales, generaron otros, en la atención materno-infantil, con la intención de difundirlos y, paulatinamente, obtuvieron resultados directos de mejoría en la calidad de la atención a los usuarios de estos servicios. En su fase de expansión las mejores prácticas o mejoras se sintetizaron y se comunicaron para promover su implementación, en nuevas unidades de salud, ahorrando los costos de la experimentación. [2]

El colaborativo de cuidados obstétricos esenciales (COE), se enfocó en procesos de atención prenatal, parto, puerperio, abordaje y tratamiento de las principales complicaciones obstétricas: síndrome hipertensivo gestacional, hemorragia post parto y sepsis puerperal, las cuales son causa de muerte materna en el país. El colaborativo de cuidados pediátricos, hizo énfasis en la reducción de la mortalidad de niños menores de 5 años, hospitalizados por neumonía, diarrea y desnutrición. Así mismo, un tercer colaborativo, que se inició en 2006, se concentró en la integración de las consejerías de planificación familiar, VIH-Sida y atención prenatal, a fin de prevenir la trasmisión materno-neonatal del VIH-Sida.

En este trabajo, varios proyectos de USAID y otras agencias, apoyaron a los equipos de mejoramiento de los colaborativos: UNICEF, CARE, JICA, Gran Ducado de Luxemburgo, OMS/OPS, UNFPA, entre otros.

[2] USAID/HCI. Experiencias de Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención Materno-Neonatal y de la Niñez. Julio 2009. Managua, Nicaragua.

La asistencia técnica de USAID (QAP y HCI) para el MCC, ha consistido en acompañar a los equipos de mejoramiento en actividades de: formulación y medición de indicadores, implementación del Ciclo PEVA (Planear-Ejecutar-Verificar-Actuar), aseguramiento de la competencia continua del personal (capacitación), monitoreo y análisis de los datos, documentación de cambios o mejoras, divulgación de resultados y lecciones aprendidas, elaboración y publicación de normas y guías técnicas. Así mismo, de apoyo para esos procesos se realicen en un entorno que favorezca el MCC incluyendo, práctica de valores; involucramiento, apoyo y reconocimiento de las autoridades; influencia en la toma de decisiones; así como trabajo en equipo, compromiso personal, confianza en el éxito, espíritu de superación y relaciones interpersonales favorables.

Como parte de la asistencia técnica para el MCC, se realizaron diversos estudios y sistematizaciones tal como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2: Estudios y sistematizaciones MINSA-USAID (QAP y HCI)		
Temas en materno-infantil	**Temas en VIH-Sida**	**Temas generales**
Cuidados pediátricos hospitalarios (línea de base)	La prestación de servicios para la prevención y atención al VIH-Sida	La fase demostrativa de los colaborativos
Competencias del personal de salud en atención materno-infantil (línea de base – 2005)	La integración de consejerías de planificación familiar - VIH-Sida - atención prenatal	
Factores influyentes para el éxito y sostenibilidad de la lactancia materna		
La humanización y adecuación cultural del parto		
El análisis de costo-efectividad de mejoras de la atención pediátrica		
2009 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		

Igualmente, el desarrollo de las competencias en el personal involucrado se ha realizado con base en sus necesidades, implementando diversas estrategias: en el sitio de trabajo y en talleres de capacitación bajo el principio del "aprender-haciendo" y del aprendizaje significativo; mediante el Premio al Conocimiento en forma de concurso; realizando pasantías e intercambio de visitas entre unidades de salud; en sesiones de aprendizaje o intercambios de experiencias propias de la metodología del colaborativo; en encuentros nacionales e internacionales.

La educación continua que se implementa en las unidades de salud permite reforzar y actualizar las competencias del personal permanente, así como posibilita capacitar periódicamente a médicos y enfermeras en servicio social. Es notoria la docencia de los coordinadores y miembros de los equipos del MCC.

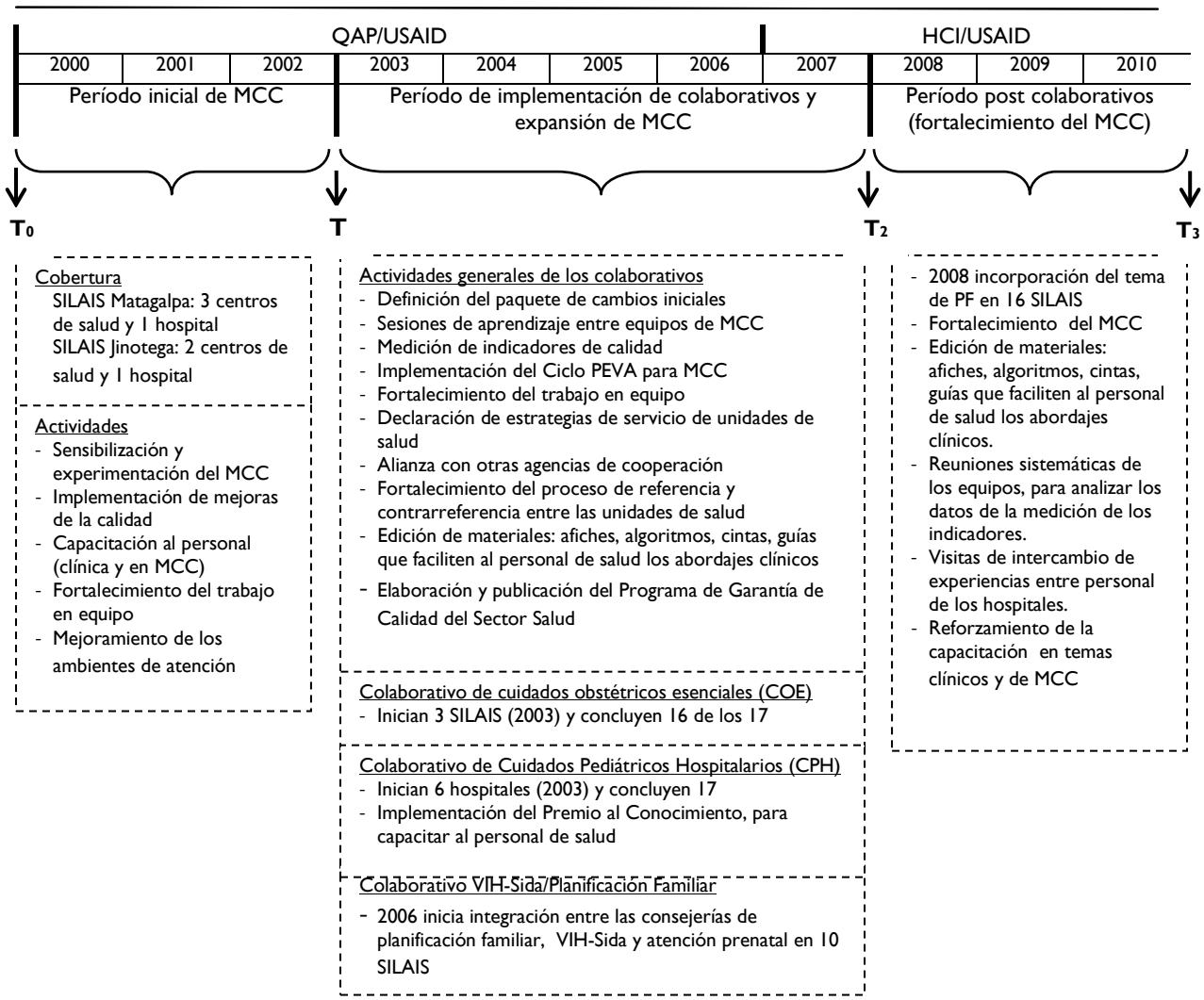
Es importante destacar que el MCC se ha ajustado al contexto nacional en relación con políticas, objetivos, metas y prioridades en la atención materno-infantil que determina el MINSA, así como con

los compromisos internacionales de país. Se ha promovido la interrelación con instituciones gubernamentales de salud de otros países.

El recorrido hacia la sostenibilidad de las mejoras implementadas en la calidad de la atención y la institucionalización de los procesos del MCC en el MINSA, aunque a diferentes niveles y ritmos de avance, ha permitido que esta experiencia adquirida por las unidades de salud, como protagonistas de su propio desarrollo, haya estandarizado los procesos en la atención diaria a los usuarios. El MINSA ha emitido normas, guías técnicas, protocolos y algoritmos; monitorea los indicadores a nivel local y nacional; implementa mejoras; intercambia experiencias; promueve la práctica de valores; supervisa a través del SILAIS.

En la Figura 2 se resume el marco general de los antecedentes de este estudio sobre la sostenibilidad de las mejoras en la atención materno-infantil e institucionalización del MCC en el MINSA, con la cooperación de USAID.

Figura 2: Ejecución de proyectos de USAID QAP y HCI en el MINSA - Nicaragua



En la Tabla 3 se describen las normas y protocolos diseñados por el MINA con la asistencia técnica y financiera de USAID/HCI. Ellos están institucionalizados y oficializados por el MINSA y son las herramientas de trabajo del personal de salud.

Tabla 3: Normativas emitidas por el MINSA con asistencia de USAID (QAP y HCI)

	Título de norma, guía o protocolo	No. edición	Fecha edición
Materno-Infantil	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 de 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
PF	Norma y protocolo de planificación familiar	1ª	Mayo 2008
	Guía rápida para la atención en planificación familiar	1ª	Diciembre 2008
	Rotafolio de consejería integrada para toma de decisiones	1ª	2008
	Nota clínica de planificación familiar	1ª	Marzo 2010
VIH	Guía práctica en procedimientos de diagnóstico del VIH para analistas de laboratorio	1ª	Noviembre 2007
	Norma y protocolo para la prevención de la transmisión vertical del VIH	1ª	Noviembre 2008
	Guías de manejo para la exposición vertical al VIH y enfermedad por el VIH y sida en niños, niñas y adolescentes	1ª	Noviembre 2008
	Protocolo de manejo integral de adultos con VIH/sida	1ª	Marzo 2009
	Algoritmo diagnóstico del VIH	1ª	Julio 2006
	Manual estigma y discriminación en unidades de salud del MINSA	1ª	Diciembre 2010

Fuente: Archivos de USAID/HCI

III. PROPÓSITO DEL ESTUDIO

El objetivo general del estudio era determinar los avances alcanzados por el MINSA en la sostenibilidad de las mejoras de la calidad de la atención en el área materno-infantil, incluyendo VIH-Sida y planificación familiar e institucionalización de los procesos de mejoramiento continuo de la calidad (medición de estándares e indicadores, análisis de datos de medición e implementación de mejoras). El estudio fue guiado por las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Las mejoras en la calidad de los procesos de atención, implementadas mediante el MCC, han sido incorporadas y se cumplen en la rutina de atención?
2. ¿Cuáles son las condiciones de la unidad de salud que están asociados con la sostenibilidad de las mejoras de la calidad de los procesos de atención?
3. ¿Se han aplicado las metodologías del MCC a otras áreas clínicas y administrativas de la unidad de salud?
4. Las actividades para el MCC, tales como: capacitación, asistencia técnica, suministro de insumos esenciales y materiales, monitoreo de indicadores, etc., ¿son apoyadas por el SILAIS? ¿Cuáles son los factores que contribuyen?
5. ¿Existen políticas, normativas, sistemas de monitoreo, estructuras de organización a nivel central que se crearon para desarrollar una cultura de calidad en la atención?

Para responder a estas preguntas de investigación, los objetivos específicos del estudio fueron:

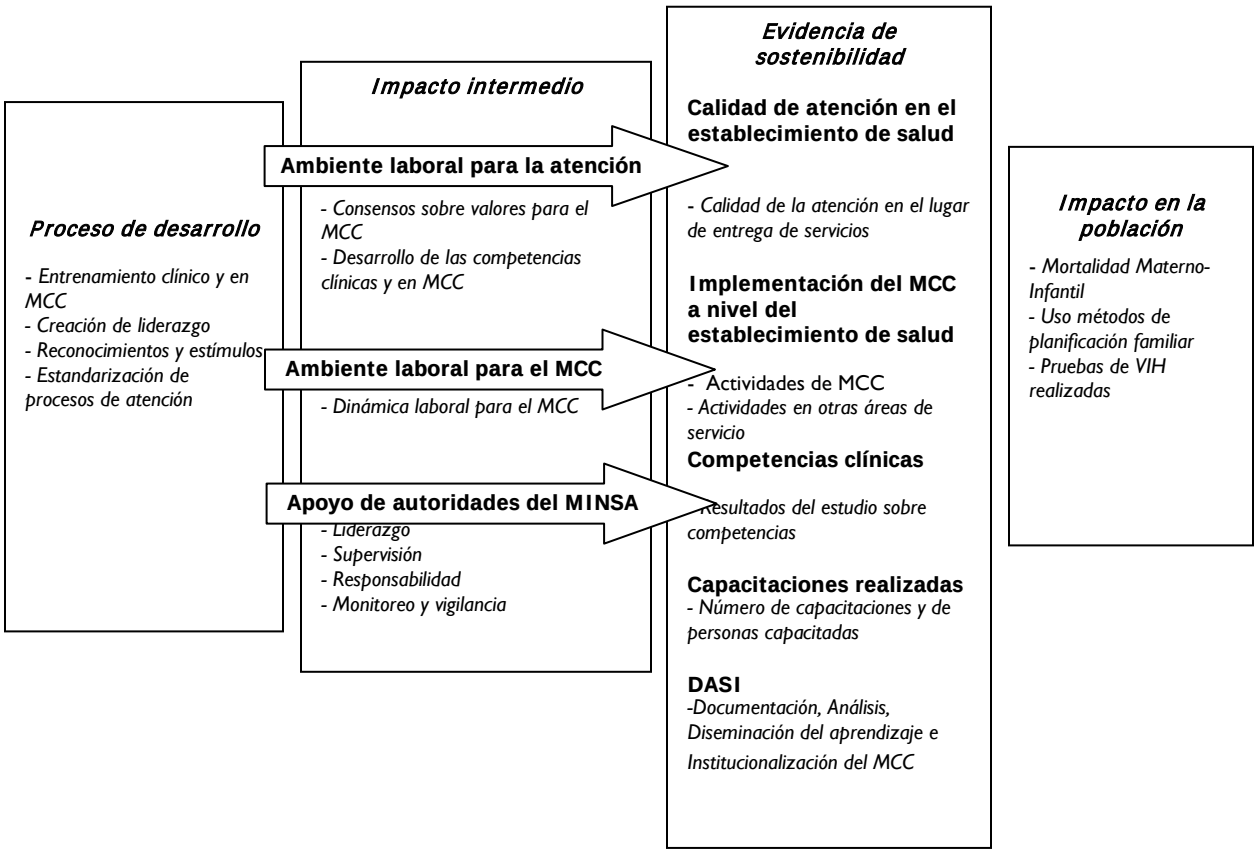
1. Identificar qué valores propios del mejoramiento continuo de la calidad practica el personal en la unidad de salud, a fin de que contribuyan con la sostenibilidad de los procesos de mejoramiento de la calidad.
2. Determinar cómo se asegura la educación continua del personal de la unidad de salud que contribuye con la sostenibilidad del mejoramiento continuo de la calidad.
3. Identificar cuáles son los factores que contribuyen con la sostenibilidad de los procesos de mejoramiento continuo de la calidad.
4. Mostrar cómo los procesos de mejoramiento continuo de la calidad se han extendido a otras áreas de la institución o servicios, en las unidades de salud.

IV. METODOLOGÍA

A. Marco conceptual del estudio

El marco conceptual usado en este estudio está basado en el utilizado por varios de los programas de USAID/HCI. Sin embargo, para el caso de Nicaragua éste se modificó debido a que se quiere analizar el proceso específico que se siguió para lograr la sostenibilidad de las mejoras de la calidad y del MCC en el MINSA, lo cual se muestra en la Figura 3. En este marco conceptual se indican los aspectos para alcanzar la sostenibilidad (Proceso de desarrolllo, Ambiente laboral para la atencion, Ambiente laboral para el MCC y el Apoyo de autoridades del MINSA). Enseguida, se evidencia la sostenibilidad en la calidad de atencion en el establecimiento de salud, el nivel de implementacion del MCC, y el nivel de desarrollo de las competencias clinicas. Finalmente, las mejoras y el MCC reflejan su impacto en la salud de la poblacion y el uso de servicios (mortalidad materno-infantil, pruebas de VIH, y uso de métodos de planificación familiar).

Figura 3: Marco conceptual para sostenibilidad de mejoras y MCC en MINSA-Nicaragua



B. Muestra

El universo de trabajo de MCC, apoyado por USAID (QAP – HCI), son 16 SILAIS de los 17 del país, cuya sede está ubicada en las ciudades cabeceras departamental. Así mismo, los centros de salud municipales y hospitales departamentales que integran estos SILAIS, incluyendo algunos que no son de atención materno-infantil.

La población de interés para el estudio está conformada por el personal del nivel central del MINSA, sede del SILAIS y unidades de salud, con cargos de dirección y operativos [médicos, enfermeras(os)] relacionados con el área de atención materno-infantil, incluyendo VIH-Sida y planificación familiar, quienes se han involucrado con las actividades del MCC y por consiguiente implementaron las mejoras en la calidad de la atención.

1. Criterios de selección de la muestra

- SILAIS y unidades de salud que se integraron al proyecto en cualquiera de los años del período 2000 - 2010 y están incluidos en el segundo estudio sobre competencias en el personal de salud, excepto un SILAIS, a fin de relacionar los resultados obtenidos en ambas investigaciones.
- En el caso de los equipos de dirección de la sede de SILAIS, hospitales y centros de salud, los criterios de selección fueron: que estuvieran involucrados con el proceso de MCC de interés del estudio y que tuvieran más de tres meses de laborar en el cargo.

2. Cantidades de la muestra

- 10 SILAIS (62% de los participantes de MCC)
- 10 hospitales (100% de los que brindan atención materno-infantil de 10 SILAIS)
- 20 centros de salud (2 por cada SILAIS, 13% del total de 154 del país[3])

Para la participación en los centros de salud, se estimó un número de 14 personas, que representan casi el universo de médicos y enfermeras que atienden materno-infantil. Para los hospitales el estimado fue de 22 personas, médicos y enfermeras que laboran en los servicios de pediatría y de ginecobstetricia, así como a responsables de la atención en VIH-Sida y planificación familiar.

Para calcular el número de participantes por instrumento del estudio, se decidió que las personas potencialmente elegibles para dos o más actividades (por ejemplo, llenado de un cuestionario y asistencia a un grupo focal), se involucraran solamente en una, a fin de minimizar el tiempo de participación de cada individuo y, así, evitar mayores interrupciones en sus labores de atención a los pacientes.

C. Técnicas para recolección de la información

Los datos fueron colectados por siete instrumentos cuantitativos y cualitativos. Al nivel de centros de salud y hospitales, se utilizó los siguientes instrumentos y técnicas:

- Cuestionario de información general: entrevista o auto-administrado al coordinador del MCC o autoridades en la unidad de salud;
- Grupos focales: personal involucrado en el MCC en la unidad de salud con al menos 4 personas de la unidad de salud o servicio: médicos, enfermeras(os), personal de laboratorio, personal administrativo que integran equipos de MCC o están involucrados en el mejoramiento;
- Cuestionario semi-estructurado: informantes claves (ej., coordinadores del MCC, jefes de servicio, miembros del personal designado);
- Cuestionario auto-administrado: personal involucrado en el MCC;

  Cuestionario auto-administrado: miembros del equipo de dirección de la unidad de salud involucrados en el MCC.

Al nivel de sede de SILAIS, se utilizó el siguiente instrumento:

- Cuestionario auto-administrado: miembros del equipo de dirección del SILAIS involucrados en el MCC.

Al nivel del MINSA Central, se utilizó el siguiente instrumento:

- Cuestionario auto-administrado: miembros de las direcciones de la sede central del MINSA.

También, se consultaron informes, memorias, sistematizaciones, etc. referidos a las experiencias y resultados del MCC en el MINSA.

La coordinación con el MINSA Central se realizó a través de la Secretaría General y la Dirección de Docencia e Investigación. Ambas instancias aprobaron la realización del estudio. Para cada unidad de salud se programó y ejecutó una visita para la recolección de información, debido a que solamente se disponía de un período menor de dos meses. En general, hubo mucha disposición y cooperación de las autoridades o funcionarios de las unidades de salud para aceptar la solicitud y participar en la

[3] USAID/HCI y UNICEF. Iniciativa de Unidades de Salud Amigas de la Niñez y la Madre en Nicaragua. Factores influyentes para el éxito y sostenibilidad. Pág. 6. Octubre 2006. Managua, Nicaragua.

recolección de información. Sin embargo, no se pudo evitar que en varias ocasiones las personas requeridas estuvieran ausentes por haberles surgido otros compromisos relacionados con su trabajo.

Los resultados de recolección de información son los siguientes:

- Se cumplió con la visita al 100% de sedes de SILAIS, de hospitales y de centros de salud seleccionados para el estudio.
- Se logró el 79% (469 de 590) de participantes seleccionados para el estudio. Este dato se detalla por instrumentos aplicados en estudio en la Tabla 4.
- En los centros de salud se logró un 90% (253 de 280) de participantes seleccionados para el estudio.
- En los hospitales se alcanzó el 55% (171 de 310) de participantes seleccionados para el estudio.
- El número de personas que lograron participar en el estudio fue determinado finalmente por el hecho de que solamente se aplicó a las que estaban presentes al momento de la visita, y que no tenían otros impedimentos laborales para su participación, siempre y cuando cumplieran con los criterios de selección. Por ejemplo: cuando los médicos y enfermeros estaban en quirófano no se les involucró.
- La recolección de información se realizó, estrictamente, durante las horas laborales, acorde a los horarios de trabajo de cada unidad de salud.
- El cuestionario semi-estructurados dirigido a los informantes claves inicialmente se aplicó como entrevista, pero luego se implementó auto-administrado primero, a petición de los participantes y, segundo, porque permitía optimizar el tiempo del personal de salud y de los consultores.
- Se realizaron 27 (90%) grupos focales de 30 planificados. Los tres faltantes fue debido a que el personal no estaba disponible en el momento de la visita.

Tabla 4: Muestra por instrumento para recolección de información

	Centro de Salud (20)	Hospital (10)	Sede de SILAIS (10)	Nivel Nacional	Total
Cuestionario de información general	20	17	-	-	**37**
Grupo focal	73	37	-	-	**110**
Cuestionario para informantes claves	19	20	-	-	**39**
Cuestionario para personal involucrado en el MCC	80	63	-	-	**143**
Cuestionario para miembros del equipo de dirección de la unidad de salud	61	34	-	-	**95**
Cuestionario para miembros del equipo de dirección de SILAIS	-	-	42	-	**42**
Cuestionario para miembros de la sede central de MINSA	-	-	-	3	**3**
Total	**253**	**171**	**42**	**3**	**469**

D. Procesamiento de datos

La información cuantitativa se registró en una base de datos utilizando el programa SSPS (Statistical Package for the Social Sciences) versión para Windows 18.0. Los datos cualitativos se analizaron por áreas temáticas a fin de examinar las percepciones sobre el grado de sostenibilidad logrado, así como para obtener recomendaciones para su fortalecimiento. Las grabaciones en sonido de los grupos focales se transcribieron y consolidaron por cada área temática.

Otra herramienta de análisis y evaluación es la denominada DASI mediante la cual se calcula el puntaje que representa los avances alcanzados por cada SILAIS según criterios referidos al MCC y sostenibilidad de las mejoras en la calidad de la atención. El instrumento DASI incluye algunas variables e indicadores del estudio. Así mismo, contiene los criterios para indicar los niveles de rendimiento de la muestra seleccionada. El puntaje utilizado es: 3 = Muy satisfactorio (consistente y completo), 2 = Satisfactorio (consistente y relativamente completo), 1 = Insatisfactorio (Inconsistente e incompleto), 0 = No existente (inexistente).

En cuanto al riesgo de sesgo del estudio, éste podría ser por razones tales como: diferencias en el uso de la terminología de MCC, personal con vacíos de información, la muestra no fue al azar, la muestra puede ser muy reducida para sacar conclusiones muy generales.

En general, la información resultante del estudio podrá ser relacionada a profundidad con otros estudios realizados por USAID/HCI, sobre todo con los datos del monitoreo de la medición de indicadores de calidad y con el segundo estudio sobre competencias en el personal de salud en atención materno infantil que, al cierre de este informe, todavía no está concluido.

V. RESULTADOS DEL ESTUDIO

Ordenados de acuerdo al marco conceptual, se enuncian a continuación los principales hallazgos sobre las evidencias de sostenibilidad de las mejoras de la calidad en la atención materno-infantil e institucionalización del MCC en 20 centros de salud y 10 hospitales, pertenecientes a 10 SILAIS del MINSA.

Enfocados hacia la sostenibilidad de las mejoras de la atención y la institucionalización alcanzada en los procesos del MCC, en cada unidad de salud se exploró acerca de cuatro componentes del marco conceptual:

1. Proceso de desarrollo
2. Impacto intermedio
3. Evidencia de sostenibilidad
4. Impacto para la población

En las conclusiones del estudio se presenta el resultado de la evaluación de los resultados aplicando el DASI, el cual consolida los cuatro temas.

A. Proceso de desarrollo

A continuación se enuncian los resultados de los procesos implementados, sobre todo al inicio, para las actividades de MCC y la implementación de mejoras en la calidad de atención. Estos procesos incluyen entrenamiento clínico y en MCC, creación de liderazgo, reconocimiento y estímulos, y la estandarización de procesos de atención.

1. Entrenamiento clínico y en MCC

En los grupos focales los participantes respondieron que habían cuatro formas de entrenamiento usados para las diferentes etapas de capacitación (inicial, permanente o para personal nuevo): talleres de capacitación, talleres de capacitación junto con educación continua, capacitación inicial para

personas nuevas, y apoyo técnico en el puesto de trabajo. En este mismo inciso, se describen cada una de éstas. En la Tabla 5 se presenta la frecuencia de las formas de entrenamiento utilizadas en las unidades de salud del estudio, de acuerdo a los encuestados.

Tabla 5: Actividades para desarrollo de competencias clínicas y de MCC implementadas en las unidades de salud

Formas de entrenamiento	Centros de Salud n=18	Hospitales n=9
Solamente talleres de capacitación	8 (44%)	2 (22%)
Talleres de capacitación junto con educación continua	10 (56%)	7 (78%)
Capacitación inicial para el personal de nuevo ingreso	17 (94%)	7 (78%)
Apoyo técnico en el puesto de trabajo	17 (94%)	7 (78%)

*Nota: En 2 de los 20 centros de salud y en 1de los 10 hospitales no se realizaron grupos focales

Capacitación inicial

En todos los SILAIS, por la información recolectada en los grupos focales (centros de salud y hospitales), el proceso de capacitación empezó con una capacitación inicial, en diferentes períodos para cada SILAIS.

En el primer período, se realizó la capacitación mediante talleres para aquellas que iniciaron el MCC en el 2000, organizados en conjunto con las sedes de SILAIS respectivas e impartidos por asesores del proyecto, tanto en temas clínicos como metodológicos del MCC, partiendo de las necesidades reales del personal, utilizando técnicas participativas y demostrativas, incluyendo al 100% del personal del área de atención materno-infantil, por lo que no requerían multiplicación o réplica. Comenzaron la implementación de mejoras en los procesos clínicos de atención.

En el segundo período, la capacitación estuvo dirigida las unidades que se involucraron durante la fase demostrativa de los colaborativos de MCC en 2003 (materno-infantil) o 2006 (VIH-Sida). En la primera sesión de aprendizaje se capacitaron en los temas básicos, tanto clínicos como de MCC, igualmente organizadas con la sede de SILAIS y los temas fueron impartidos por los asesores del proyecto. Posterior a la sesión de aprendizaje, los participantes multiplicaron la capacitación al resto del personal involucrado en el MCC.

Y, luego abarcando el segundo y tercer período (2005 – 2008), se realizó la capacitación para las unidades participantes en la fase de expansión de los colaborativos. Por ello, algunas asistieron a sesiones de aprendizaje, otras a capacitaciones organizadas e impartidas por la sede del SILAIS, con el apoyo de los asesores del proyecto, sobre todo dirigidas a los centros de salud municipales que incorporaron el MCC. Para este momento, ya el MINSA había emitido normas, guías, protocolos, algoritmos, indicadores de calidad, etc., para la atención materno-infantil, los cuales se elaboraron con el apoyo de USAID y con la participación del personal involucrado en los dos momentos anteriores (Ver listado en la Tabla 2). En estos años, todas las unidades de salud están compartiendo el aprendizaje y buscando de diversas formas la sostenibilidad de las mejoras en la calidad de atención.

Una modalidad de capacitación inicial fue el Premio al Conocimiento, consistente en una especie de concurso del personal médico y de enfermería sobre el estudio de las normas, protocolos y guías técnicas. Se realizó a nivel nacional, con la participación de delegados de las unidades de salud involucradas en los colaborativos de mejoramiento.

Capacitación permanente

En 17 (94%) centros de salud y 7 (78%) de los hospitales reportaron que regularmente, durante el desarrollo del trabajo, los jefes o miembros de los equipos (con mayor conocimiento y/o experiencia clínica o en MCC) brindan asistencia técnica para apoyar a quienes tengan dificultades durante la atención para contribuir a que las mejoras implementadas sean sostenibles.

Así mismo, en 10 (56%) centros de salud y 7 (78%) expresaron que desarrollan las competencias del personal mediante la modalidad de educación continua, la cual consiste en sesiones de capacitación periódica (semanal, quincenal, mensual) con duración de 1 ó 2 horas, en las que desarrollan un tema, o analizan un caso, según las dificultades encontradas en el trabajo diario, o con fines de actualización. Los docentes, en su mayoría, son los jefes o miembros de los equipos. A veces se asigna el tema a la persona que tuvo la dificultad para aplicar un estándar.

También, en las unidades de salud organizan y ejecutan talleres de capacitación, con duración de 8 horas o más, de acuerdo con las necesidades detectadas en el personal, o para introducir un nuevo procedimiento o estándar. Los docentes pueden ser personal que está multiplicando un entrenamiento o técnicos del MINSA (SILAIS o Sede Central) y/o de agencias de cooperación.

Entrenamiento a personal de nuevo ingreso

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 en que realizan pasantías por las diversas áreas. En general, recomiendan que las instituciones formadoras preparen a los estudiantes acerca de procedimientos clínicos, protocolos, normas, estándares e indicadores del Sistema de Salud del país.

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.

2. Creación de liderazgo

La creación de liderazgo está referida a cómo ésta contribuye con la sostenibilidad de las mejoras en la calidad de atención y con la institucionalización del MCC. En el 94.7% (28 de 30) de las unidades de salud del estudio (centros de salud y hospitales) reportaron por el cuestionario de información general que hay un líder para MCC.

En la Tabla 6 se muestra el porcentaje de cumplimiento de los roles y responsabilidades de los líderes del MCC según lo expresado por los 38 entrevistados.

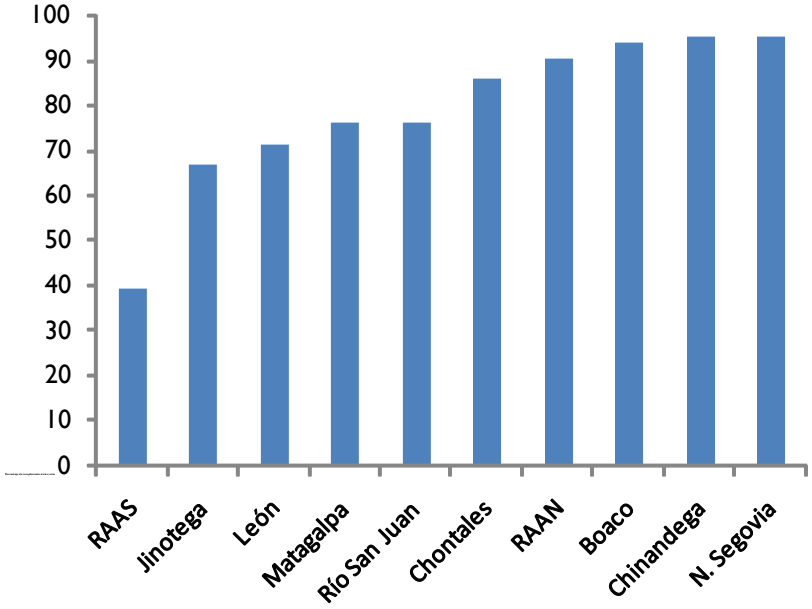
Tabla 6: Porcentaje de cumplimiento de los roles de los líderes del MCC

Roles y responsabilidades	Porcentaje de cumplimiento del rol (n=38 entrevistados)
Asegurar el monitoreo de los indicadores	94.7%
Organizar las reuniones para el MCC	92.1%
Supervisar al personal involucrado en el MCC	89.5%
Servir como intermediario entre el personal involucrado en el MCC y la administración	78.9%
Servir como intermediario entre el personal involucrado en el MCC y los supervisores o asesores	76.3%
Promover y aplicar el ciclo rápido de mejora	76.3%
Asegurar que escriban o documenten las actividades de mejora	60.5%

Nota: Aparecen más de 30 entrevistados porque en los hospitales, se calculó uno por servicio (Ginecobstetricia, Pediatría, PF y VIH), pero no siempre se pudo aplicar a todos.

De los nueve roles mencionados en la Tabla 6, a continuación se muestra en la Figura 4, el cumplimiento promedio (en porcentaje) de los mismos por cada de las 29 SILAIS.

Figura 4: Cumplimiento de los roles en porcentaje por SILAIS



3. Reconocimiento y estímulos por las mejoras logradas mediante el MCC

En general, los participantes en los grupos focales expresaron que, a nivel de la sede del SILAIS, la unidad de salud y las áreas de trabajo, aunque siempre se señalen las fallas cometidas, debían fortalecer el reconocimiento y los estímulos, ya que éstos no se realizan con la frecuencia requerida y, cuando se hace, éstos no son específicos por el trabajo y resultados del MCC. Sin embargo,

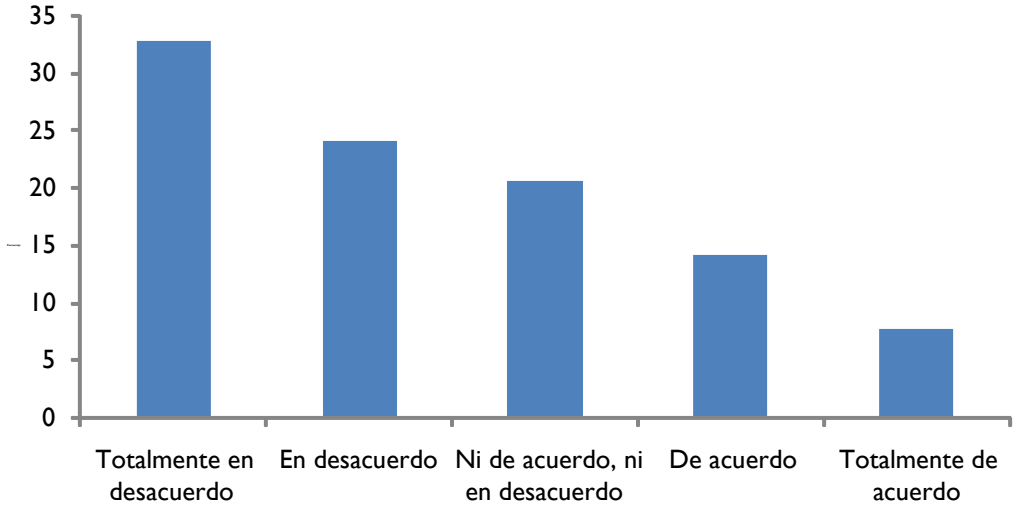
expresaron sentirse satisfechos porque los usuarios frecuentemente expresan su valoración positiva cuando recibieron una atención de calidad.

Una de las formas utilizadas, en cuanto a reconocimiento y estímulo, es destacar y reconocer, en las reuniones de presentación de resultados, cuando hospitales y centros de salud alcanzan porcentajes altos de cumplimiento de los indicadores de los diferentes servicios. La forma más frecuente es la que realizan algunos jefes cuando sus equipos de trabajo logran mantener o incrementar los niveles de cumplimiento de los indicadores.

Así mismo, expresaron que tanto el reconocimiento como el estímulo son importantes, ya que todas las personas lo desean y esperan, pues las satisface escuchar un elogio o recibir un estímulo, cuando se realizan grandes esfuerzos y se cumple con calidad al servir a los usuarios. Sin embargo, también afirmaron que el interés y la motivación por hacer bien el trabajo y servir con calidad a los usuarios, continúan sintiéndose entre el personal de sus unidades de salud, ya que su satisfacción personal por el trabajo cumplido es significativa para ellos.

La Figura 5 muestra la percepción de 140 personas de las 143 que respondieron el cuestionario para personal involucrado en el MCC al nivel de centro de salud y hospital, específicamente donde se pregunta si "las personas son recompensadas cuando hacen bien su trabajo de mejoramiento continuo de la calidad". La suma de las categorías en desacuerdo (57%) es mayor que las de acuerdo (22%). Así mismo, 21% respondieron "Ni de acuerdo, ni en desacuerdo". Lo cual coincide con lo que expresaron la mayoría de los 110 participantes en los grupos focales.

Figura 5: Percepción acerca de si las personas son recompensadas por el MCC



4. Estandarización de procesos clínicos de atención para sostenibilidad de las mejoras

Durante los diez años de esta cooperación de USAID, el MINSA, con su ayuda y la de varios organismos, ha emitido normas, protocolos, guías clínicas, algoritmos, estándares e indicadores de calidad para la atención materno-infantil, así como de VIH-Sida y planificación familiar (ver Tabla 2). De igual forma, el MINSA ha formulado políticas y planes estratégicos de salud, en los cuales se ha

incluido el mejoramiento continuo de la calidad. A nivel de país en el año 2002 se aprobó la Ley de Salud, No. 423, ésta contiene el Capítulo VI, Del Sistema de Garantía de Calidad[4].

En los 27 grupos focales realizados durante el estudio, los participantes expresaron que la estandarización de los procesos de atención y la sostenibilidad de los cambios o mejoras organizacionales probados, se ha logrado mediante las siguientes actividades que se implementan de forma regular: capacitación permanente; tutoría al personal de nuevo ingreso; estudio en grupos de normas, protocolos, guías clínicas y algoritmos; supervisión y asistencia técnica sistemáticas; medición sistemática de indicadores de calidad; implementación de mejoras en los procesos de atención según normas; control durante las entregas de turno; visitas integrales a las salas; llamados de atención directos; y reorganización del trabajo y del personal.

Sin embargo, en algún proceso clínico, aún cuando ya se estandarizó, expresaron los participantes, se pueden producir brechas en la calidad de la atención, principalmente por causas propias del sistema de salud, ya que aún no se ha logrado tener todas las condiciones necesarias para brindar a los usuarios un mejor servicio. Por ejemplo, sustitución de equipos, suministro completo de material de reposición, cantidad de personas requeridas en relación con el número de pacientes a atender o personal con especialización, instalaciones para poder realizar procedimientos clínicos más complejos. Algunas limitaciones dificultan el que se pueda implementar mejoras que dependen de éstas. Por ello, concluyen en que se avanza hasta donde es posible según la realidad institucional.

En relación con las actitudes del personal, expresaron que al inicio del proceso se presenta resistencia a la implementación de los cambios o mejoras; pero, luego se va venciendo y se asume el compromiso de que sea sostenible.

B. Impacto intermedio

1. Consenso sobre valores que favorecen la sostenibilidad de las mejoras y la institucionalización del MCC

Los valores seleccionados para conocer la percepción del personal sobre su práctica son: interés primordial por la calidad, interés en la satisfacción del usuario, trabajo en equipo y respeto por las ideas o aportes del personal. A continuación el resumen de lo expresado en los grupos focales.

Interés primordial por la calidad

En general, expresaron que este valor está en el pensamiento de la mayoría de los involucrados en el MCC; que desean trabajar con calidad, cumplir la normativa y los estándares e indicadores de calidad, para brindar atención con calidad y calidez; sin embargo, no siempre se logra por las mismas limitaciones ya mencionadas en los incisos anteriores. Pero, cada vez que realizan bien el trabajo sienten satisfacción personal y aprecian el aprendizaje y la experiencia que van logrando con el mejoramiento.

Centrar el interés en la satisfacción del usuario

Perciben que se practica este valor en la mejoría de la satisfacción de los usuarios, lo cual se expresa en las encuestas aplicadas a ellos. Pero, las limitaciones mencionadas también afectan en este sentido.

---

[4] La ley establece en el artículo 8, el derecho a los usuarios del sector Salud, públicos y privados exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud, cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales. En su Arto. 53. mandata a las instituciones de servicios públicos y privados, establecer un Sistema general de Garantía de Calidad, cumplir con los manuales y estándares del sector salud y textualmente dice: Un Sistema de garantía de calidad, el cual provee la certeza del Estado a los administradores de recursos privados o de las cotizaciones; a las instituciones prestadoras de servicios; a los profesionales de la salud y a los usuarios, de que su interacción o relación, dentro del modelo de atención en salud adoptado en Nicaragua, se lleva a cabo sobre la base de una óptima utilización, mejoramiento, renovación y capacitación, según sea el caso, de los recursos existentes en cuanto a tecnología; recursos humanos, infraestructura, insumos, medicamentos y gestión.

La demanda de atención y la capacidad de la oferta de servicios no permiten cumplir en el 100% de las expectativas y necesidades de cada usuario. Sin embargo, cuando se trata de niños y embarazadas, se les atiende con prioridad, por lo que hay unidades de salud que no han tenido muertes maternas en un período, o que han reducido el número significativamente. En general, expresaron sentirse satisfechos cuando los usuarios valoran positivamente los esfuerzos realizados por el personal para atenderlos.

Trabajo en equipo

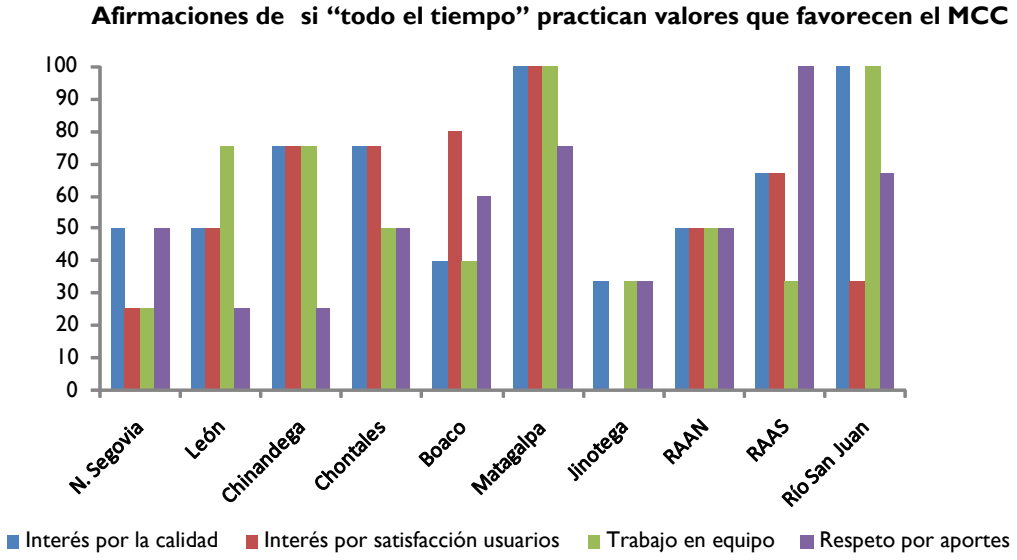
Al indagar sobre la práctica de este valor, expresaron que si no fuese por el trabajo en equipo, no pudieran implementar mejoras y alcanzar niveles altos de cumplimiento de los indicadores de calidad. En general, hay coordinación entre la mayoría de los miembros de los equipos, hay apoyo cuando alguno tiene dificultades, hay disposición para asegurar la atención con calidad y calidez. Sin embargo, como es normal, se enfrentan a comportamientos negativos que no favorecen el trabajo en equipo, los cuales se tratan de combatir con el ejemplo o con la persuasión a quienes los manifiestan. Los jefes, en general, se integran al trabajo operativo en los momentos de mayor tensión y contribuyen efectivamente con el cumplimiento de la unidad de salud.

Respeto por las ideas o aportes del personal

La dinámica de trabajo en la unidad de salud propicia oportunidades para tomar en cuenta los aportes del personal. Por ejemplo, durante las diferentes actividades para el desarrollo de competencias (capacitación), las entregas de turno, los análisis de resultados de medición de los indicadores, así como en la interacción de rutina al momento de realizar los procesos clínicos para brindar la atención.

No siempre se toman en cuenta estos aportes, pero en general utilizan el consenso para tomar decisiones que conduzcan hacia la sostenibilidad de las mejoras en los procesos clínicos y en la institucionalización del MCC. Ocurre que a veces algún jefe no toma en cuenta las opiniones, pero es por debilidad en su liderazgo, producto de la necesidad de formación al respecto. En la Figura 6 se presenta la percepción cuantitativa de los 38 informes claves sobre si "todo el tiempo" practican los valores que favorecen la sostenibilidad de las mejoras de la calidad de la atención y la institucionalización del MCC por SILAIS.

Figura 6: Percepción acerca de si "todo el tiempo" practican los valores que favorecen el MCC

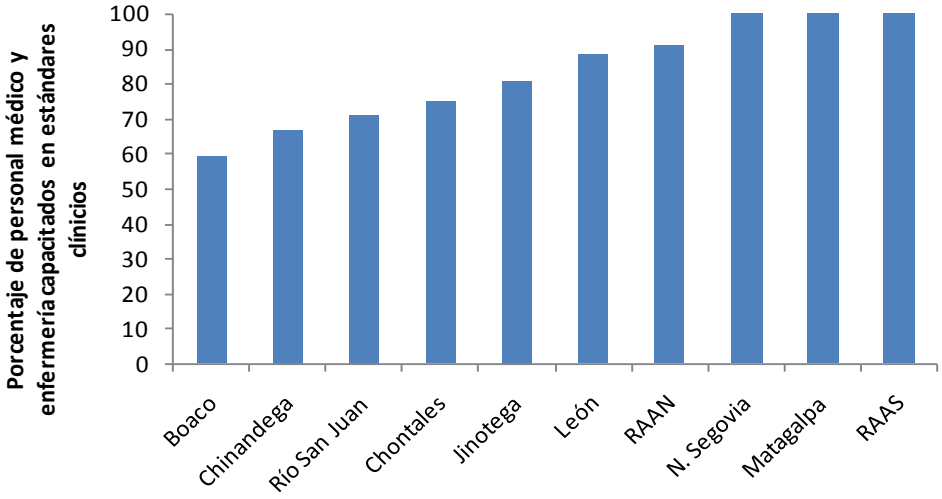


2. Desarrollo de las competencias clínicas y en MCC

Medimos el desarrollo de las competencias clínicas y en MCC en dos formas. Una fue acerca de médicos y enfermeras capacitados en estándares clínicos y, otra, sobre experiencias y conocimientos reflejados en un listado de 11 actividades propias del MCC.

La Figura 7 muestra la información proporcionada por 34 personas de la 37 que llenaron el cuestionario de información general, acerca del porcentaje de médicos y enfermeras que están atendiendo materno-infantil, VIH y planificación familiar, que se capacitaron en relación con los indicadores clínicos vitales de los componentes del estudio.

Figura 7: Porcentaje de médicos y enfermeras que están atendiendo materno-infantil, VIH y planificación familiar que se capacitaron sobre estándares clínicos



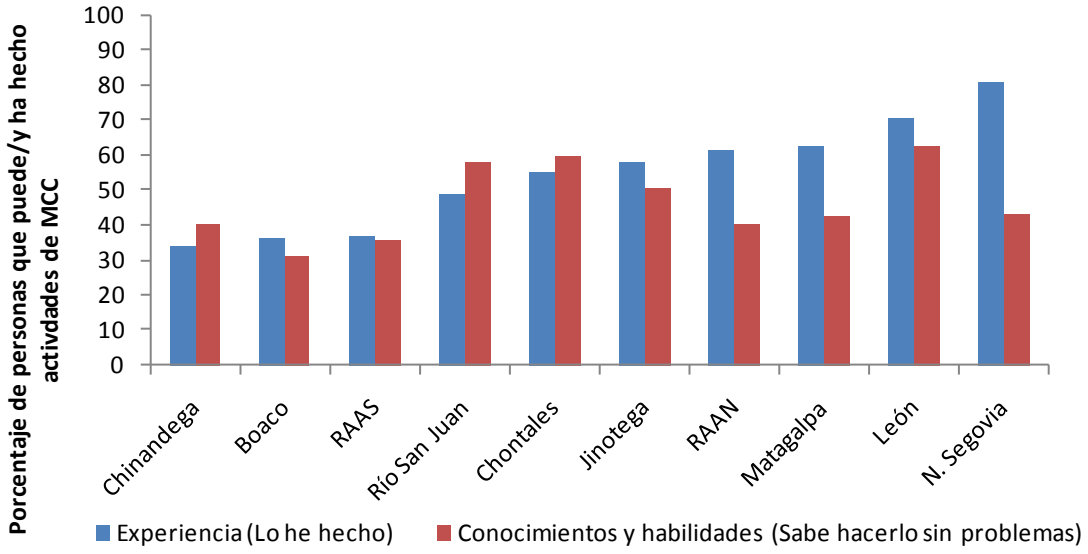
Fuente: Instrumento S0 del estudio n=38 entrevistas

En la Figura 8 se presenta el nivel de experiencia y conocimientos del personal médico y de enfermería que atiende materno-infantil, VIH y planificación familiar, por SILAIS, según las respuestas de 140 personas de 143 que respondieron el cuestionario de personal involucrado en el MCC. En cada encuesta se presentó una lista de 11 actividades de MCC, agrupadas en los temas: probar y escribir un cambio en un proceso, monitoreo de datos, y compartir lecciones aprendidas. Cada encuestado contestó si él/ella tiene experiencia con cada actividad (Sí, lo he hecho) y/o tiene los conocimientos y habilidades sobre cada actividad (Sabe hacerlo sin problemas).

3. Dinámica laboral para el MCC

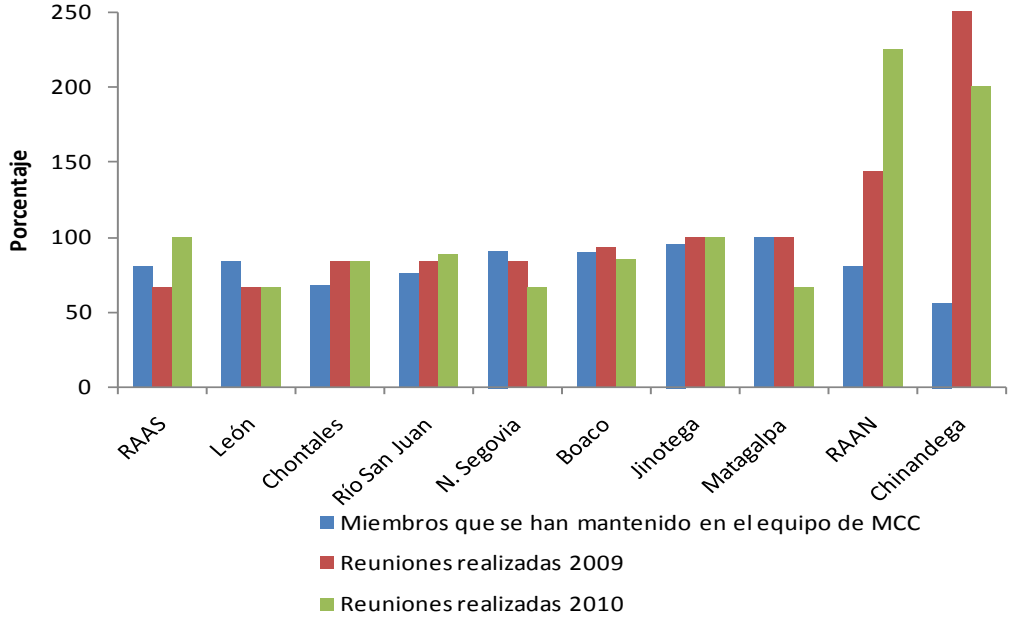
Se midió la dinámica laboral para el MCC de acuerdo con dos indicadores: 1) cuántos miembros del equipo de MCC continúan en éste desde que se constituyó, 2) cuántas de las reuniones planificadas se realizaron tomando los años 2009 y 2010. La Figura 9 se muestra los resultados de estos indicadores al nivel SILAIS. Se refleja que en los años 2009 y 2010, algunos SILAIS están realizando más reuniones que fueron planificadas, que se pude ser evidencia de que el MCC forma parte de la rutina de trabajo.

Figura 8: Nivel de experiencia y conocimientos acerca de las actividades del MCC por SILAIS



Fuente: Instrumento S3 del estudio n=140 personas

Figura 9: Retención de miembros en los equipos de MCC y cumplimiento de reuniones planificadas

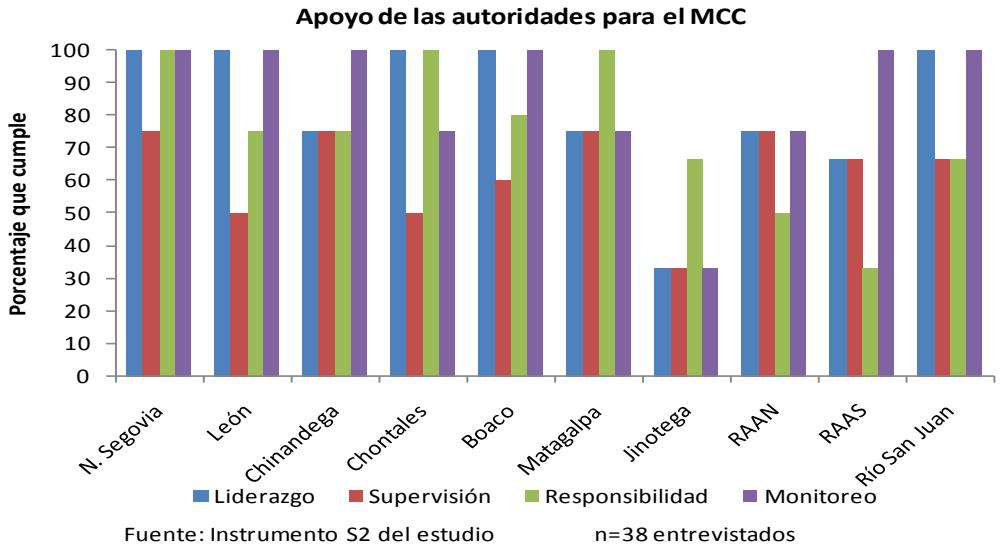


Fuente: Instrumento S0 del estudio n=23 (2009) n=27 (2010)

4. Apoyo de las autoridades del MINSA

En relación con este indicador del estudio, 38 personas de las 39 entrevistadas mediante el cuestionario de informes claves, también expresaron su percepción sobre la institucionalización del apoyo al MCC por parte de las autoridades MINSA, tal como se resume en la Figura 10.

Figura 10: Apoyo de las autoridades para el MCC

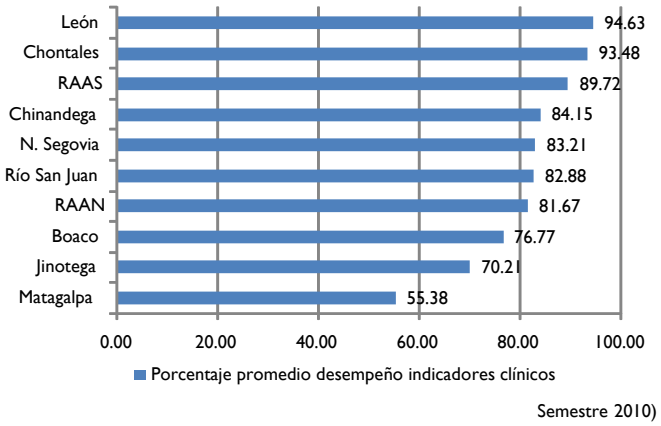


C. Evidencia de la sostenibilidad

1. Calidad de la atención en el lugar de entrega de servicios

Para recopilar información referida al indicador del estudio calidad de la atención, específicamente en cuanto al desempeño de los indicadores clínicos priorizados, se consultó el archivo de monitoreo de USAID/HCI correspondiente al primer semestre del 2010. En la Figura 11 se presenta el resultado del cálculo del porcentaje promedio logrado en atención materno-infantil, VIH y planificación familiar, según corresponde a las 3 unidades de los 10 SILAIS participantes en el estudio. En algunos casos no se tenía datos del período determinado. Estos resultados muestran que 7 de los 10 SILAIS incluidos en el estudio están cumpliendo más de 80%. Los SILAIS Jinotega (70.21%), Boaco (76.76%) y Matagalpa (55.38%) están cumpliendo menos del 80%.

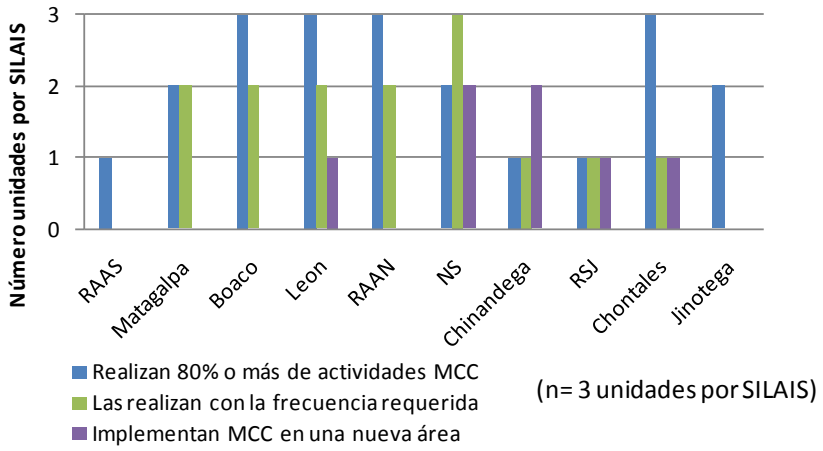
Figura 11: Nivel de sostenibilidad en el desempeño de estándares clínicos vitales seleccionados



2. Actividades de MCC y expansión a otras áreas

En relación con la implementación del MCC a nivel de las unidades de salud seleccionadas, se recopiló información utilizando el cuestionario de informes claves, en el cual se enlistaron 13 actividades propias del MCC y se preguntó si las realizan actualmente con la frecuencia requerida. Así mismo, si han aplicado el MCC a otras áreas, diferentes a las de atención materno-infantil. De las 30 unidades de la muestra del estudio, 20 cumplen el 80% y más de las actividades del MCC, 10 cumplen con menos del 80%, 14 con la frecuencia requerida y 7 implementan MCC en una nueva área. En la Figura 12 se muestran los datos por SILAIS.

Figura 12: Número de unidades de salud que cumplen con más 80% de las actividades del MCC y con la frecuencia requerida – Expansión del MCC a otras áreas

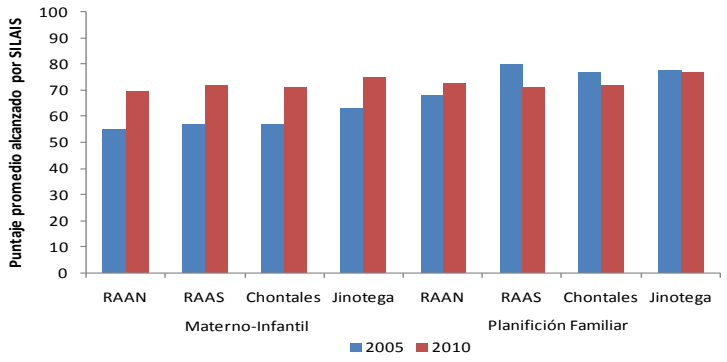


Fuente: Instrumento S2 del estudio

3. Competencias clínicas

A fin de responder al indicador del estudio referido a los niveles de desarrollo de las competencias clínicas en las 30 unidades del estudio, se consultaron los resultados del estudio sobre este tema recientemente realizado por USAID/HCI. Los datos recabados se refieren a conocimientos y habilidades en relación con los indicadores clínicos de atención materna-infantil, incluyendo planificación familiar. Sin embargo, de los SILAIS del estudio en mención, solamente cuatro (RAAN, RAAS, Chontales y Jinotega) coinciden con los 10 del estudio de sostenibilidad. En la Figura 13 se presenta la información correspondiente a estos cuatro SILAIS, incluyendo los datos del estudio similar (línea de base) del 2005. Mientras los cuatro SILAIS han aumentado en relación a competencias de materno-infantil, solo RAAN ha aumentado en relación a planificación familiar.

Figura 13: Puntaje promedio de competencias clínicas

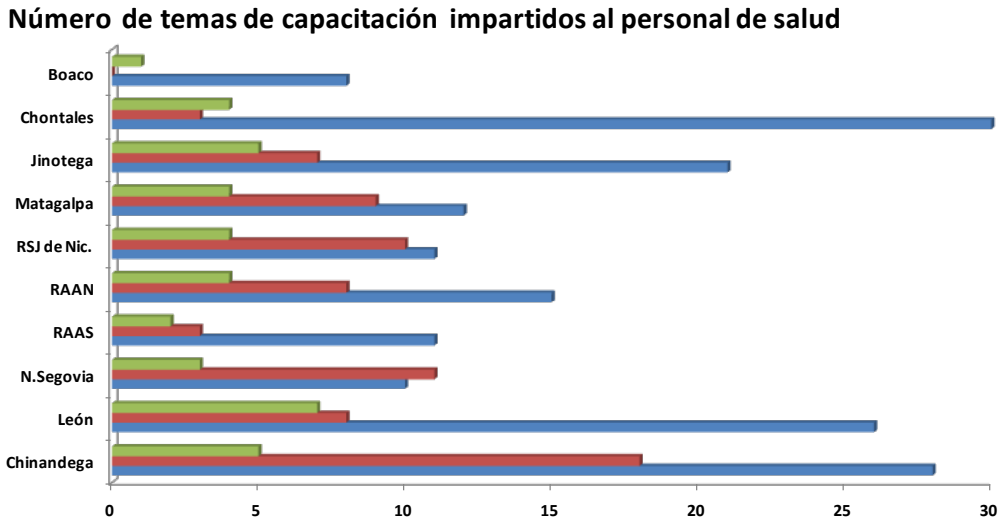


Fuente: Estudios competencias clínicas en atención materno-infantil y planificación familiar

4. Número total de capacitaciones y personas capacitadas

A lo largo de los 10 años de colaboración del proyecto, los asesores capacitaron, durante los talleres o las visitas de asistencia técnica a las unidades de salud, en temas clínicos y en metodologías de MCC tales como: medición de indicadores, utilización de bases de datos, interpretación de gráficos, y ciclos rápidos de mejora. Los participantes en el estudio expresaron que estas capacitaciones luego se van trasmitiendo, durante el trabajo, a los demás miembros del personal. A continuación, se presentan gráficos sobre datos cuantitativos de esta capacitación (Figuras 14 y 15). Según los archivos de USAID/HCI, para el período 2005-2010, el total de capacitaciones fue de 367 y el número de participantes/curso fue de 7.847. El mayor número de capacitaciones en materno-infantil fue en Chontales (30), seguido por Chinandega (28), León (26) y Jinotega (21). En planificación familiar, el mayor número de capacitaciones se dieron en León (7) y Chinandega (5). En VIH, fue Chinandega (18), seguido por Nueva Segovia (11).

Figura 14: Número de temas clínicos de capacitación impartidos por USAID (QAP y HCI)

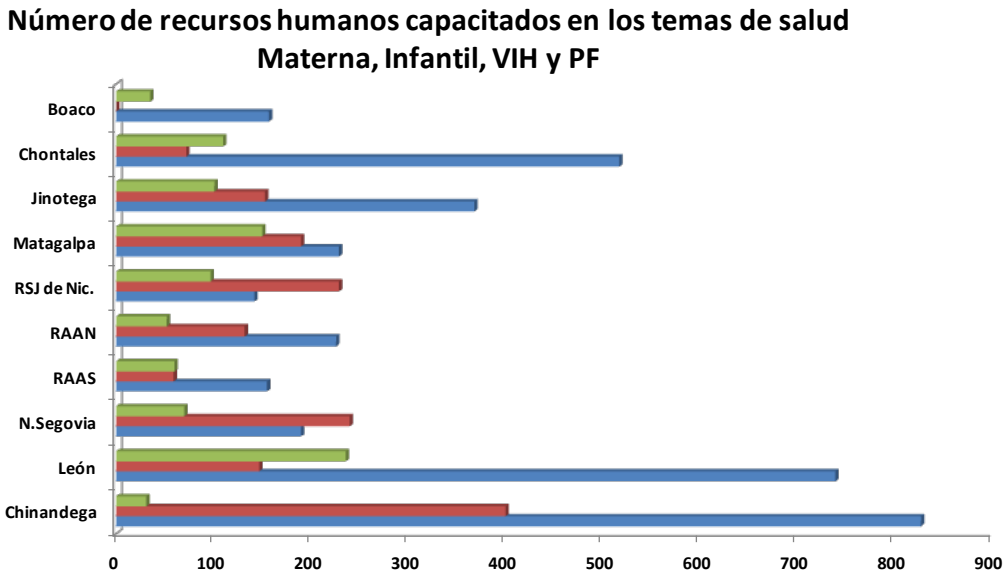


	Chinandega	León	N.Segovia	RAAS	RAAN	RSJ de Nic.	Matagalpa	Jinotega	Chontales	Boaco
Planificación Familiar (2008-2010)	5	7	3	2	4	4	4	5	4	1
VIH (2006-2010)	18	8	11	3	8	10	9	7	3	0
Materno-Infantil (2005-2010)	28	26	10	11	15	11	12	21	30	8

Fuente: Registros de capacitación USAID/HCI

Como se muestra en la Figura 15, el mayor número de personas que se capacitaron en materno-infantil fue en Chinandega (827), León (739), Chontales (517) y Jinotega (368). En planificación familiar fue León (236) y Matagalpa (150). En VIH fue en Chinandega (400) y Nueva Segovia (230).

Figura 15: Número de personas capacitadas por USAID (QAP y HCI)



	Chinandega	León	N.Segovia	RAAS	RAAN	RSJ de Nic.	Matagalpa	Jinotega	Chontales	Boaco
Planificación Familiar (2008-2010)	31	236	70	60	52	97	150	101	110	35
VIH (2006-2010)	400	147	240	59	132	229	190	153	72	0
Materno-Infantil (2005-2010)	827	739	190	155	226	142	229	368	517	157

Fuente: Registros de capacitación USAID/HCI

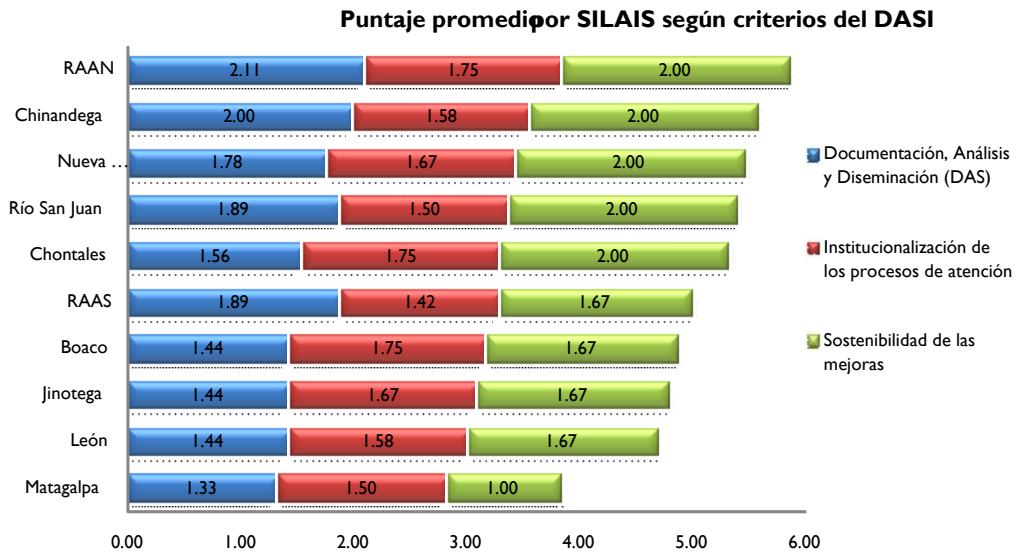
5. DASI (Documentación, análisis, diseminación del aprendizaje e institucionalización del MCC)

Mediante la aplicación del instrumento DASI se calculó el puntaje que representa el avance alcanzado por la muestra de 30 unidades de salud de 10 SILAIS según los criterios de esta herramienta referidos también a la sostenibilidad de las mejoras de la calidad de la atención e institucionalización del MCC.

En la matriz del DASI, para cada unidad de salud se asignó un puntaje según criterios, luego se calculó el puntaje promedio por variable y por SILAIS. En su mayoría los puntajes están muy próximos a 2 que corresponde al nivel satisfactorio (consistente y relativamente completo) en cuanto a la sostenibilidad de las mejoras e institucionalización del MCC. Todos los criterios están relacionados y son complementarios, éstos son: documentación, análisis y diseminación, institucionalización de los procesos de atención, y sostenibilidad de las mejoras.

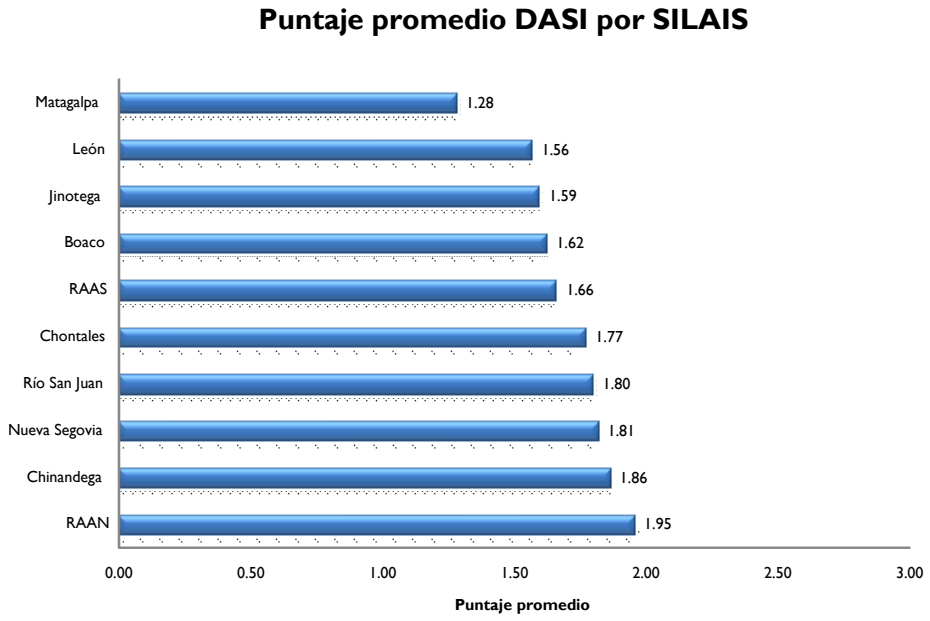
Según los datos que muestra la Figura 16, los puntajes más altos están en los aspectos en que marcó énfasis esta colaboración de USAID, como son implementación de mejoras y desarrollo de competencias. Esta información también aparece en un gráfico por cada SILAIS, que puede consultarse en Anexo.

Figura 16: Nivel de avance por SILAIS según criterios del DASI



Con diferentes niveles de desarrollo, la dinámica del MCC, se está implementando en el 100% de las unidades de salud participantes en el estudio. En la Figura 17 se muestra el avance expresado en el puntaje final obtenido por cada SILAIS por el promedio de los tres criterios del DASI aplicados.

Figura 17: Nivel de avance por SILAIS



Los SILAIS: Chinandega, Jinotega, RAAS y Matagalpa iniciaron en el período 2000 - 2005. Los otros entre 2006 y 2010.

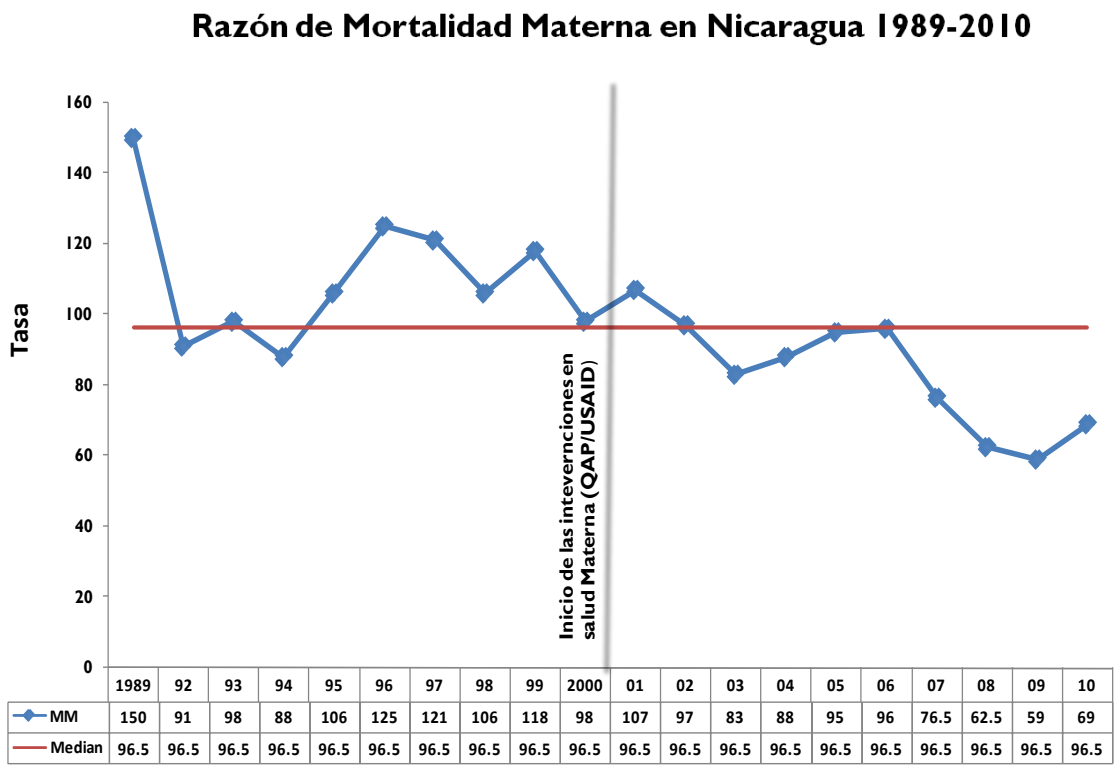
D. Cambios de salud materno-infantil de 2000 a 2010

A fin de mostrar lo referente a indicadores de impacto en la población por la atención recibida, se tomaron gráficos del informe anual de USAID/HCI, que también toman datos de las estadísticas del MINSA y de los resultados de la ENDESA 2006/2007,

1. Mortalidad materna

La Figura 18 muestra un descenso sostenido de la razón de mortalidad materna, en los últimos diez años, siendo más significativo a partir de los últimos cuatro años. Desde el 2000, con el inicio de la asistencia técnica de USAID, a través del Proyecto de Garantía de Calidad en alianza con otros proyectos y agencias de cooperación, el personal de salud del área de atención materna, ha estado en proceso de actualización constante sobre las normas y guías clínicas pertinentes, así como en el uso de herramientas de mejoramiento de la calidad, lo cual le ha permitido, sobre todo, la vigilancia continua del cumplimiento de protocolos y la implementación de cambios o mejoras necesarios para lograr el mejoramiento continuo de la calidad.

Figura 18: Razón de la mortalidad materna



	1989	92	93	94	95	96	97	98	99	2000	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
MM	150	91	98	88	106	125	121	106	118	98	107	97	83	88	95	96	76.5	62.5	59	69
Median	96.5	96.5	96.5	96.5	96.5	96.5	96.5	96.5	96.5	96.5	96.5	96.5	96.5	96.5	96.5	96.5	96.5	96.5	96.5	96.5

Fuente: Estadisticas del MINSA (La razón del 2010 es preliminar, se cierra en el 2011)

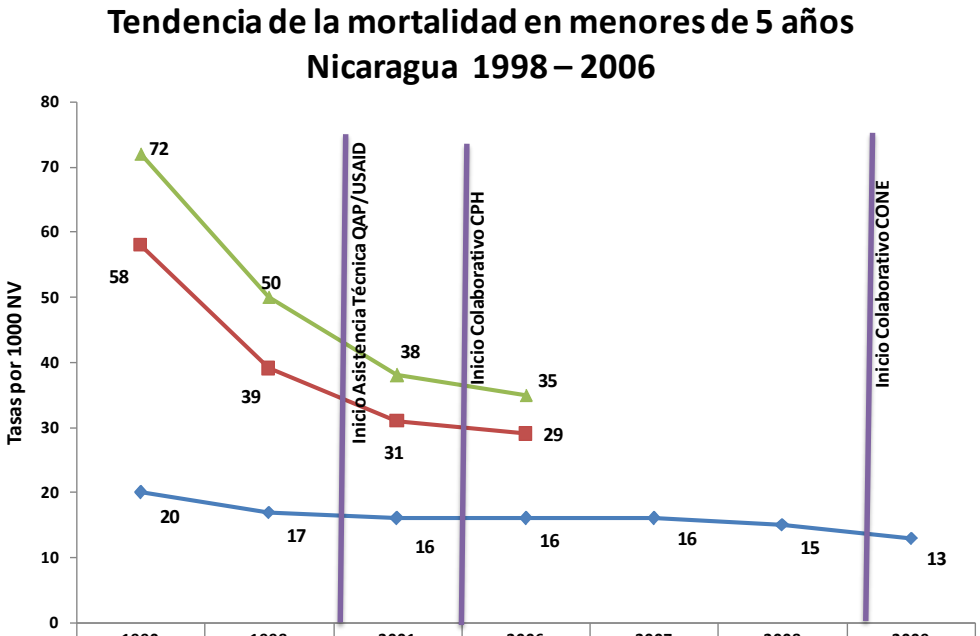
2. Mortalidad infantil

En la Figura 19, se muestra el comportamiento de la tasa de mortalidad infantil y de la niñez en los últimos 16 años. A diferencia de la mortalidad materna, la reducción ha sido grande mínima y lo que corresponde a mortalidad neonatal, ésta se ha mantenido estacionaria. En el año 2000, el enfoque del MINSA para la asistencia técnica estaba dirigido a la salud materna sin ligarlo con la salud del recién nacido; sin embargo a finales del 2008, cambia el enfoque y se comienza a visualizar la salud materna y neonatal como un continuo de la atención, vinculando la prestación de servicios de salud desde el centro y puesto de salud hasta el hospital y viceversa.

Por ello, en el 2008, el MINSA diseñó un Plan Nacional en el que integra acciones desde la comunidad e involucra a todos los actores sociales para trabajar juntos en la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil. En el año 2009, el MINSA, con apoyo de USAID/HCI, implementa la estrategia de colaborativos de mejoramiento, referida a las complicaciones obstétricas y neonatales (CONE) en 9 SILAIS priorizados, logrando, a partir de entonces, una discreta reducción de la mortalidad neonatal.

Para el caso, tanto de la mortalidad infantil como de la niñez, no se logró obtener los datos de los años 2007-2010, pero en la ENDESA 2006/2007 se registró una reducción en las tasas de mortalidad de ambos grupos.

Figura 19: Tasa de mortalidad neonatal, infantil y de la niñez



	1990	1998	2001	2006	2007	2008	2009
Muerte Neonatal	20	17	16	16	16	15	13
Muerte Infantil	58	39	31	29			
Muerte en la niñez	72	50	38	35			

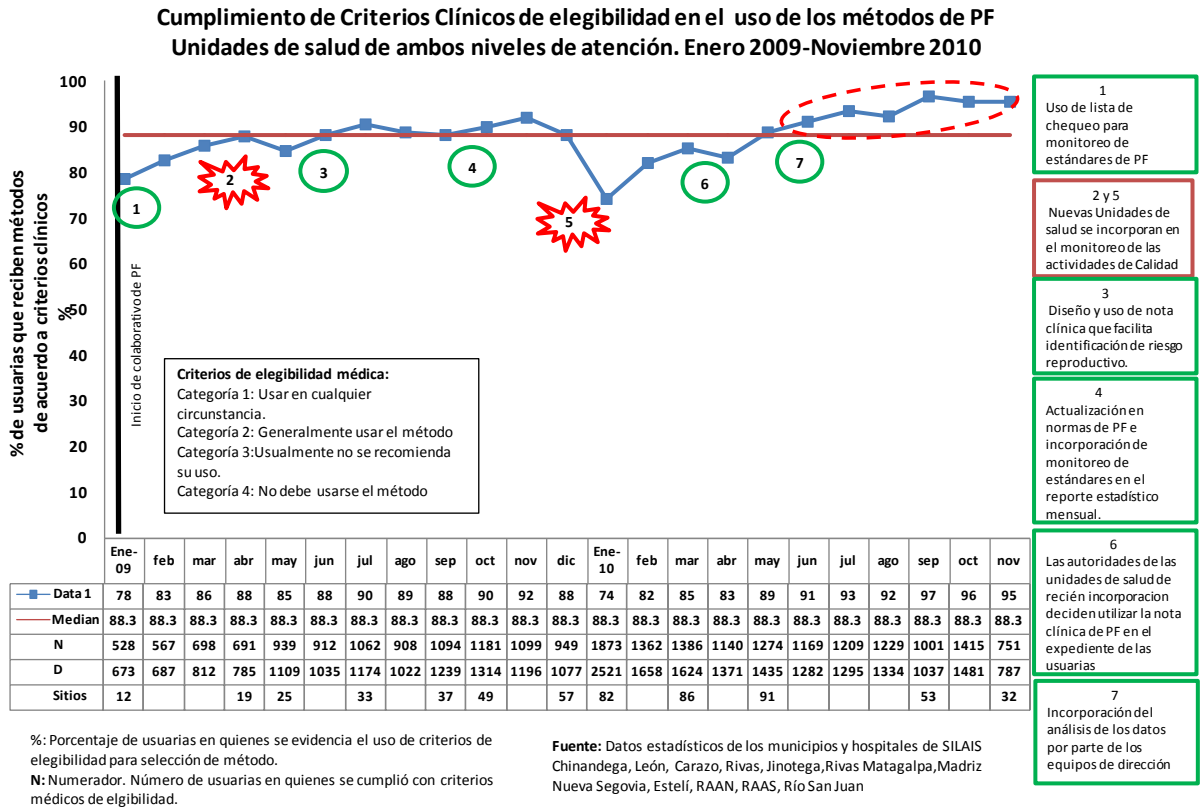
Fuente: ESF 1992/1993
ENDESA 1998, 2001 y 2006/2007
Dpto. Estadísticas del MINSA

Año 2000: Inicio Asistencia Técnica QAP/USAID
Año 2003: Inicio del Colaborativo de Cuidados Pediátricos Hospitalarios
Año 2009: Inicio del Colaborativo CONE.
NV: Nacidos vivos
MNeonatal: 0-28 días **MInfantil:** 0 días - 11 meses y 29 días **MNiñez:** 0- 4 años - 11 meses y 29 días

3. Planificación familiar

La Figura 20 muestra cómo el personal ha logrado apropiarse de la norma de planificación familiar del MINSA y cumple con los criterios de elegibilidad al momento de prescribir un método anticonceptivo. Se puede afirmar que este logro es el resultado de todo un proceso, en relación con esta norma, que conllevó su elaboración, oficialización por parte del MINSA, divulgación e implementación a nivel nacional, así como de la elaboración de herramientas auxiliares tales como: rotafolios, afiches y guías rápidas, entre otros. Hasta noviembre 2010 el cumplimiento de la norma era del 95%, según datos consolidados de 32 unidades de salud.

Figura 20: Cumplimiento de los criterios de elegibilidad de planificación familiar en centros de salud y hospitales



	Ene-09	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic	Ene-10	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov
Data 1	78	83	86	88	85	88	90	89	88	90	92	88	74	82	85	83	89	91	93	92	97	96	95
Median	88.3	88.3	88.3	88.3	88.3	88.3	88.3	88.3	88.3	88.3	88.3	88.3	88.3	88.3	88.3	88.3	88.3	88.3	88.3	88.3	88.3	88.3	88.3
N	528	567	698	691	939	912	1062	908	1094	1181	1099	949	1873	1362	1386	1140	1274	1169	1209	1229	1001	1415	751
D	673	687	812	785	1109	1035	1174	1022	1239	1314	1196	1077	2521	1658	1624	1371	1435	1282	1295	1334	1037	1481	787
Sitios	12			19	25		33		37	49		57	82		86		91				53		32

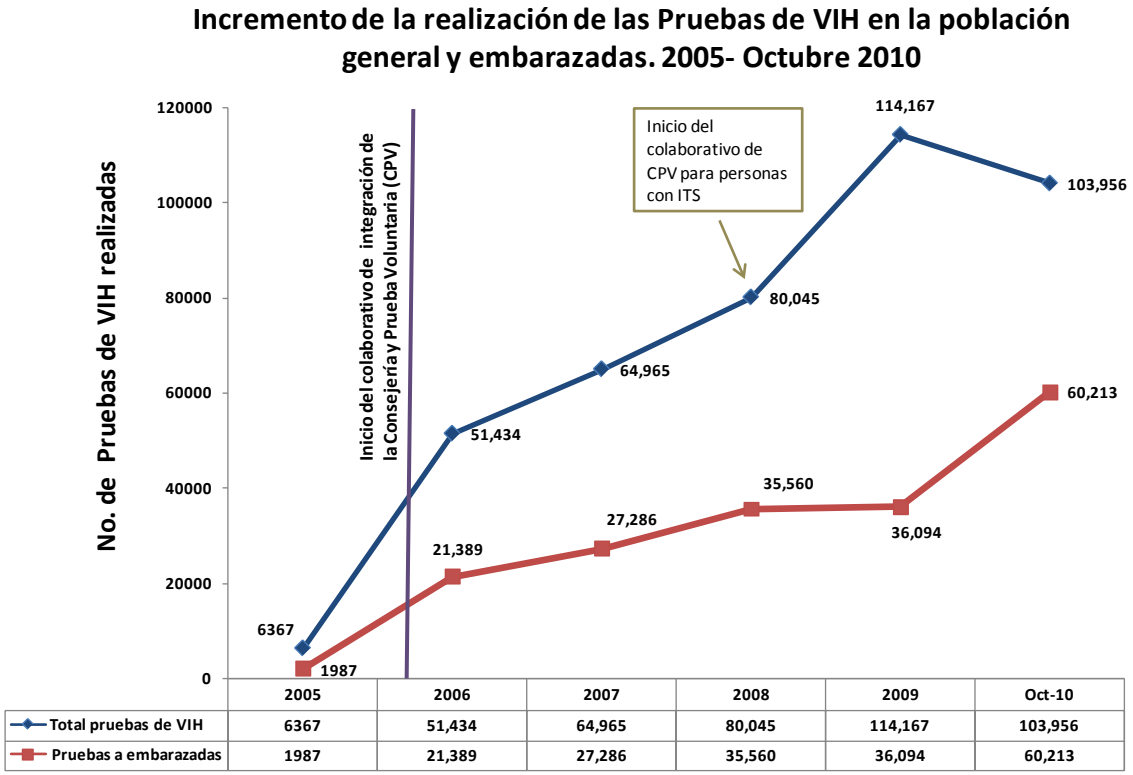
%: Porcentaje de usuarias en quienes se evidencia el uso de criterios de elegibilidad para selección de método.
N: Numerador. Número de usuarias en quienes se cumplió con criterios médicos de elgibilidad.
D: Denominador . Número de expedientes de usuarias revisados.
Sitios: Número de unidades de salud que reportan monitoreo

Fuente: Datos estadísticos de los municipios y hospitales de SILAIS Chinandega, León, Carazo, Rivas, Jinotega,Rivas Matagalpa,Madriz Nueva Segovia, Estelí, RAAN, RAAS, Río San Juan

4. VIH

La Figura 21 muestra un incremento importante en la realización de pruebas rápidas de VIH en la población general y en embarazadas a nivel nacional. USAID/HCI apoyó al Ministerio de Salud mediante la implementación de la estrategia de colaborativos de mejoramiento, para la promoción de la consejería y prueba voluntaria en todas las unidades de salud del MINSA; así mismo, para la descentralización de la terapia antirretroviral y la reducción del estigma y la discriminación a las personas con VIH-Sida. La asistencia de HCI se centró en la descentralización de las pruebas y la terapia, además del desarrollo de competencias en el personal, en la integración de la consejería para la promoción y realización de las pruebas así como el MCC impulsado a través de un colaborativo.

Figura 21: Pruebas de VIH realizadas en los centros de salud y hospitales



	2005	2006	2007	2008	2009	Oct-10
Total pruebas de VIH	6367	51,434	64,965	80,045	114,167	103,956
Pruebas a embarazadas	1987	21,389	27,286	35,560	36,094	60,213

Fuente: Programa Nacional de VIH y Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia. MINSA

VI. DISCUSIÓN

El proceso de MCC empezó hace 10 años en Nicaragua (2000-2010), en dos SILAIS (Matagalpa y Jinotega), en 5 centros de salud y 2 hospitales. A finales de 2010 el entrenamiento clínico y en MCC, así como la práctica de las principales actividades del proceso de MCC han llegado a 16 SILAIS, incluyendo sus centros de salud y hospitales de atención materno-infantil, del total de 17 del país.

Tanto el proceso de entrenamiento e implementación del MCC han sido monitoreados de forma permanente por el proyecto de USAID/URC (QAP-HCI). Muchos reportes y estudios han documentado aspectos diferentes de los procesos y el impacto de éstos en Nicaragua, referidos a: experiencias, impacto en salud materna, impacto de los colaborativos, así como a competencias de los trabajadores de la salud (USAID/HCI 2009; Lin et al. 2003; Franco et al. 2009; Harvey et al. 2007). Este reporte corresponde al primer estudio para analizar el proceso de establecimiento del MCC en todo el país de Nicaragua, examinando resultados a nivel de 10 SILAIS y relacionándolos con el impacto en la población.

Para el análisis del proceso de establecimiento del MCC en la atención materno-infantil en el MINSA, a nivel de todo el país, se utilizó el marco conceptual que usado en otros estudios similares desarrollados por USAID/URC (Boucar et al. 2010). Con este marco conceptual como se presenta en la Figura 4, se divide el proceso de institucionalización en diferentes etapas.

La primera etapa corresponde al proceso de desarrollo del MCC, en el que se incluye: el entrenamiento clínico y en MCC, la creación de liderazgo, los reconocimientos y estímulos establecidos y, la estandarización del proceso de atención. Para la segunda etapa, se mide el impacto intermedio en términos de: el ambiente laboral para la atención (valores establecidos para el MCC y el desarrollo de las competencias clínicas y en MCC); el ambiente laboral para el MCC (dinámica

laboral para el MCC); y, el apoyo de las autoridades del MINSA (Liderazgo, Supervisión, Responsabilidad y Monitoreo). La tercera etapa se refiere a las evidencias de sostenibilidad e institucionalización a través de la calidad de atención, actividades de MCC y su expansión a otras áreas, competencias clínicas, número de capacitaciones y los resultados del DASI.

Para finalizar, se incluyó el impacto en la población a través de la observación de las tendencias de mortalidad materna, mortalidad infantil, actividades de planificación familiar, y pruebas de VIH. En correspondencia con las posibilidades, el análisis se hizo a nivel de diez SILAIS, a fin de que pudiera reflejar cuáles SILAIS han llegado a un nivel de sostenibilidad suficiente y cuáles SILAIS necesitan más apoyo para avanzar hacia la sostenibilidad del MCC y de las mejoras en la calidad de la atención.

Los resultados del estudio en Nicaragua muestran que los 10 SILAIS incluidos en la muestra mejoraron en cuanto a la implementación del MCC para la sostenibilidad de las mejoras en la calidad de atención, sin embargo, en cada SILAIS este avance no es uniforme en todos los aspectos del MCC, había mucha variación en los resultados de cada uno, así como entre los mismos SILAIS, en lo relacionado con quiénes mejoraron más y en qué aspectos del MCC. Por ejemplo, el SILAIS Chinandega no salió muy bajo en la etapa de desarrollo de MCC, pero sí reflejó estar bajo en algunas del impacto intermedio (número de capacitados y experiencia/conocimiento), pero en la evaluación con el DASI Chinandega obtuvo uno de los puntajes más altos.

Aún con la diferencia en los niveles de desarrollo y de implementación del MCC, en el país el impacto en la población es evidente con reducciones significativas en mortalidad materna e infantil y mejoras en planificación familiar y realización de pruebas de VIH.

Es difícil comparar a Nicaragua con otros países de América Latina, en relación con el proceso de desarrollo del MCC y el nivel alcanzado, debido a que las medidas son diferentes y hay muchos otros factores que pueden influir en el proceso (culturales, económicos, ambientales, educativos, recursos humanos, sistema de salud). Sin embargo, Nicaragua ha mejorado mucho en algunas de las cifras más importantes, desde que inició la colaboración de USAID. Por ejemplo, la tasa de fertilidad ha bajado desde 3 partos/mujer en 2000 hasta 2.7 partos/mujer en 2010 (World Development Indicators 2010). La esperanza de vida ha subido desde 70 años al nacer hasta 73 (World Development Indicators 2010). La tasa de mortalidad materna por cada 100,000 NVR, se bajó en los últimos diez años (2000 – 2010) de 98 a 69, siendo más significativo a partir de los últimos cuatro años, de 76.5 a 69 (datos de MINSA). Sería interesante investigar las mejoras en algunas cifras de salud en Nicaragua en comparación con otros países que también han recibido apoyo similar de USAID/HCI.

Finalmente, aunque la calidad obviamente es muy importante para mejorar el nivel de salud de un país, es también un factor sumamente importante en el aseguramiento del funcionamiento del sistema de salud. En muchos de los marcos del sistema de salud, la calidad aparece como uno de los objetivos intermedios para llegar a un nivel satisfactorio de la salud, del financiamiento del sistema y de la satisfacción del usuario (Roberts et al. 2004). Lo que falta en esta área de análisis del sistema de salud es cómo el proceso de llegar al MCC se ubica en los marcos de los sistemas de salud. Hay muchos otros aspectos de un sistema de salud (financiamiento, el sistema de pago, la organización del sistema, los recursos humanos) que pueden influir en la calidad de salud y del proceso para llegar.

Aunque este estudio fue muy bien planificado y la recolección de datos fue organizada y bien documentada, el estudio y el análisis tuvo limitaciones. Los datos se recolectaron a través de entrevistas a profesionales de salud en centros de salud y hospitales. Las personas a veces tenían que responder muchas preguntas, recordar información del proceso de MCC, lo cual consumía mucho tiempo; así como contestar preguntas más subjetivas que objetivas. Por esta razón, la validez de las respuestas probablemente no es 100% valida. Además, debido a disponibilidad limitada de fondos y de tiempo, solamente se hizo el estudio en 10 de los 16 SILAIS donde implementaron el MCC. Por esta razón, hay posibilidades que no se haya captado todos los aspectos del proceso de MCC y, con estos resultados, no es posible hacer generalizaciones para todos los SILAIS.

VII. CONCLUSIONES Y DESAFÍOS

A. Fortalezas para avanzar en la sostenibilidad de las mejoras e institucionalización del MCC

Basados en los resultados de avance, las 30 unidades de salud de 10 SILAIS de la muestra del estudio reflejan el contar con factores relevantes (la Tabla 7) que las colocan en condiciones de participar en un proceso de fortalecimiento institucional enfocado en el aseguramiento de la sostenibilidad de las mejoras y de la institucionalización del MCC, para potenciar los logros obtenidos durante estos 10 años de asistencia técnica de USAID (QAP y HCI), se trata de profundizar y fortalecer lo logrado. Sin embargo, sin obviar los riesgos propios del entorno externo e interno del MINSA en particular y del sistema nacional de salud en general.

Tabla 7: Factores que favorecen el fortalecimiento institucional en las unidades de salud del estudio

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

El énfasis que ha tenido la intervención de QAP/USAID - USAID/HCI se ve reflejado en el mayor avance logrado en dos aspectos: la sostenibilidad de las mejoras clínicas y la institucionalización del desarrollo de competencias clínicas y en el MCC.

B. Desafíos para el fortalecimiento de la sostenibilidad de las mejoras e institucionalización del MCC

El estudio refleja, sobre todo, la necesidad de fortalecer las competencias para implementar el MCC con mayor dominio, sistematicidad y por ende, influya con mayor fuerza en la sostenibilidad de las mejoras en la unidad de salud. Si bien es cierto que una limitación importante es la escasez de recursos en el sistema de salud, también hay oportunidades de mejora que se pueden lograr aprovechando más el MCC.

El que esté instalado el MCC en las unidades de salud, aún cuando sea con diferentes niveles de desarrollo o avance, permite identificar algunos desafíos para optimizar las condiciones ya creadas, así como para revitalizar su dinámica y continuar avanzando en la sostenibilidad de las mejoras implementadas. Estos desafíos se resumen la Tabla 8.

Tabla 8: Desafíos para fortalecimiento en MCC y sostenibilidad de las mejoras de la calidad en las unidades de salud del estudio

1)	Fortalecer en las unidades de salud, lo relacionado con las metodologías del MCC, mediante estrategias que permitan cobertura a todos los SILAIS del país, para la implementación sistemática y completa de los procesos (metodologías) del MCC, así como para el mejor aprovechamiento de las formas organizativas internas o la implementación de nuevas que sean factibles, eficientes y efectivas.
2)	Fortalecer el involucramiento de autoridades del SILAIS y de las unidades de salud para convertirse en promotores comprometidos, activos y entusiastas del MCC para la sostenibilidad de las mejoras en la calidad de la atención.
3)	Diseñar e implementar el sistema de certificación en MCC enfocado hacia la sostenibilidad de las mejoras en la calidad por unidad de salud y SILAIS.
4)	Diseñar un plan de acción a nivel central del MINSA con la asistencia técnica de USAID/HCI que genere compromiso y apoyo para que las instancias locales lo ejecuten, a fin de fortalecer las sostenibilidad de las mejoras y la madurez en la implementación del MCC.

Según estos desafíos, las unidades de salud apoyadas por las sedes de SILAIS deben determinar sus acciones de fortalecimiento para la sostenibilidad de las mejoras e institucionalización del MCC y con base en las mismas, gestionar el apoyo de los organismos de cooperación, sobre todo la continuidad del que ha proporcionado USAID.

BIBLIOGRAFÍA

Boucar M, Franco LM, Djibrina S, Saley Z, Jennings L, Mohan D. Sustaining Better Maternal and Newborn Care and Quality Improvement in Niger: Challenges and Successes. *Research and Evaluation Report*. Publicado por el Proyecto de USAID de Mejoramiento de la Atención en Salud. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC). Marzo 2011.

Franco LM, Márquez L, Ethier K, Balsara Z, Isenhower W. 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). Diciembre 2009.

Franco LM, Silimperi DR, Veldhuyzen van Zanten T, MacAulay C, Askov K, Bouchet B, Márquez L. 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. Junio 2004.

Harvey S, Wong Blandón YC, McCaw-Binns A, Sandino I, Urbina L, Rodríguez C, Gómez I, Ayabaca P, Djibrina S & the Nicaraguan maternal and neonatal health quality improvement group. Are skilled birth attendants really skilled? A measurement method, some disturbing results, and a potential way forward. *Bulletin of World Health Organization.* 2007. 85: 783-790.

Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos (INEC). Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA). 2006/07. pp.183-202.

Lin Y, Hermida J, Hernández F, Núñez O, Urbina L. Using Quality Assessment to Improve Maternal Care in Nicaragua. Quality Assurance Project Case Study. Bethesda, MD: Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional por el Proyecto de Garantía de Calidad. 2003.

Ministerio de Salud. Estadísticas nacionales sobre salud 2000 - 2010. Nicaragua.

Ministerio de Salud. Programa Nacional de VIH y Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia. 2005 a Octubre 2010. Nicaragua.

Proyecto de Garantía de Calidad de USAID y UNICEF. Iniciativa de Unidades de Salud Amigas de la Niñez y la Madre en Nicaragua. Factores influyentes para el éxito y sostenibilidad. Pág. 6. Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional por el Proyecto de Garantía de Calidad. Managua, Nicaragua. Octubre 2006.

Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud (USAID/HCI). Evaluación de Competencias del Personal de Salud en la atención del embarazo, parto, puerperio, recién nacido y sus complicaciones realizada en 5 SILAIS del Ministerio de Salud. Managua, Nicaragua. 2010.

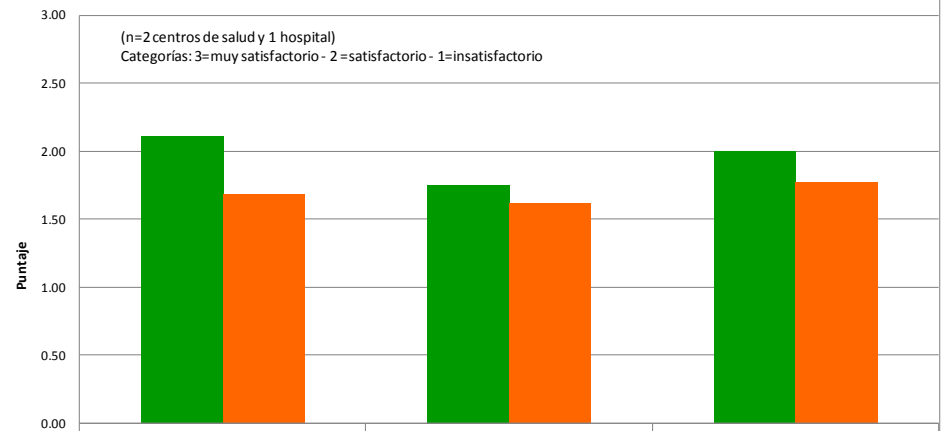
Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud (USAID/HCI). Experiencias de Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención Materno-Neonatal y de la Niñez. Managua, Nicaragua. Julio 2009.

Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud (USAID/HCI). Informe anual USAID/HCI-Nicaragua. 2010.

Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich MR. Getting Health Reform Right. Oxford University Press. 2004.

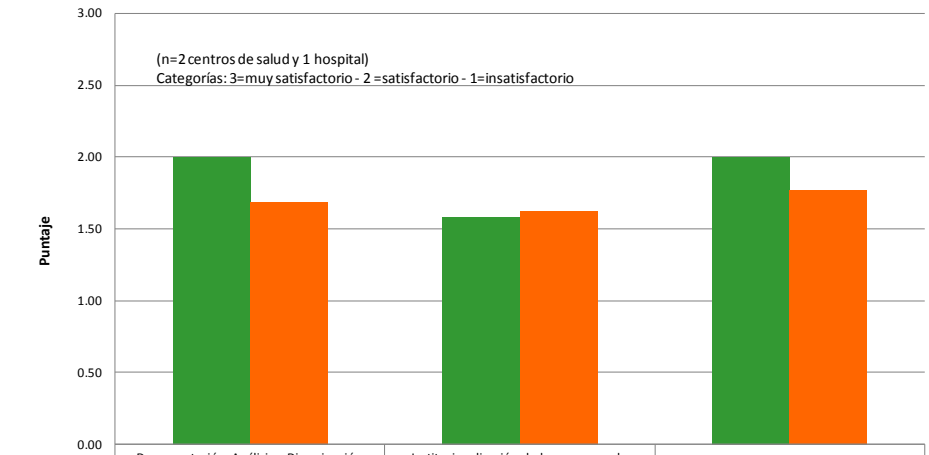
World Development Indicators 2010.

ANEXO: GRÁFICOS POR CADA SILAIS SEGÚN CRITERIOS DEL DASI



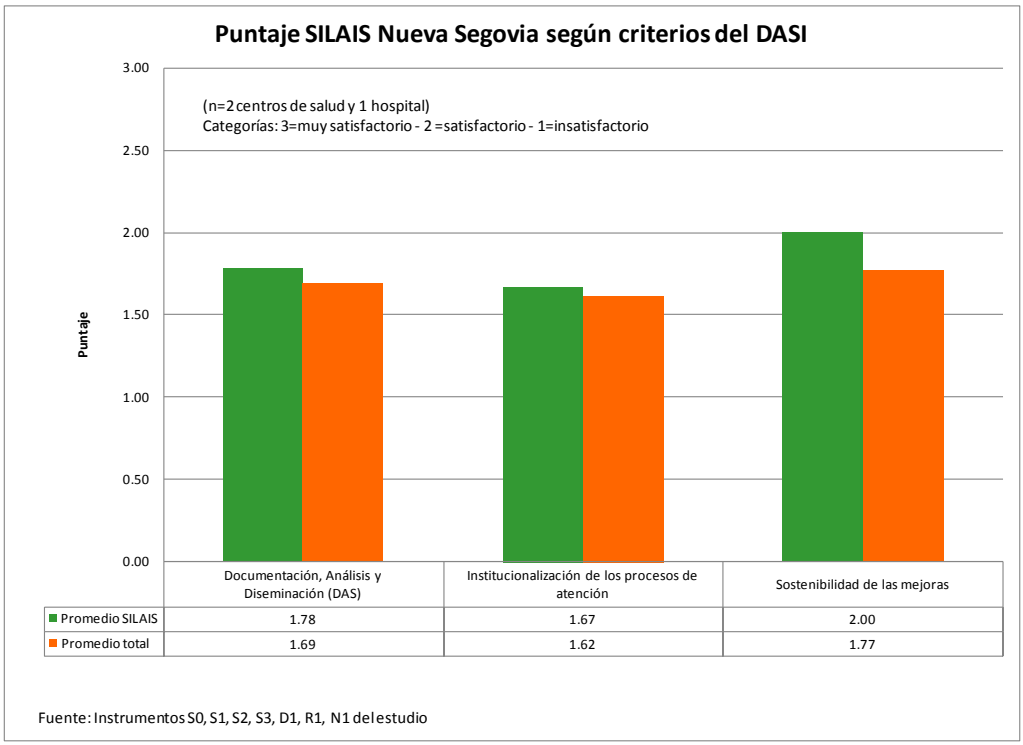
	Documentación, Análisis y Diseminación (DAS)	Institucionalización de los procesos de atención	Sostenibilidad de las mejoras
Promedio SILAIS	2.11	1.75	2.00
Promedio Total	1.69	1.62	1.77

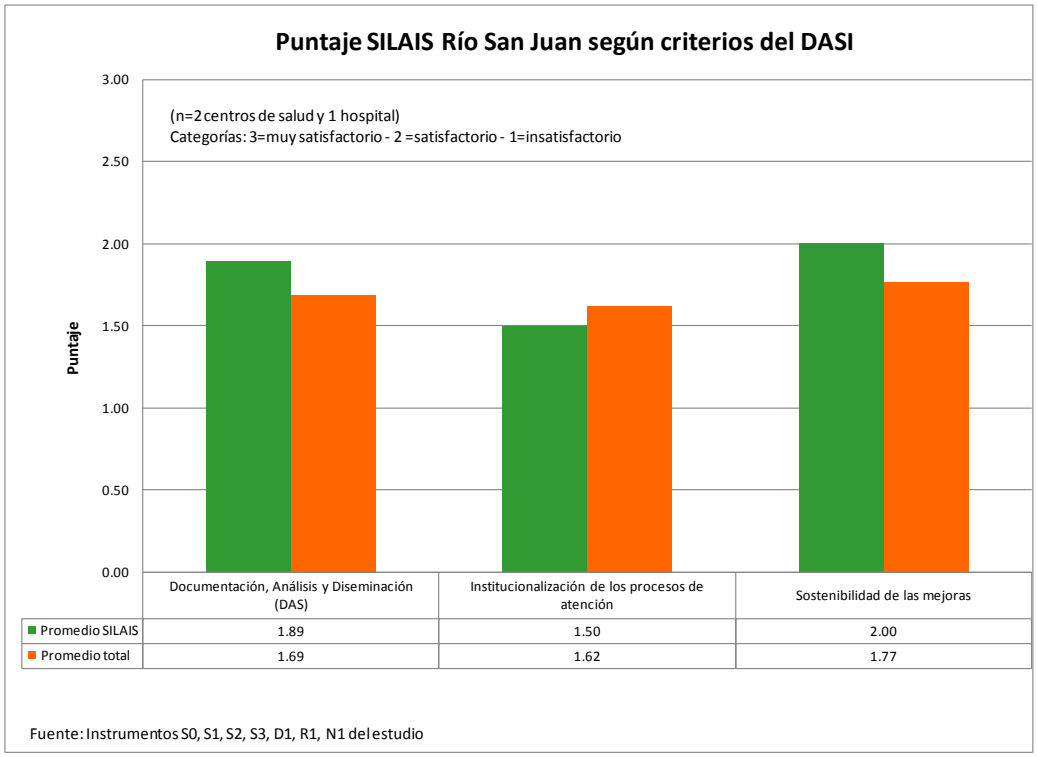
Fuente: Instrumentos S0, S1, S2, S3, D1, R1, N1 del estudio

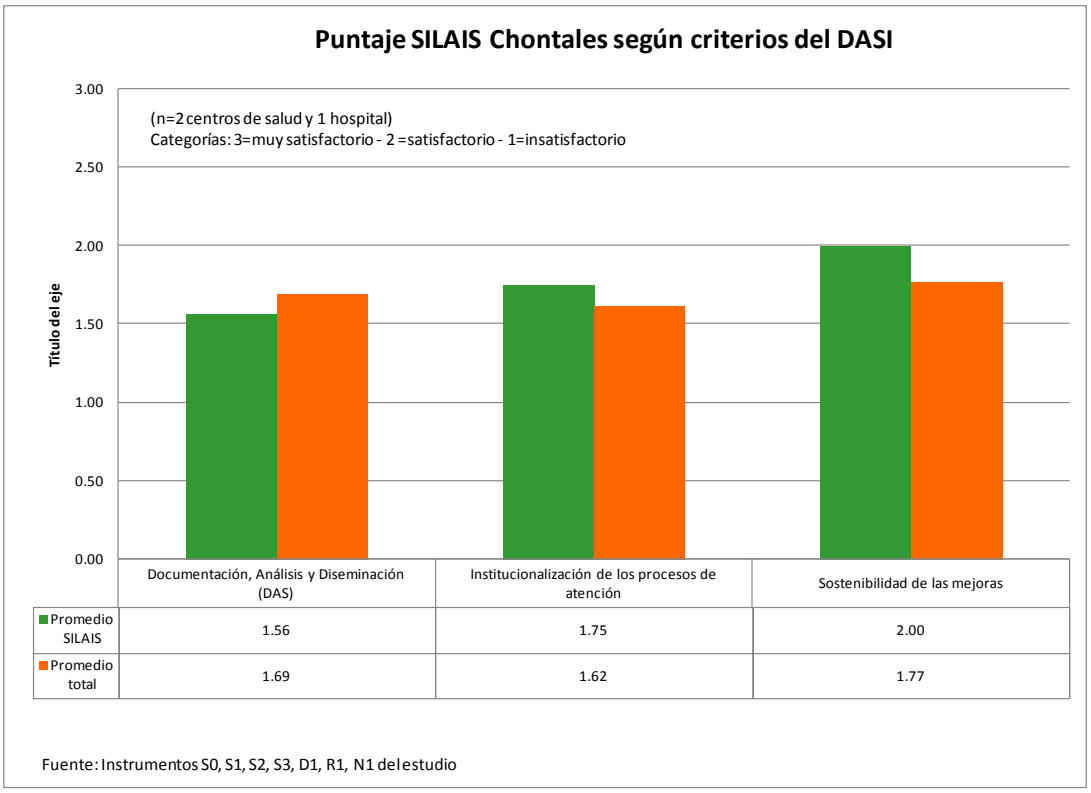


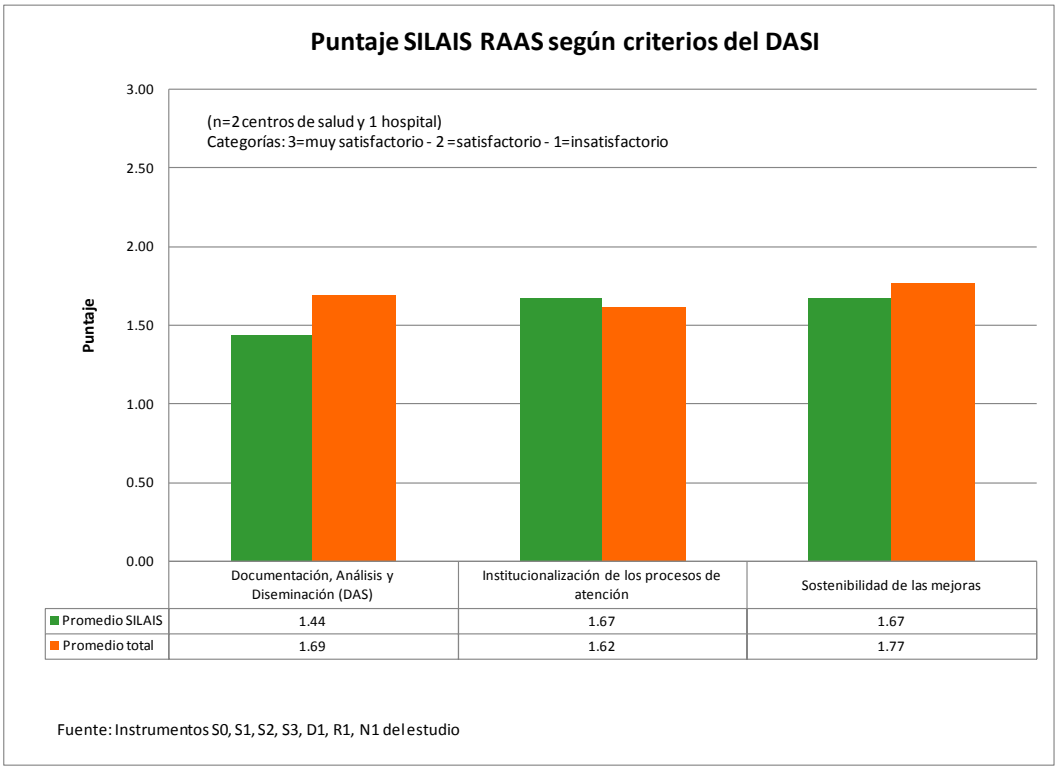
	Documentación, Análisis y Diseminación (DAS)	Institucionalización de los procesos de atención	Sostenibilidad de las mejoras
Promedio SILAIS	2.00	1.58	2.00
Promedio total	1.69	1.62	1.77

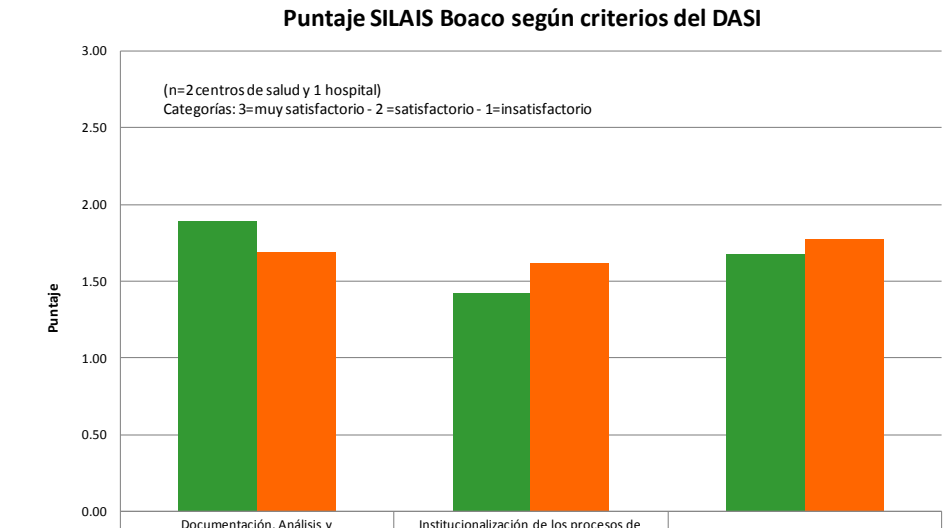
Fuente: Instrumentos S0, S1, S2, S3, D1, R1, N1 del estudio


Puntaje SILAIS Nueva Segovia según criterios del DASI
(n=2 centros de salud y 1 hospital)
Categorías: 3=muy satisfactorio - 2 =satisfactorio - 1=insatisfactorio
Puntaje
3.00
2.50
2.00
1.50
1.00
0.50
0.00
Documentación, Análisis y Diseminación (DAS)
Institucionalización de los procesos de atención
Sostenibilidad de las mejoras
Promedio SILAIS 1.78 1.67 2.00
Promedio total 1.69 1.62 1.77
Fuente: Instrumentos S0, S1, S2, S3, D1, R1, N1 del estudio


Puntaje SILAIS Río San Juan según criterios del DASI
(n=2 centros de salud y 1 hospital)
Categorías: 3=muy satisfactorio - 2 =satisfactorio - 1=insatisfactorio
Puntaje
3.00
2.50
2.00
1.50
1.00
0.50
0.00
Documentación, Análisis y Diseminación (DAS)
Institucionalización de los procesos de atención
Sostenibilidad de las mejoras
Promedio SILAIS 1.89 1.50 2.00
Promedio total 1.69 1.62 1.77
Fuente: Instrumentos S0, S1, S2, S3, D1, R1, N1 del estudio

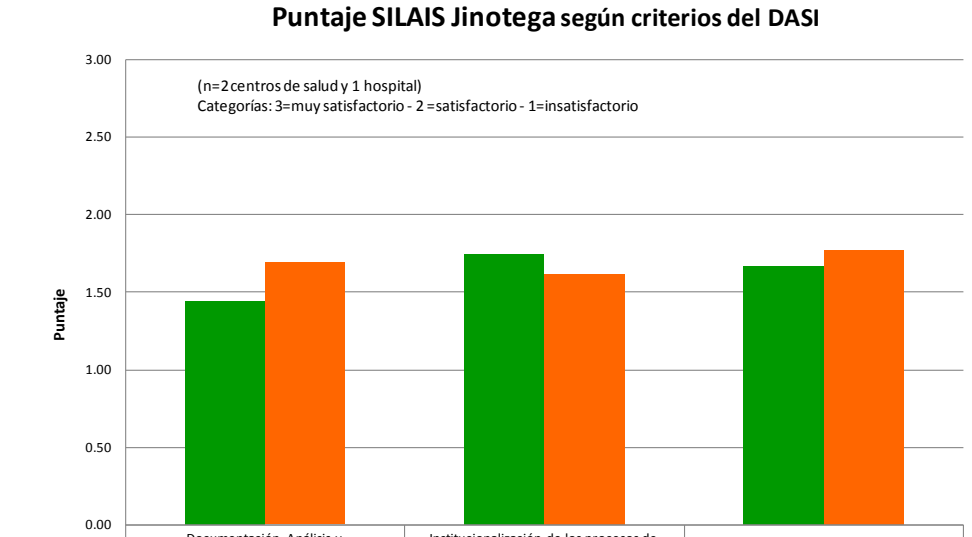

Puntaje SILAIS Chontales según criterios del DASI
(n=2 centros de salud y 1 hospital)
Categorías: 3=muy satisfactorio - 2 =satisfactorio - 1=insatisfactorio
Título del eje
3.00
2.50
2.00
1.50
1.00
0.50
0.00
Documentación, Análisis y Diseminación (DAS)
Institucionalización de los procesos de atención
Sostenibilidad de las mejoras
Promedio SILAIS 1.56 1.75 2.00
Promedio total 1.69 1.62 1.77
Fuente: Instrumentos S0, S1, S2, S3, D1, R1, N1 del estudio


Puntaje SILAIS RAAS según criterios del DASI
(n=2 centros de salud y 1 hospital)
Categorías: 3=muy satisfactorio - 2 =satisfactorio - 1=insatisfactorio
Puntaje
3.00
2.50
2.00
1.50
1.00
0.50
0.00
Documentación, Análisis y Diseminación (DAS)
Institucionalización de los procesos de atención
Sostenibilidad de las mejoras
Promedio SILAIS 1.44 1.67 1.67
Promedio total 1.69 1.62 1.77
Fuente: Instrumentos S0, S1, S2, S3, D1, R1, N1 del estudio



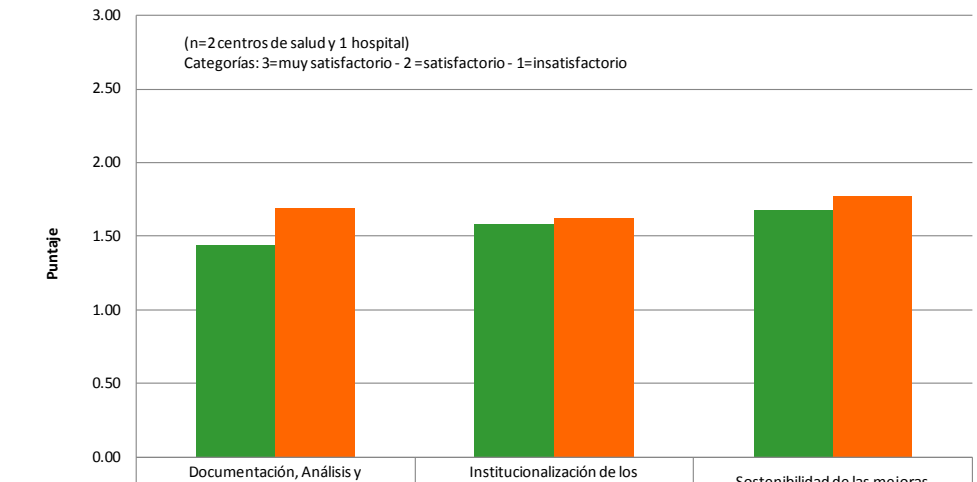
	Documentación, Análisis y Diseminación (DAS)	Institucionalización de los procesos de atención	Sostenibilidad de las mejoras
Promedio SILAIS	1.89	1.42	1.67
Promedio total	1.69	1.62	1.77

Fuente: Instrumentos S0, S1, S2, S3, D1, R1, N1 del estudio



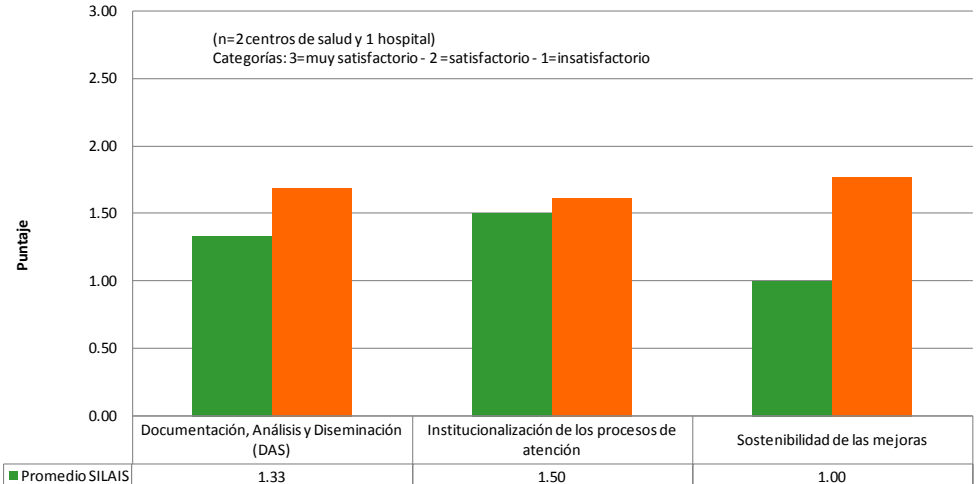
	Documentación, Análisis y Diseminación (DAS)	Institucionalización de los procesos de atención	Sostenibilidad de las mejoras
Promedio SILAIS	1.44	1.75	1.67
Promedio total	1.69	1.62	1.77

Fuente: Instrumentos S0, S1, S2, S3, D1, R1, N1 del estudio



	Documentación, Análisis y Diseminación (DAS)	Institucionalización de los procesos de atención	Sostenibilidad de las mejoras
Promedio SILAIS	1.44	1.58	1.67
Promedio total	1.69	1.62	1.77

Fuente: Instrumentos S0, S1, S2, S3, D1, R1, N1 del estudio



	Documentación, Análisis y Diseminación (DAS)	Institucionalización de los procesos de atención	Sostenibilidad de las mejoras
Promedio SILAIS	1.33	1.50	1.00
Promedio total	1.69	1.62	1.77

Fuente: Instrumentos S0, S1, S2, S3, D1, R1, N1 del estudio

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, 2do 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) 654-8338
Fax: (301) 941-8427
www.hciproject.org