



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

PROYECTO DE
MEJORAMIENTO DE
LA ATENCIÓN EN SALUD

INFORME DE INVESTIGACIÓN

Como se replicaron los cambios de mejoramiento de la calidad: Estudio de la diseminación de las mejores prácticas en la atención materno neonatal en Guatemala

SEPTIEMBRE 2011

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

INFORME DE INVESTIGACIÓN

Como se replicaron los cambios de mejoramiento de la calidad: Estudio de la diseminación de las mejores prácticas en la atención materno neonatal en Guatemala

SEPTIEMBRE 2011

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

AVISO

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

Agradecimientos

La investigación sobre la diseminación de las mejores prácticas en la atención materno neonatal fue posible gracias al apoyo e interés mostrado por las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del Guatemala: el Viceministro Técnico, los Directores de las Áreas de Salud de San Marcos, Huehuetenango, Sololá, Quiché y Totonicapán, los Directores Municipales de Salud y el personal de los servicios estudiados.

En el Proyecto de USAID de Mejoramiento de la Atención en Salud, los autores agradecen a Gustavo Barrios, Mérida Chaguaceda, Leonel Gómez, Carlos León, Carlos Quan, Lilian Ramírez, Estuardo Recinos, Bernarda Méndez, Carlos Morales y Francisco Ramírez.

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

Cita recomendada: Hurtado E, Insua M, Franco LM. 2011. Como se replicaron los cambios de mejoramiento de la calidad: Estudio de la diseminación de las mejores prácticas en la atención materno neonatal en Guatemala. *Informe de Investigación*. Publicado por el Proyecto de USAID de Mejoramiento de la Atención en Salud. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC).

TABLA DE CONTENIDOS

Lista de cuadros y figuras.....	i
Abreviaturas.....	ii
RESUMEN EJECUTIVO.....	iii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	2
III. METODOLOGIA.....	2
IV. RESULTADOS.....	5
A. Descripción de la muestra de análisis.....	5
B. Exposición/utilización del documento de <i>Mejores prácticas de San Marcos</i>	5
C. Cambios implementados por los equipos de la fase de expansión.....	7
D. Compartir los cambios y resultados durante la fase de expansión.....	13
E. Limitación del estudio.....	13
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	14

Lista de cuadros y figuras

Cuadro 1: Variables e indicadores de interés al estudio.....	4
Cuadro 2: Información utilizada para el análisis.....	5
Cuadro 3: Conocimientos y uso del documento de <i>Mejores prácticas de San Marcos</i>	6
Cuadro 4: Número y porcentaje de cambios que los servicios de la fase de expansión replicaron del documento de <i>Mejores prácticas de San Marcos</i>	7
Cuadro 5: Cambios en la atención ambulatoria (prenatal) de la fase de demostración en San Marcos que fueron implementados por los servicios de la fase de expansión.....	8
Cuadro 6: Cambios en la atención del parto que fueron implementados por los servicios de la fase de expansión.....	8
Cuadro 7: Porcentaje de equipos que implementaron nuevos cambios por proceso de atención. Promedio de nuevos cambios por equipo.....	10
Cuadro 8: Documentación revisada de intervenciones en la atención ambulatoria y del parto.....	12
Cuadro 9: Porcentaje de equipos de MCC de los servicios que dijeron compartir sus experiencias de mejoras o intervenciones.....	13
Cuadro 10: Mecanismos utilizados por los equipos de MCC para compartir las mejores intervenciones con otros equipos.....	13
Figura 1: Porcentaje de equipos que implementan las mejores prácticas derivadas del colaborativo de demostración de San Marcos.....	9
Figura 2: Número y tipos de cambios implementados por los equipos de expansión.....	11
Figura 3: Porcentaje de equipos implementando cambios en las distintas categorías.....	11

Abreviaturas

CAIMI	Centros de Atención Integral Materno Infantil
CAP	Centros de Atención Permanente
HCI	Proyecto de USAID de Mejoramiento de la Atención en Salud
MATEP	Manejo activo de la tercera etapa del parto
MCC	Mejoramiento continuo de la calidad
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
PEVA	Ciclo rápido: Planificar-Ejecutar-Verificar-Actuar
ProCONE	Promoción y Cuidados Obstétricos Esenciales Neonatales
URC	University Research Co., LLC
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

RESUMEN EJECUTIVO

Introducción

Difundir las mejores prácticas es fundamental para el logro de resultados a gran escala. Durante un período de 18 meses a partir de marzo de 2007 hasta septiembre de 2008, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala implementó un programa exitoso, ProCONE (Promoción y Cuidados Obstétricos Esenciales Neonatales), para mejorar la calidad de la atención obstétrica y neonatal esencial. ProCONE utilizó un enfoque colaborativo de mejora en 25 servicios de salud de San Marcos, una de las áreas más occidentales de Guatemala. En 2009, el enfoque de las mejores prácticas y el mejoramiento continuo de la calidad (MCC) se amplió a 122 servicios de salud adicionales en siete otras áreas de salud de Guatemala.

Este estudio fue diseñado para evaluar el grado en que las mejores prácticas desarrolladas durante la fase de demostración en San Marcos fueron trasladadas con éxito, y adoptadas por los servicios de salud en otras áreas de Guatemala. Después de la implementación inicial o fase de demostración, las experiencias de aprendizaje y actividades exitosas fueron consolidadas e incorporadas en un documento, *Mejores prácticas de San Marcos*. Los representantes de los equipos de San Marcos presentaron sus resultados y las mejores prácticas a nivel nacional y en cada una de las nuevas áreas de salud, y el documento se difundió en la segunda sesión de aprendizaje. De las 19 prácticas incluidas en el documento de *Mejores prácticas*, cinco tenían que ver con la atención prenatal ambulatoria, cuatro con el uso del partograma, tres con el manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP), cuatro con el cuidado en el postparto inmediato y tres con el cuidado neonatal no complicado. Se esperaba que los equipos participantes en la fase de expansión documentaran los cambios que implementaron, monitorearan los indicadores de la calidad de atención para dar seguimiento a la mejora, y periódicamente compartieran con otros servicios lo que aprendieron.

Este estudio tuvo dos objetivos fundamentales:

- Evaluar en qué medida los servicios de salud en las áreas de expansión fueron expuestos a la experiencia de los primeros 25 centros en San Marcos, a través del documento de *Mejores prácticas* y de otros mecanismos;
- Identificar y caracterizar las mejores prácticas que fueron más ampliamente adoptadas por las unidades de salud en la fase de expansión - las del documento *Mejores prácticas*, así como otras prácticas innovadoras.

Metodología

Este estudio transversal evaluó una muestra de 29 servicios seleccionados entre las 122 unidades participantes en la fase de expansión. Los 29 servicios proporcionaron atención ambulatoria como parte de ProCONE, y 25 de ellos también prestaron atención de parto. Los datos fueron recogidos entre enero y septiembre de 2010, y todos los servicios fueron visitados por lo menos dos veces. La recolección de datos incluyó la revisión de la documentación y entrevistas con uno o más miembros del equipo. Se obtuvo información suficiente para el análisis en el 83% de las unidades de atención ambulatoria (24 de 29) y el 72% de las unidades de atención de parto (18 de 25). Las otras unidades (cinco ambulatorias y siete unidades de atención de parto) carecían de la documentación escrita adecuada y no había nadie disponible para proporcionar la información necesaria sobre las mejores prácticas implementadas en el momento de la entrevista.

Resultados

Conocimiento de la experiencia de San Marcos: Noventa y tres por ciento de las unidades de la muestra tenían conocimiento del colaborativo de MCC implementado en el área de salud de San Marcos, y el 62% conocían el documento de *Mejores prácticas de San Marcos*; sin embargo, sólo el 38%

dijo de haber utilizado el documento como guía en la implementación de las prácticas. Los que tuvieron el documento consideraron su contenido como muy práctico para mejorar la calidad de atención.

Réplica de las mejores prácticas: De todas las posibilidades de cambios (como promedio de todos los servicios y cambios), los servicios de la fase de expansión implementaron el 53% de las prácticas de atención prenatal ambulatorias del documento *Mejores prácticas*, mientras que los servicios de atención de parto replicaron un promedio de 37% de las prácticas (44% partograma, 47% MATEP, 28% prácticas de puerperio y 28% prácticas de atención neonatal). La utilización del documento no tuvo un efecto específico sobre la aplicación de las mejores prácticas contenidas en el documento. De hecho, los equipos de salud que reportaron no tener ni usar el documento tuvieron una tasa ligeramente mayor en la aplicación las mejores prácticas que los equipos con una copia física del mismo: los que no tenían el documento implementaron 57% de las prácticas de atención ambulatoria frente al 49% de los equipos con el documento. Estos mismos hallazgos se observaron en los servicios de parto: centros sin el documento replicaron el 48% de las mejores prácticas en comparación con el 31% de los con acceso al documento.

Tipos de mejores prácticas replicadas de San Marcos: Se estudió cuáles fueron las prácticas del documento que los equipos adoptaron con mayor frecuencia, independientemente de su acceso al documento. Las prácticas más frecuentemente adoptadas en atención ambulatoria prenatal fueron: la estandarización de los registros médicos del paciente (89% de los equipos), el suministro de esfigmomanómetros (83%) y la capacitación en la administración de micronutrientes siguiendo la normativa clínica (54%). Las prácticas replicadas con mayor frecuencia durante la asistencia al parto fueron: la capacitación en el uso del partograma (100%), la estandarización del cumplimiento de los tres acciones de MATEP (61%) y la socialización de la normativa de la atención del puerperio (56%) y de la atención neonatal (40%). En promedio, los equipos de atención prenatal ambulatoria replicaron 2.7 prácticas y los equipos de atención de parto, 4.1 prácticas de las incluidas en el documento.

Los equipos consideraron algunas de las prácticas de San Marcos tan importantes que las incorporaron desde un inicio en la implementación de la estrategia ProCONE. Todos los equipos replicaron la inclusión de la documentación del MATEP, la atención en el puerperio inmediato y la atención neonatal en la hoja del partograma. Al incluir el registro de las tres acciones en un solo instrumento, se simplificó el proceso y se favoreció el cumplimiento de las actividades.

Los equipos no se limitaron a implementar los cambios que previamente se realizaron en San Marcos (los cambios especificados en el documento *Mejores prácticas de San Marcos*). Cincuenta y cuatro por ciento de los equipos ambulatorios implementaron cambios adicionales en relación a la atención prenatal. El documento no recoge las áreas de atención de postparto ambulatorio y de cuidados neonatales ambulatorios, aunque hay constancia de que si realizaron cambios en estas áreas.

Los equipos de atención de parto así mismo implementaron cambios nuevos no incluidos en el documento en las siguientes áreas: partograma (61% de los equipos), MATEP (44% de los equipos), atención del postparto inmediato (56% de los equipos) y atención neonatal (28% de los equipos).

Número de cambios realizados por los equipos: Consideramos todas las prácticas que realizaron los equipos, independientemente de su origen (San Marcos o innovaciones de los equipos de expansión) e independiente del área de prestación de la atención clínica). En total, los equipos ambulatorios realizaron un promedio de 13,4 cambios; el promedio por equipo de parto fue de 9,7 cambios.

En general, los 24 equipos que prestaron atención ambulatoria implementaron 334 cambios, mientras que los equipos de atención de parto implementaron 175 cambios. Estos cambios se clasifican de la siguiente manera: Capacitación, supervisión, estandarización de la atención (108 cambios en atención ambulatoria, 89 en parto); gestión de insumos como medicamentos y papelería entre otros (85 ambulatorio, 39 atención de parto); Proceso y contenido de la atención como consejería e implementación de normativas (55 ambulatorio, 19 parto); Comunicación de cambios de

comportamiento a nivel comunitario (37 ambulatorio, 7 parto); Organización de la atención y del MCC (23 ambulatorio, 5 parto); infraestructura como por ejemplo la creación de un espacio donde se pudiera dar la atención (5 ambulatorio, 3 parto); ayudas y material de apoyo en el trabajo como posters (9 ambulatorio, 13 parto); y 12 cambios adicionales que realizaron los equipos ambulatorios que no se pudieron clasificar en las categorías anteriores.

Categorías de los cambios realizados por los equipos: Analizamos el porcentaje de equipos que implementaron cualquier tipo de cambio en las categorías consideradas en base a su contenido y encontramos que la mayoría de los equipos implementaron al menos un cambio en capacitación, supervisión, estandarización de la atención (92% de los equipos ambulatorios y 100% de los equipos de parto); la mayoría de los equipos en ambos tipos de atención realizaron gestiones para asegurar los insumos para poder dar una atención clínica de calidad (88% ambulatorio, 67% atención de parto). Los cambios que se realizaron en cuanto al proceso y contenido de la atención como consejería e implementación de normativas fueron implementados por 63% de los equipos ambulatorios y 44% de los de parto. Cambios que tuvieron una base en la comunidad, tales como la promoción de hábitos de salud a través de mensajes en la radio, la creación de grupos de embarazadas, consejería en nutrición y lactancia en población infantil y la organización de ferias de salud entre otros- se realizaron en un mayor porcentaje de los grupos de atención ambulatoria (50%) que en los de atención de parto (17%).

Documentación de los cambios que fueron implementados /probados: Observamos que todos los equipos fueron muy activos en la implementación de cambios orientados a la mejora de la calidad de la atención, pero no documentaron los cambios implementados. Aunque este no fue uno de los objetivos específicos del estudio cuando este fue diseñado, observamos que los equipos utilizaban multitud de mecanismos para la documentación y algunos equipos fueron incapaces de documentar los cambios realizados. Sólo un 52% de los equipos ambulatorios y 48% de los de atención de parto documentaron sus cambios a través de algún mecanismo.

A pesar de la recomendación a los equipos de la utilización de la herramienta estandarizada de documentación de HCI, 11 de los 29 equipos ambulatorios (52%) y ocho de los 25 de atención de parto (32%) lo utilizaron. La razón que los equipos dieron para justificar la baja utilización de la herramienta fue que el instrumento resultó largo y complejo de llenar.

Compartiendo los cambios y resultados en la fase de difusión: La mayoría de los equipos compartieron sus experiencias de aprendizaje con otro personal en el mismo servicio de salud (83%). Los equipos recibieron información sobre las actividades que estaban realizando otros equipos a través de las visitas de facilitación y tutoría que el personal del equipo técnico del área realizaron mensualmente en la sede del área (48%), en las sesiones de capacitación (45%) y en las visitas cruzadas con otros equipos (21%). Otros medios de comunicación como el teléfono no fueron utilizados frecuentemente (2 equipos; 7%) debido al alto costo de los servicios telefónicos; y el internet/email fue utilizado solo por uno de los equipos (3%).

Los equipos identificaron como barreras para la aplicación de la metodología de calidad en la implementación de las mejores prácticas la falta de insumos para dar una atención de calidad, y la metodología de “todo o nada” para el reporte de los indicadores. Esto es, se requiere que se cumplan todos los criterios de cada indicador para poder reportarlo como completo.

Las limitaciones del estudio: Tuvimos que confiar en el reporte oral de aquellos equipos (31% de equipos ambulatorios, 24% en atención de parto) que no fueron capaces de documentar los cambios de forma escrita. Debido a esta circunstancia, asumimos que no todos los cambios implementados por los equipos fueron reportados.

Conclusiones y recomendaciones

Los equipos participantes en la fase de expansión de la estrategia ProCONE obtuvieron resultados similares a los de la fase de demostración de San Marcos en términos de calidad de atención prenatal,

parto, MATEP, postparto y cuidados neonatales. La mayoría de los equipos de la muestra de estudio tenían conocimientos sobre las experiencias de la implementación del ProCONE en el área de salud de San Marcos, independientemente de que los entrevistados tuvieran o hubieran visto el documento *Mejores prácticas de San Marcos*. Aquellos equipos que dispusieron del documento dijeron que les resultó de utilidad como ayuda para la implementación de los estándares y nomas del ProCONE.

Solamente, el 38% de los equipos tenían físicamente el documento en su servicio de salud, y la presencia o ausencia del documento no influyó en el número de prácticas que la fase de expansión replicó de la experiencia de San Marcos. Un mecanismo de similar importancia para la diseminación de las mejores prácticas implementadas en San Marcos fueron las visitas de facilitación y supervisión que el personal de asistencia técnica del proyecto realizó a los servicios, así como la asistencia de los equipos a las sesiones de capacitación donde se presentaron las experiencias de San Marcos.

La mayoría de los equipos que prestaron cuidados ambulatorios replicaron los cambios de San Marcos como la estandarización de los expedientes clínicos en la atención prenatal y la gestión para obtener esfigmomanómetros para la toma de presión arterial; aproximadamente la mitad de los equipos capacitaron a su personal en el seguimiento de la normativa en la administración de micronutrientes. Además, los equipos ambulatorios implementaron prácticas nuevas en atención prenatal (53% de los equipos) y en otras áreas que no se incluyeron en el documento, como atención de puerperio ambulatorio (42% de los equipos) y cuidados neonatales ambulatorios (29% de los equipos). La experiencia de los facilitadores y de los asistentes técnicos debe haber jugado un papel fundamental orientando a los equipos de la fase de expansión a implementar nuevos cambios efectuados. Otro factor que influyó el alto número de cambios realizados fue que los equipos compartieron la información dentro de la misma unidad (90% de los equipos) y con otros equipos del área (65%).

La práctica de San Marcos que fue replicada por el 100% de los equipos era la capacitación en el uso del partograma; 60% de los equipos replicaron la estandarización de MATEP, 55% la diseminación de la normativa clínica para la atención de postparto y un 39% la atención neonatal. En general los equipos implementaron un promedio de 13.4 cambios por equipo ambulatorio y 9.7 cambios por equipo de parto. De estos cambios, la mayoría se produjeron en las áreas de capacitación, supervisión, estandarización de la atención y gestiones para asegurar la disponibilidad de insumos críticos. Casi todos los equipos tanto en atención ambulatoria como de parto implementaron al menos cambios en capacitación, supervisión y estandarización. Los equipos ambulatorios fueron más activos que los de parto en la implementación de prácticas orientadas a la comunidad y en los cambios de organización. Por otro lado, los equipos de parto realizaron más cambios en la presentación de ayudas y materiales para el trabajo como la colocación de un partograma gigante en la sala de partos, posters, etc.

La documentación de las prácticas implementadas fue un desafío para todos los equipos. Este es un área donde se necesita profundizar más en la forma de facilitar el registro y monitoreo de los cambios que los equipos implementan. Si los equipos van a evaluar su desempeño en base a los cambios que implementan, necesitan documentar lo que han hecho así como anotar el tiempo que duró el cambio en sus gráficos, para de este modo poder determinar qué fue lo que funcionó y lo que no funcionó. Sobre todo, dado que los equipos de expansión continúan innovando y probando nuevos cambios, la documentación de los mismos es crítica en vista a una diseminación del conocimiento posterior.

Los resultados de este estudio sugieren que un documento mejorado de mejores prácticas podría proponerse para facilitar la diseminación de las mejores prácticas para la implementación de la estrategia ProCONE a nivel nacional. Este documento y su contenido deberían diseminarse más ampliamente que el anterior, a través de diferentes formatos y en más de una ocasión. Asimismo, se recomienda diversificar las oportunidades de los equipos de compartir sus aprendizajes, especialmente con miembros de los otros equipos y por nuevos mecanismos como el Internet y cursos interactivos. Los resultados de este estudio deberían presentarse en una reunión a la que asistan los equipos que están implementando la estrategia ProCONE.

I. INTRODUCCIÓN

La estrategia de Promoción y Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (ProCONE) en su componente de atención básica (ProCONE Básico) utilizó la metodología de aprendizaje colaborativo. A través de un proceso de mejoramiento colaborativo, equipos de las unidades de salud se reúnen para mejorar la calidad de los servicios, enfocándose en estándares de atención clínica. Los centros de salud se comprometen a medir indicadores seleccionados y compartir los resultados con las demás unidades que participan en el colaborativo. Cada centro inicia acciones y cambios en la organización de sus servicios para tratar de mejorar el cumplimiento con los estándares clínicos y la mejora se verifica a través de las mediciones de indicadores.

Veinticinco servicios del área de salud de San Marcos en Guatemala participaron en una fase de demostración que se llevó a cabo de marzo de 2007 a septiembre de 2008. Luego de haber concluido la fase demostrativa, se realizó un periodo de consolidación de las experiencias y mejores prácticas aprendidas y se prosiguió con una fase de expansión de la estrategia del colaborativo ProCONE a siete áreas de salud adicionales, de noviembre de 2008 a junio de 2010. El objetivo de la fase de expansión fue el hacer llegar a todos los centros de salud de las áreas de expansión, las experiencias exitosas o mejores prácticas de la fase demostrativa, así como las lecciones aprendidas en la implementación de la mejora de la atención materno neonatal. En la fase de expansión participaron 122 servicios de atención materno neonatal ambulatoria (centros de salud), Centros de Atención Permanente (CAP), Centros de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI) y hospitales de las siete áreas de salud nuevas.

Durante los 18 meses de duración de la fase de expansión se llevaron a cabo seis sesiones de aprendizaje con los equipos de las áreas de salud, con una periodicidad de dos a tres meses. Estas sesiones luego fueron replicadas localmente con los equipos de mejoramiento de los servicios de salud. Asimismo, se asignó un asistente técnico del proyecto por cada una de las siete áreas de salud que, a veces acompañados por facilitadores del Programa Nacional de Salud Reproductiva del nivel central del Ministerio de Salud y/o por personal del equipo técnico del área, realizaron visitas de tutoría a los diferentes servicios, semanalmente durante 2009 y menos frecuentemente durante 2010.

Una medida del éxito de las organizaciones es si los buenos resultados pueden propagarse en gran escala. En el contexto del mejoramiento de la calidad de la atención en salud, la expansión se puede definir como el conjunto de actividades que se lleva a cabo con el fin de propagar las mejores intervenciones del servicio o establecimiento de demostración a muchos más establecimientos que representan una porción mayor del sistema de salud y sirven a una población mayor para lograr resultados semejantes o mejores. Además, se trata de conseguir una reducción en el tiempo necesario para su implementación, ya que las intervenciones fueron previamente probadas y resultaron ser exitosas en los establecimientos de la fase de demostración.

El mejoramiento de la atención básica de ProCONE en su fase demostrativa se diseñó alrededor de tres estándares e indicadores relacionados con la atención ambulatoria: prenatal, postparto y neonatal. Asimismo, hubo cuatro estándares e indicadores relacionados con la atención del parto no complicado: uso del partograma, la aplicación del manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP), la atención del postparto inmediato y los cuidados rutinarios del recién nacido sin complicaciones. Uno de los principales productos de la fase de demostración del ProCONE Básico de San Marcos fue el documento de “mejores prácticas”¹ (también llamadas “mejores intervenciones” o “mejores ideas de cambio”) para mejorar la atención representada por cada uno de los indicadores al que nos referiremos como documento de *Mejores prácticas de San Marcos*.

¹ Ver documento: Intervenciones identificadas por los equipos de los distritos de salud que contribuyeron al mejoramiento de la calidad en salud materno-neonatal en el área de salud de San Marcos. USAID | Calidad en Salud Guatemala. University Research Co., LLC. Noviembre 2008.

Las mejores prácticas se definieron como los cambios efectuados por los equipos de mejoramiento continuo de la calidad (MCC) de los servicios de San Marcos que mejoraron el cumplimiento con los estándares, medidos por los indicadores de esos procesos de atención. Según la metodología de aprendizaje colaborativo, las mejores prácticas de la fase demostrativa son clave para que los equipos de MCC de los servicios en la fase de expansión las adapten y adopten para lograr resultados iguales o mejores que en la fase demostrativa y en menos tiempo.

Este estudio pretendió valorar cualitativa y cuantitativamente la experiencia de la propagación de las intervenciones del colaborativo ProCONE Básico de la fase demostrativa a la fase de expansión en una muestra de 29 servicios. Por medio del estudio se trató de identificar qué información recibieron y/o recuerdan haber recibido los nuevos equipos de MCC sobre las mejores prácticas de la fase demostrativa en San Marcos, cuál fue la aceptabilidad de esas ideas de cambio, cuáles y cómo las incorporaron dentro de sus intervenciones, cuáles fueron exitosas y qué otras prácticas –diferentes a las de la fase de demostración– desarrollaron. También se obtuvo información sobre los mecanismos de documentación y de compartir los cambios implementados utilizados por los equipos de la fase de expansión.

II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

General

Evaluar la implementación del paquete de cambios exitosos incluidos en documento de *Mejores prácticas de San Marcos* de la estrategia ProCONE Básico por los equipos de la fase de expansión del ProCONE.

Específicos

Objetivo 1: Medir la exposición de los equipos de MCC de la fase de expansión a los cambios exitosos o mejores prácticas obtenidas de la experiencia del colaborativo San Marcos de la fase demostración.

- ¿Tienen conocimiento los equipos de mejora de la calidad de la fase de expansión de las mejores prácticas provenientes de la fase de demostración en San Marcos?
- ¿Disponen los equipos de mejora de la calidad de la fase de expansión del documento de *Mejores prácticas de San Marcos*?
- ¿Utilizaron los equipos de mejora de la calidad el documento de *Mejores prácticas de San Marcos*?

Objetivo 2: Identificación de las ideas de cambio propuestas en el colaborativo de San Marcos que fueron adoptadas por los equipos de calidad de la fase de expansión.

- ¿Qué prácticas implementadas en San Marcos fueron luego replicadas por los equipos de mejora de la calidad de la fase de expansión? ¿Se observaron diferencias en los cambios o prácticas implementadas por los servicios ambulatorios y los de atención del parto?
- ¿Cuáles fueron los cambios que fueron implementadas más frecuentemente por los servicios de salud de la fase de expansión? ¿Se observaron diferencias considerando el tipo de atención prestada?
- ¿Hubo otros cambios (nuevos) que los servicios de salud de la fase de expansión implementaron?
- ¿Cómo documentaron los equipos de la fase de expansión los cambios implementados?

III. METODOLOGIA

Se realizó un estudio transversal para examinar la implementación de las intervenciones de cambio o mejores prácticas de la estrategia ProCONE durante la fase de expansión en los servicios salud en

Guatemala. De los 122 servicios de salud materno infantil donde se implementó el colaborativo ProCONE de la fase de expansión, se seleccionó una muestra de 30 servicios de salud: 26 de ellos CAP, un CAIMI con atención de partos, un hospital distrital con consulta externa y dos centros de salud (tipo B). Uno de los servicios CAP de la muestra no pudo ser estudiado debido a que sus instalaciones estaban siendo remodeladas y al momento de la encuesta se encontraban dispersas en tres puntos geográficamente retirados, por lo cual 29 servicios de salud quedaron incluidos en la muestra del estudio. Los 29 servicios de salud proveen atención materno infantil ambulatoria y 25 de ellos además cuentan con servicios de atención de partos.

El documento de *Mejores prácticas de San Marcos* fue presentado a nivel central del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Se presentó en una primera sesión a nivel de áreas de salud y en una segunda sesión de aprendizaje realizada en marzo de 2009 con los equipos de mejoramiento continuo de la calidad de 122 servicios de salud, incluyendo los 29 servicios estudiados para que lo tomaran como base para su planificación. Dos miembros de cada equipo de MCC acudieron a esta segunda sesión donde se les presentó el documento de *Mejores Prácticas de San Marcos*.

Los equipos de MCC recibieron visitas periódicas de los asistentes técnicos del proyecto cada 2-3 meses durante los 18 meses que duró la fase de expansión. En estas visitas se proporcionaba a los equipos asistencia técnica en la medición de los indicadores así como en la aplicación de la normativa clínica del ProCONE. El asistente técnico asistía a los equipos en la implementación de cambios y transmitía experiencias de los otros equipos bajo su supervisión. Algunos de estos asistentes técnicos eran personal que habían participado previamente en la implementación del colaborativo de San Marcos.

Las capacitaciones se llevaron a cabo con los equipos de MCC a nivel local, regional y, en algunos casos, nacional. El contenido de las capacitaciones variaba incluyendo procesos y estándares de atención clínica, monitoreo y medición de indicadores, identificación de brechas en la mejora de calidad y desarrollo de ciclos de acción rápida para implementar soluciones. Estas reuniones sirvieron para que los equipos pudieran compartir sus experiencias y aprendieran unos de otros sobre los cambios que implementaron y resultaron exitosos.

Un componente fundamental en el proceso de mejora de la calidad es que los equipos de MCC documenten los cambios o intervenciones realizadas. De este modo pueden evaluar la eficacia de los cambios implementados a través de los ciclos rápidos (PEVA –planificar, ejecutar, verificar y actuar–) y proponer nuevos cambios en función de los resultados. Por esta razón al principio de la expansión se solicitó a los equipos de MCC que documentaran las ideas de cambio o intervenciones probadas, las exitosas y no exitosas, en matrices. A partir de julio de 2009, se les presentó y entregó a los equipos de MCC, el Sistema Estandarizado de Evaluación (*Standard Evaluation System* en inglés) desarrollado por HCI y adaptado para Guatemala. A este instrumento se lo conoce como “el cuadernillo” y fue el que, en primer término, se solicitó a los equipos de MCC que lo llenara y se revisó en este estudio.

Se realizaron al menos dos visitas a cada uno de los servicios de salud para recolectar información y entrevistar a los miembros del equipo MCC para el presente estudio. En la mayoría de los casos, se entrevistó a los coordinadores del equipo de mejora (generalmente el médico jefe de la unidad) y a la enfermera profesional que habitualmente es la más activa dentro del equipo de calidad. Estos dos miembros del equipo regularmente son los que asisten a las sesiones de aprendizaje de la metodología de mejoramiento colaborativo.

Se examinaron todas las intervenciones que realizaron los equipos, replicando las de San Marcos así como los cambios nuevos que realizaron y que fueron documentadas en cualquier formato (el formato estandarizado de HCI, matrices de planificación, listas de intervenciones, libro de conocimientos y/o a través de la entrevista).

VARIABLES DE INTERÉS

En el Cuadro 1, se muestran los objetivos del estudio, las variables de interés para cada objetivo y los indicadores para la medición de las variables.

Cuadro 1: Variables e indicadores de interés al estudio

Objetivo	Variables	Indicadores	Numerador	Denominador	Otros factores
Objetivo 1	Exposición /uso documento cambios fase demostración - Conocen - Tienen - Usan	- % de equipos que conocen la fase demostrativa - % de equipos que conocen el documento - % de equipos expuestos y que utilizaron el documento	- Número de equipos que conocen la fase demostrativa - Número de equipos que conocen el doc. - Número de equipos que tienen/ usan	Número total de equipos	Desagregado por <u>tipo de servicio</u> : ambulatorio, maternidad
Objetivo 2	Cambios implementados de la fase demostrativa	% de cambios de la fase demostrativa utilizados por los equipos de la fase de expansión	Número total de cambios de la fase demostrativa implementados por los equipos	(Número total de posibilidades de cambio de la fase demostrativa) x (número total de unidades de expansión entrevistadas)	Desagregado por <u>tipo de servicio</u> ; por <u>tipo de atención</u> : prenatal, parto, post-parto y neonatal; por <u>exposición</u> o no al documento de San Marcos (objetivo 1)
	Frecuencia de implementación de cambios	Frecuencia de cada cambio de demostración implementado por los equipos de expansión	Número de equipos que implementan cada idea de cambio de la fase de demostración	Número total de equipos implementando el tipo de atención para esa idea de cambio	Desagregado por <u>tipo de servicio</u> ; por <u>tipo de atención</u> ; por <u>exposición</u> o no al documento de San Marcos (objetivo 1)
	Nuevos cambios implementados	- % de equipos implementando otros cambios adicionales - Promedio del número de nuevos cambios implementados por equipo	Número de equipos que implementaron ideas de cambio nuevas Número de ideas de cambio nuevas	Número total de equipos Número total de equipos	Desagregado por <u>tipo de servicio</u> ; por <u>tipo de atención</u>
	Cambios totales realizados	- Número total de cambios realizados por los equipos y promedio por equipo - % de equipos implementando cambios en cada categoría	Número total de cambios en cada categoría Número de equipos implementando cambios en cada categoría	Número total de equipos Número total de equipos	Desagregado por contenido del cambio realizado y por <u>tipo de servicio</u>
	Documentación de los cambios	% de equipos que documentaron los cambios	Número de equipos que documentaron cambios	Número total de equipos	Desagregado por <u>tipo de documentación</u> utilizada

IV. RESULTADOS

Los resultados del estudio se basan en la información obtenida a través de la revisión documental y la entrevista con uno o más miembros del equipo de mejora en cada establecimiento.

A. Descripción de la muestra de análisis

Los dos centros de salud y dos CAP no atienden partos todavía, por lo que sólo se contó con información de 25 servicios con atención de parto: 23 CAP, un CAIMI y un hospital distrital. En general, en los 23 CAP con maternidad, son los mismos equipos de mejora de la atención prenatal los que lideran la mejora de la atención de partos. Todos los 29 servicios dan atención ambulatoria.

En el Cuadro 2 se presentan los instrumentos de recolección de datos donde los dos miembros del equipo de trabajo de campo contratado para la realización del estudio, incorporaron la información tras la revisión del material presentado por cada equipo de MCC. Un instrumento sirvió para recoger datos de los cambios realizados en la atención ambulatoria (formulario I.1.a) y los cambios en la atención de parto (formulario I.1.b). Otro instrumento fue utilizado para recoger la información sobre su conocimiento de la experiencia de San Marcos, si pudieron aplicar en su servicio las mejoras de la fase demostrativa, cómo ha sido la experiencia de documentación de las intervenciones y cómo las han documentado, cuál ha sido su experiencia en compartir sus aprendizajes a lo interno de la unidad y a lo externo con el área y los mecanismos utilizados para ello (formulario I.2). El equipo de campo revisó toda la documentación que cada equipo de MCC tenía de sus intervenciones de mejora en la atención ambulatoria y de parto. Hubo equipos que no tenían una documentación escrita de los cambios implementados y en ese caso se tomó un reporte verbal (nueve servicios ambulatorios y cinco de atención de parto). Otros equipos fueron incapaces de proveer adecuada información incluso durante la entrevista para este estudio (cinco servicios ambulatorios y siete de atención de parto) y no se consideraron para el análisis. La muestra quedó reducida, por tanto, a 24 servicios de atención ambulatoria y 18 de atención de parto.

Cuadro 2: Información utilizada para el análisis

Instrumentos y revisión de información para análisis	Tipo de servicio	
	Atención ambulatoria (n=29 servicios)	Atención de parto (n=25 servicios)
Formularios de registro de cambios en la atención	29	25
Formulario sobre proceso de expansión	29	N/A*
Ninguna documentación de intervenciones	5	7
Acceso a medios escritos de documentación de intervenciones	15	12
Solamente reporte verbal de intervenciones	9	6

*Los equipos de atención de parto son los mismos de la atención ambulatoria y rellenaron un solo formulario.

B. Exposición/utilización del documento de *Mejores prácticas de San Marcos*

El documento de *Mejores prácticas de San Marcos* fue presentado en una primera sesión a nivel central del MSPAS y a nivel de áreas de salud y en una segunda sesión de aprendizaje a los 122 equipos de mejoramiento continuo de la calidad, incluidos los 29 servicios de salud estudiados, para que lo tomaran como base para su planificación.

En el Cuadro 3 se muestra que el 93% de los miembros de los equipos de mejora conocían que la fase demostrativa se había llevado a cabo en San Marcos y un 62% conocían de la existencia del documento de *Mejores prácticas de San Marcos*. Sin embargo, solo 38% de los equipos tenían físicamente y utilizaron el documento como guía en la implementación de sus intervenciones de cambio. Los equipos que lo utilizaron dijeron que contenía prácticas muy efectivas para el mejoramiento de la atención de salud.

Cuadro 3: Conocimiento y uso del documento de *Mejores prácticas de San Marcos* (n=29 servicios)

Fase demostrativa de San Marcos	n	%
Conocen de la fase demostrativa	27	93
Conocen documento	18	62
Tienen documento	11	38
Usaron documento	11	38

De los participantes que conocían de la existencia del colaborativo de San Marcos se refirieron a ella como algo muy positivo y las mejoras realizadas como cambios validados que resultaron ser eficaces. Unas de las frases más elocuentes de aceptabilidad fueron las de dos equipos en que los entrevistados dijeron: “La experiencia de San Marcos es la base del ProCONE” y “El documento de San Marcos es la Biblia del ProCONE”.

En general los equipos consideran equivalentes la estrategia de ProCONE, el mejoramiento de la calidad de atención y la metodología de aprendizaje colaborativo utilizada. También algunos igualan estos al documento de *Mejores prácticas de San Marcos*. Esto se puso de manifiesto cuando se les preguntó sobre la aceptación que habían tenido las intervenciones propuestas de la fase demostrativa de San Marcos.

Las razones que mencionaron para aceptar las intervenciones de San Marcos fueron:

- Ya fueron validadas, adaptadas, están probadas (3)
- Son dignas de imitar, son un buen ejemplo, sirven para mejorar (3)
- Son ideas importantes, ideas de cambio, buenas ideas (3)
- En San Marcos el equipo es excelente; tiene mucho compromiso (2)
- Son experiencias que lograron la mejora, son las mejores prácticas (2)

Los equipos comentaron de la estrategia ProCONE:

- Es un documento bien estructurado (ProCONE), tiene tres niveles comunitario, básico y de complicaciones (4)
- Cuenta con todo el material, hay estándares e indicadores definidos, está bien redactado, es comprensible (4)
- Es un instrumento útil, es práctico para implementar mejor atención, es un buen punto de partida (3)
- Es una guía, orienta qué hacer y qué mejorar, es una guía para realizar mejores acciones (4)
- Evita cometer errores y ayuda a conocer debilidades y fortalezas de la atención (3)

Las únicas dos barreras que se mencionaron para implementar las intervenciones o ideas de cambio de la fase demostrativa fueron: La falta de insumos para dar una atención de calidad y la drasticidad en el

monitoreo de los indicadores, ya que si no se cumple con uno de los criterios el indicador queda en cero y no se puede mostrar que una intervención fue efectiva.

C. Cambios implementados por los equipos de la fase de expansión

1. Replicación de cambios del documento de *Mejores prácticas de San Marcos*

Los cambios del colaborativo de San Marcos responden a las brechas en atención que fueron identificadas y los cambios que se propusieron y resultaron exitosos para solventarlas. Problemas frecuentes que identificaron durante la fase demostrativa de San Marcos fue la inexistencia de un formato único para el registro de datos en los expedientes clínicos, por lo que decidieron crear un formato estandarizado. Esta estandarización se aplicó en distintas áreas como en la atención prenatal ambulatoria, en MATEP, el postparto inmediato y los cuidados rutinarios del recién nacido. Se identificó que el personal hacía registros incorrectos de la presión arterial además de contar con esfigmomanómetros en muchos casos rotos o que no funcionaban bien. Los equipos gestionaron la obtención y dotación de esfigmomanómetros en atención prenatal ambulatoria y en puerperio inmediato así como capacitaron al personal de salud en la técnica adecuada de la toma de presión arterial.

En San Marcos se documentaron cinco cambios en la atención prenatal (ambulatoria), cuatro cambios en la atención del parto utilizando el partograma, tres cambios en la atención del parto utilizando MATEP, cuatro cambios en la atención del postparto inmediato y tres cambios en los cuidados rutinarios del neonato; es decir, un total de 19 cambios. Sin embargo, tres de los cambios de San Marcos –los registros de MATEP, la atención del puerperio inmediato y los cuidados rutinarios del recién nacido– quedaron incorporados la hoja del partograma en todos los servicios de salud desde un inicio, de tal modo que las posibilidades de replicación de cambios fue de un total de 16 cambios.

En el Cuadro 4 se muestra el número y porcentaje de cambios implementados en la fase de expansión sobre la posibilidad que existía de replicar los cambios de la fase de demostración en San Marcos. Se calculó el número total de cambios que podían replicarse multiplicando el número de cambios de San Marcos por el número de unidades de salud que mostraron documentación o reportaron cambios. Por ejemplo, para la atención prenatal había cinco cambios de la fase demostrativa y 24 unidades de salud de la muestra que documentaron/ reportaron cambios en la fase de expansión; si todas las unidades hubieran replicado todos los cambios, las posibilidades de cambios eran 120. Para la atención prenatal, un poco más de la mitad (53.3%) de las intervenciones de la expansión fueron réplicas de las de la fase demostrativa y para la atención del parto poco más de un tercio (37.4%) de las intervenciones fueron iguales a las de la fase demostrativa.

Cuadro 4: Número y porcentaje de cambios que los servicios de la fase de expansión replicaron del documento de *Mejores prácticas de San Marcos*

Porcentaje de cambios replicados de San Marcos	
Ambulatorio (n=24) ‡	
Atención prenatal (5) ‡‡	64/120 (53%)
Atención de parto (n=18) ‡	
Atención de parto – Partograma (4)	32/72 (44%)
Atención de parto – MATEP (2)	17/36 (47%)
Atención del puerperio inmediato (3)	15/54 (28%)
Atención rutinaria del recién nacido (2)	10/36 (28%)
Total	74/198 (37%)

‡ Los denominadores de esta tabla son las unidades de salud de las cuales se obtuvo documentación y/o que reportaron ideas de cambio multiplicados por las ideas de cambio de la fase demostrativa.

‡‡ Los números en paréntesis son las ideas de cambio provenientes de la fase demostrativa en San Marcos

Se recolectó información sobre la exposición al documento de mejores prácticas de San Marcos en los 29 servicios de la muestra con atención ambulatoria y para los 25 servicios con atención de parto. En los Cuadros 5 y 6 se presenta la información sobre los servicios que reportaron cambios de la fase demostrativa implementados por los equipos de la fase de expansión. El uso del documento de *Mejores prácticas de San Marcos* no tuvo un efecto específico en la implementación de las mejores prácticas contenidas en el documento. De hecho, los servicios de salud que reportaron que no tenían ni usaron el documento tuvieron un promedio de implementación de las mejores prácticas ligeramente superior a aquellos equipos que dijeron contar con una copia del mismo. Los equipos que no tuvieron el documento implementaron 57% de prácticas ambulatorias frente a 49% de las implementadas por los equipos con el documento de *Mejores prácticas de San Marcos*. Lo mismo sucedió con los equipos de atención de parto donde los equipos que no utilizaron el documento replicaron 48% de las prácticas de San Marcos en comparación con 31% de réplicas en los que lo tuvieron.

Cuadro 5: Cambios en la atención ambulatoria (prenatal) de la fase de demostración en San Marcos que fueron implementados por los servicios de la fase de expansión (n=24)

Acceso al documento de <i>Mejores prácticas de San Marcos</i>	Cambios en la atención ambulatoria
Tenía / Usó el documento (n=11)	27 / 55‡ (49%) Promedio: 2.4
No tenía/ No usó el documento (n=13)	37 / 65 (57%) Promedio: 2.8

‡ Los denominadores se calcularon con base en el número de cambios de la fase demostrativa por el número de equipos que estuvieron expuestos o no expuestos al documento de mejores prácticas de San Marcos.

Cuadro 6: Cambios en la atención del parto que fueron implementados por los servicios de la fase de expansión (n=18)

Acceso al documento de <i>Mejores prácticas de San Marcos</i>	Cambios en la atención del parto
Tenía / Usó el documento (n=11)	37/121‡ (31%) Promedio: 3.4
No tenía/ No usó el documento (n=7)	37/77 (48%) Promedio: 5.3

‡ Los denominadores se calcularon con base en el número de cambios de la fase demostrativa por el número de equipos que estuvieron expuestos o no expuestos al documento de mejores prácticas de San Marcos.

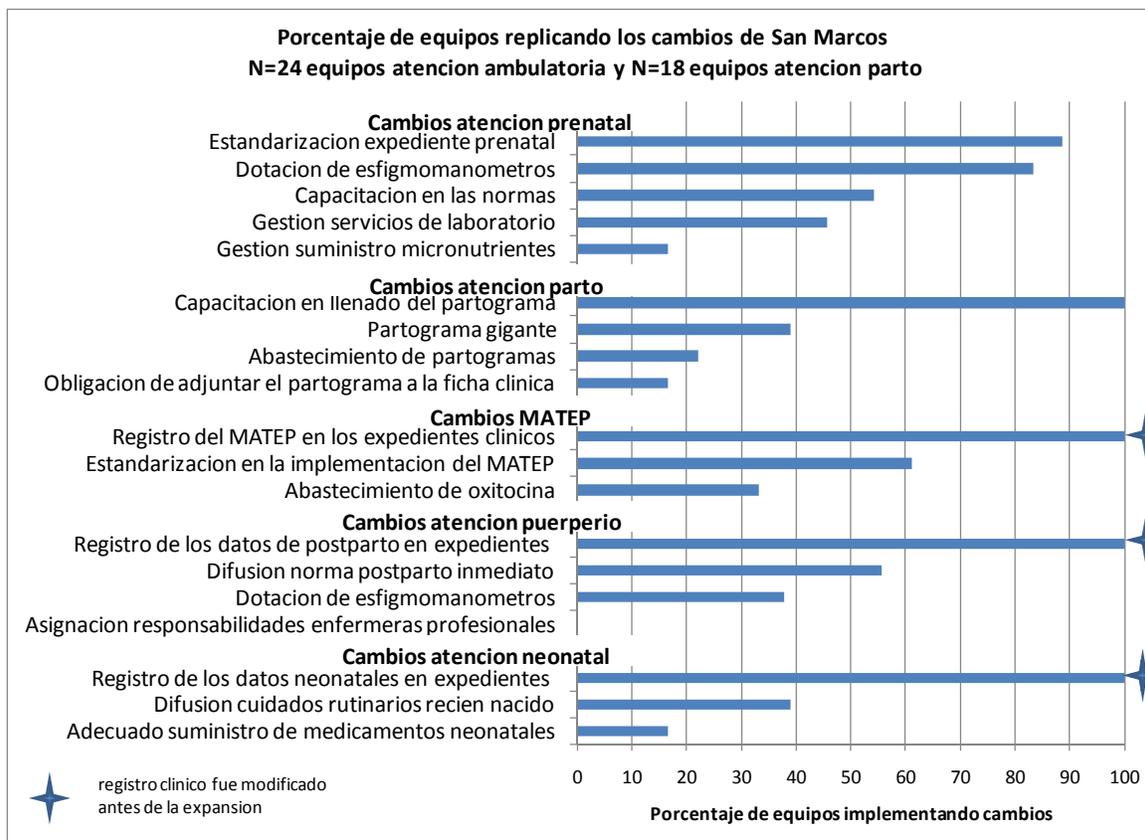
2. Tipos de mejores prácticas de San Marcos que fueron replicadas

Uno de los objetivos del estudio fue evidenciar cuáles fueron las mejores prácticas que los equipos replicaron más frecuentemente, independientemente de su exposición o no al documento *Mejores prácticas de San Marcos*. Los cambios en la atención prenatal más frecuentemente replicados fueron la estandarización en el uso de las fichas clínicas (89% de los equipos), la gestión para la provisión de esfigmomanómetros para la toma de presión arterial (83%) y la capacitación del personal en las normas, incluyendo la provisión de micronutrientes a la embarazada (54%). Las prácticas que replicaron más frecuentemente los equipos de atención al parto fueron la capacitación en el uso del partograma (100%), la estandarización de los tres elementos principales incluidos en el MATEP (61%) y la socialización de la normativa en atención al postparto (56%) y neonato (40%). En la Figura 1 se presenta el porcentaje de equipos que implementaron cada cambio de la fase demostrativa del documento de *Mejores prácticas de San Marcos*.

En promedio, los equipos de la expansión hicieron 2.7 intervenciones en la atención prenatal idénticas a las de la fase de demostración (las posibilidades de réplica para la unidad de salud eran 5) y 4.1 intervenciones en la atención del parto (las posibilidades de réplica para la unidad de salud eran 11).

Dentro de la atención de parto, los equipos realizaron un promedio de 1.8 cambios por equipo en el uso de partograma; 0.9 cambios por equipo en MATEP; 0.6 cambios por equipo en atención de puerperio inmediato y 0.6 en cuidados rutinarios del recién nacido.

Figura 1: Porcentaje de equipos que implementaron las mejores prácticas derivadas del colaborativo de demostración de San Marcos



Los equipos consideraron algunas de las prácticas implementadas por el colaborativo de San Marcos como fundamentales y las incorporaron desde un inicio en la implementación de la estrategia ProCONE. Todos los equipos replicaron la inclusión de los registros de MATEP, puerperio inmediato y cuidados neonatales en la hoja del partograma. Incluyendo todos los registros en un solo instrumento simplificó el proceso de llenado de los datos clínicos así como ayudó a fortalecer el cumplimiento con la norma en la atención del parto (partograma, MATEP), postparto inmediato y cuidados neonatales.

3. Implementación de nuevas prácticas en áreas específicas de la atención clínica

Los equipos no se limitaron a implementar los cambios que previamente se realizaron en San Marcos (como se especifican en el documento *Mejores prácticas de San Marcos*). Cincuenta y cuatro por ciento de los equipos ambulatorios implementaron cambios adicionales en relación a la atención prenatal. El documento no recoge las áreas de atención de postparto ambulatorio y de cuidados neonatales ambulatorios, aunque hay constancia de que si realizaron cambios en estas áreas. De todos modos debido a que no se encontraron específicamente en el documento, los cambios que realizaron los servicios ambulatorios en estas áreas de atención se consideraron como cambios nuevos implementados (42% equipos implementaron cambios nuevos en atención del postparto ambulatorio y un 29% en la atención neonatal ambulatoria).

Los equipos de atención de parto así mismo implementaron cambios nuevos no incluidos en el documento en las siguientes áreas: partograma (61% de los equipos), MATEP (44% de los equipos),

atención del postparto inmediato (56% de los equipos) y atención neonatal (28% de los equipos). Esta información se presenta en el Cuadro 7.

Cuadro 7: Porcentaje de equipos que implementaron nuevos cambios por proceso de atención. Promedio de nuevos cambios por equipo

Intervenciones de cambio	Equipos que implementaron nuevos cambios	Promedio de nuevos cambios implementados por equipo
Atención ambulatorio (n=24)		
Prenatal	13/24 (54%)	13/13 = 1.0
Puerperio ambulatorio	10/24 (42%)	21/10= 2.1
Atención neonatal	7/24 (29%)	12/7= 1.7
Total		46/24=1.9
Atención de parto (n=18)		
Atención de parto - partograma	11/18 (61%)	11/11= 1.0
Atención de parto - MATEP	8/18 (44%)	8/8=1.0
Puerperio inmediato	4/18 (56%)	4/4=1.0
Atención del recién nacido/a	5/18 (28%)	5/5=1.0
Total		28/18=1.6

4. Número de cambios hechos por los equipos

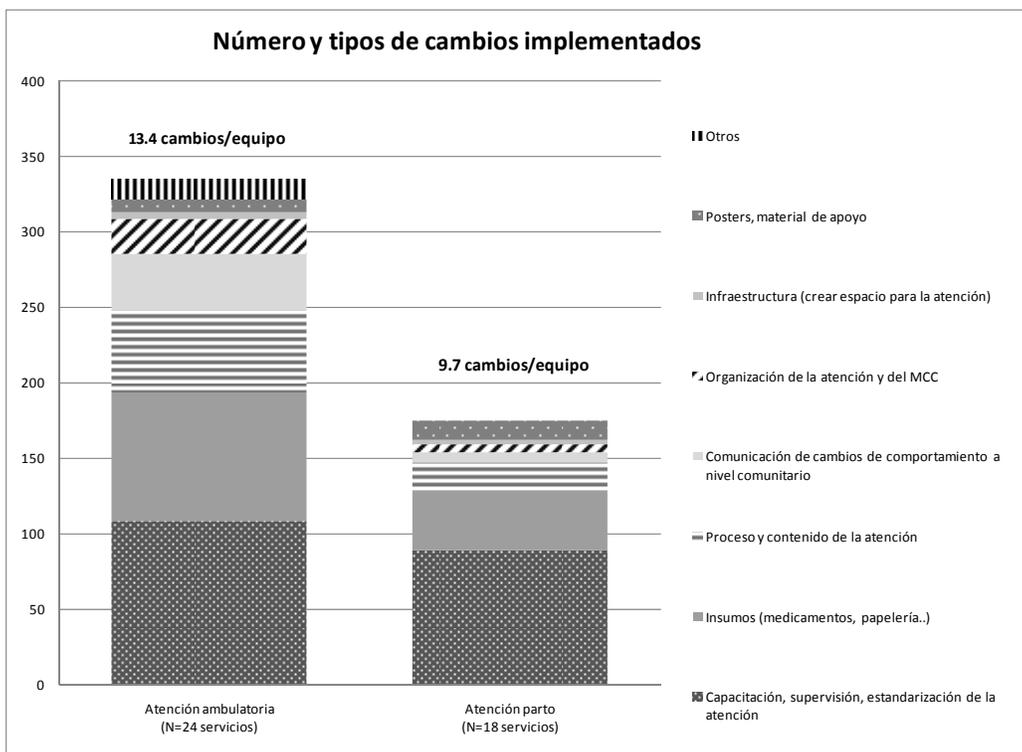
Consideramos todas las prácticas que los equipos realizaron, independientemente de su procedencia (San Marcos o innovaciones de los equipos de expansión) e independientemente del área de prestación de la atención clínica. En total los equipos de atención ambulatoria desarrollaron un promedio de 13.4 cambios; el promedio en los equipos de atención de parto fue de 9.7 cambios. La Figura 2 presenta los resultados por categoría en el contenido del cambio y por tipo de atención.

En general, los 24 equipos que prestaron atención ambulatoria implementaron 334 cambios mientras que los equipos de atención del parto implementaron 175 cambios. Estos cambios se categorizaron de la siguiente manera: capacitación, supervisión, estandarización de la atención (108 cambios en atención ambulatoria, 89 en parto); gestión de insumos como medicamentos y papelería entre otros (85 ambulatorio, 39 atención de parto); proceso y contenido de la atención como consejería e implementación de normativas (55 ambulatorio, 19 parto); comunicación de cambios de comportamiento a nivel comunitario (37 ambulatorio, siete parto); organización de la atención y del MCC (23 ambulatorio, cinco parto); infraestructura como por ejemplo la creación de un espacio donde se pudiera dar la atención (cinco ambulatorio, tres parto); ayudas y material de apoyo en el trabajo como posters (9 ambulatorio, 13 parto); y 12 cambios adicionales que realizaron los equipos ambulatorios que no se pudieron clasificar en las categorías anteriores.

5. Categorías de cambios hechos por los equipos

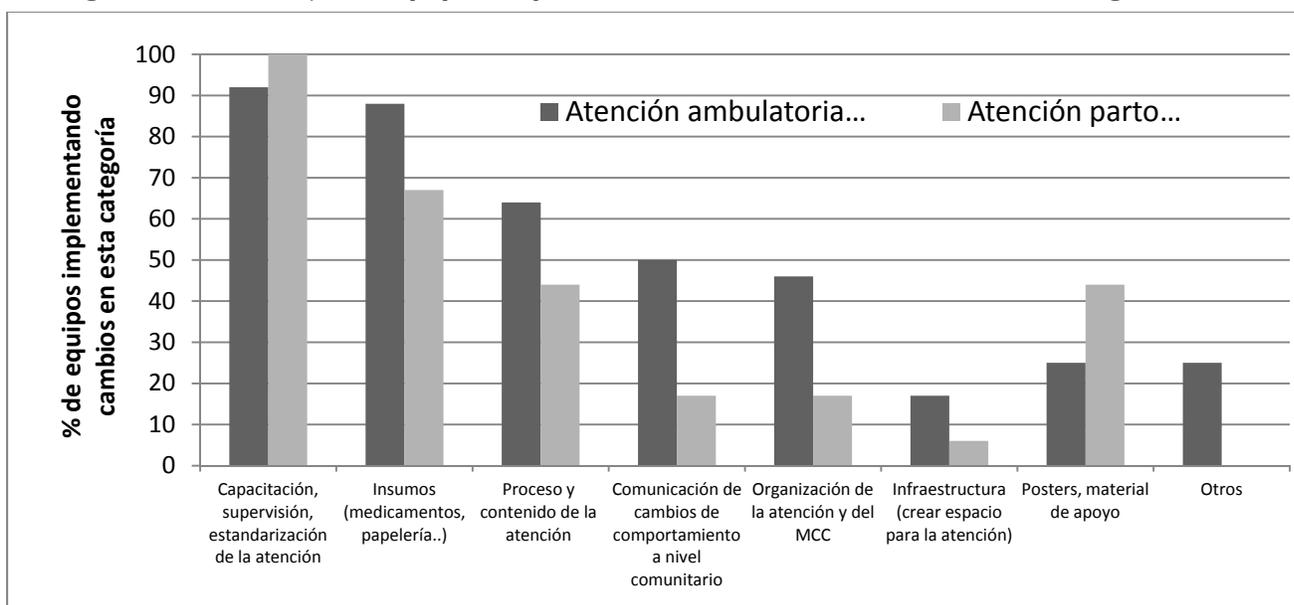
Analizamos el porcentaje de equipos que implementaron cualquier tipo de cambio en las categorías consideradas en base a su contenido y encontramos que la mayoría de los equipos implementaron al menos un cambio en capacitación, supervisión, estandarización de la atención (92% de los equipos ambulatorios y 100% de los equipos de parto); la mayoría de los equipos en ambas tipos de atención realizaron gestiones para asegurar los insumos para poder dar una atención clínica de calidad (88%

Figura 2: Número y tipos de cambios implementados por los equipos de expansión



ambulatorio, 67% atención de parto). Los cambios que se realizaron en cuanto al proceso y contenido de la atención como consejería e implementación de normativas fueron implementados por 63% de los equipos ambulatorios y 44% de los de parto. Cambios que tuvieron un enfoque comunitario como la promoción de hábitos de salud a través de mensajes en la radio, la creación de grupos de embarazadas, consejería en nutrición y lactancia y la organización de ferias de salud entre otros, se realizaron en un mayor porcentaje por los grupos de atención ambulatoria (50%) que en los de atención de parto (17%). Todos estos cambios realizados por los equipos de MCC se presentan en la Figura 3.

Figura 3: Porcentaje de equipos implementando cambios en las distintas categorías



6. Documentación de los cambios que fueron implementados/probados

Observamos que todos los equipos fueron muy activos en la implementación de cambios orientados a la mejora de la calidad de la atención, no obstante no fueron tan diligentes en cuanto a la documentación de los cambios implementados. Aunque este no fue uno de los objetivos explícitos del estudio, observamos que los equipos utilizaban una multitud de mecanismos para la documentación y otros equipos fueron incapaces de documentar los cambios realizados. Un 52% de los equipos ambulatorios y 48% de los de atención de parto documentaron sus cambios a través de algún mecanismo.

Se introdujo el sistema estandarizado de información en julio de 2009, cuando los equipos estaban realizando cambios después de su línea de base (realizada entre enero y febrero de 2009), por tanto se consideraron otras fuentes de documentación donde los equipos hubieran registrado los cambios introducidos (estandarizado, matrices de planificación, listas de intervenciones, actas en el libro de conocimientos del servicio y/o a través de la entrevista).

A pesar de la recomendación a los equipos de la utilización del sistema estandarizado de documentación de HCI, sólo 11 de los 29 equipos ambulatorios (52%) y ocho de los 25 de atención de parto (32%) lo utilizaron. La razón que los equipos dieron para justificar la baja utilización del formato de HCI fue que el instrumento resultó largo y complejo de llenar. Algunos equipos utilizaron una versión electrónica del formato de HCI donde iban incluyendo los cambios, sin embargo a medida que incluían un nuevo cambio, lo entraban encima de los anteriores con lo que borraban la información anterior.

El personal técnico del proyecto asimismo refirió que en los talleres de capacitación impartido, el uso de la herramienta de HCI para documentación siempre quedaba al final de las sesiones y debido a la falta de tiempo no se explicó en detalle, así como tampoco realizaron ejercicios prácticos con los equipos para favorecer el entendimiento en su uso.

En nueve servicios en la atención ambulatoria (31%) y seis servicios en la atención del parto (24%), la información sobre las intervenciones probadas fue únicamente verbal y cinco equipos ambulatorios (17%) y siete (28%) de parto no contaban con documentación ni pudieron explicar verbalmente los cambios implementados. En el Cuadro 8 se presentan los mecanismos que los equipos utilizaron para documentar los cambios.

Cuadro 8: Documentación revisada de intervenciones en la atención ambulatoria y del parto‡

Documentación	Atención ambulatoria (n=29 servicios)		Atención del parto (n=25 servicios)	
	n	%	n	%
No tienen documentación‡	5	17	7	28
Formato estandarizado de HCI o “cuadernillo” ‡‡	5	17	6	24
Formato de HCI y hojas	1	3	0	0
Formato de HCI y actas	5	17	0	0
Formato de HCI y matriz	0	0	2	8
Otras formas de documentación escrita	4	14	4	16
Solamente reporte verbal	9	31	6	24

‡ Servicios que no tienen información sobre intervenciones aunque respondieron preguntas sobre su el documento de San Marcos y los mecanismos para compartir experiencias.

‡‡ Algunos equipos que usaron el formato estandarizado también mostraron otro tipo de documentación escrita como se muestra en la tabla.

D. Compartir los cambios y resultados durante la fase de expansión

La mayoría de los equipos compartieron sus experiencias de aprendizaje con personal en el mismo servicio de salud (83%). Recibieron información de las actividades que estaban realizando otros equipos a través de las reuniones que el personal del equipo técnico del área realizaban mensualmente en la sede del área (48%), en las sesiones de capacitación (45%) y en las visitas cruzadas con otros equipos (21%). Otros medios de comunicación como el teléfono no se utilizaron frecuentemente (dos equipos; 7%) debido al alto costo de los servicios telefónicos; y el internet/email fue utilizado solo por uno de los equipos (3%). En los Cuadros 9 y 10 se presenta el porcentaje de equipos que compartieron sus experiencias con otros equipos y los mecanismos a través de los cuales compartieron sus experiencias.

Cuadro 9: Porcentaje de equipos de MCC de los servicios que dijeron compartir sus experiencias de mejoras o intervenciones (n=29 servicios)

Comparten mejores intervenciones	Con personal del servicio		Con otros equipos		Con el área de salud	
	n	%	n	%	n	%
Sí	26	90	15	52	19	66

Cuadro 10: Mecanismos utilizados por los equipos de MCC para compartir las mejores intervenciones con otros equipos (n=29 servicios)

Mecanismos para compartir aprendizaje	n	%
Reuniones del mismo personal	24	83
Reuniones Equipo Técnico Área	14	48
Sesiones de aprendizaje	13	45
Visitas cruzadas con otros equipos	6	21
Llamadas telefónicas	2	7
Correo electrónico	1	3
Otra	1	3

E. Limitación del estudio

En el estudio se encontró que los equipos no han documentado sistemáticamente sus intervenciones por lo que fue muy difícil hacer la revisión que se pretendía y, en lo reportado, debe haber bastante sub-registro de los cambios probados. A veces los equipos no tenían a mano la documentación y no la pudieron mostrar, la documentación estaba incompleta y la mayoría de equipos no contaban con un historial de intervenciones (ciclos de mejora) porque al tener las diferentes matrices en forma electrónica borraban la versión anterior cada vez que hacían la actualización. Tuvimos que confiar en el reporte oral de aquellos equipos (31% de equipos ambulatorios, 24% en atención de parto) que no fueron capaces de documentar los cambios. Debido a esta circunstancia, asumimos que no todos los cambios implementados por los equipos fueron reportados.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los equipos participantes en la fase de expansión de la estrategia ProCONE obtuvieron resultados similares a los de la fase de demostración de San Marcos en términos de calidad de la atención prenatal, parto, MATEP, postparto y cuidados neonatales. La mayoría de los equipos de la muestra de estudio tenían conocimientos sobre las experiencias de la implementación del ProCONE en el área de salud de San Marcos, independientemente de que los entrevistados tuvieran o hubieran visto el documento *Mejores prácticas de San Marcos*. Aquellos equipos que dispusieron del documento dijeron que resultó útil como ayuda para la implementación de los estándares y normas del ProCONE.

Solamente el 38% de los equipos tenían físicamente el documento en su servicio de salud, pero la presencia o ausencia del documento no influyó en el número de mejores prácticas que la fase de expansión replicó de la experiencia de San Marcos. Las visitas de facilitación y supervisión a los servicios por parte del personal de asistencia técnica del proyecto resultaron un mecanismo de similar importancia para la diseminación de las mejores prácticas implementadas en San Marcos; así como también la asistencia a las sesiones de capacitación donde se presentaron las experiencias de San Marcos. Como resultado, los equipos de la fase de expansión sin el documento demostraron un nivel similar o incluso más alto en la replicación de las mejores prácticas de San Marcos. Parece ser que la información diseminada por otros mecanismos jugó un papel mayor que la posesión y uso del documento.

La mayoría de los equipos que prestaron cuidados ambulatorios replicaron los cambios de San Marcos como la estandarización de los expedientes clínicos en la atención prenatal y la gestión para obtener esfigmomanómetros para la toma de presión arterial. Aproximadamente la mitad de los equipos capacitaron a su personal en el seguimiento de la normativa de la administración de micronutrientes. Además, los equipos ambulatorios implementaron prácticas nuevas en atención prenatal (53% de los equipos) y en otras áreas que no se incluyeron en el documento como atención de puerperio ambulatorio (42% de los equipos) y cuidados neonatales ambulatorios (29% de los equipos). La experiencia de los facilitadores y de los asistentes técnicos debe haber jugado un papel fundamental orientando a los equipos de la fase de expansión a implementar nuevos cambios. Así mismo la información sobre las experiencias en los cambios fue compartida dentro del mismo servicio de salud por el 90% de los equipos y con otros equipos del área de salud (65%).

Las mejores prácticas de San Marcos fueron replicadas por el 100% de los equipos en la capacitación en el uso del partograma, 60% de los equipos replicaron la estandarización de MATEP, 55% la diseminación de la normativa clínica para la atención de postparto y un 39% en la atención neonatal.

Hubo muchos cambios nuevos que los servicios de salud de la fase de expansión implementaron, más en la atención ambulatoria que en la atención del parto. Esto también se puede deber a que las intervenciones de San Marcos de la atención de postparto y neonato ambulatorio no figuraban en el documento de San Marcos por lo que no se pudieron considerar réplicas.

Considerando todos los cambios implementados independientemente de si provenían de San Marcos o no, los equipos implementaron un promedio de 13.4 cambios por equipo ambulatorio y 9.7 cambios por equipo de parto. De estos cambios, la mayoría se produjeron en las aéreas de capacitación, supervisión, estandarización de la atención y gestiones para asegurar los insumos para poder dar una atención clínica de calidad. Casi todos los equipos tanto en atención ambulatoria como de parto implementaron al menos un cambio en capacitación y supervisión y estandarización. Los equipos ambulatorios fueron más activos que los de parto en la implementación de prácticas orientadas a la comunidad y en los cambios de organización. Por otro lado, los equipos de parto realizaron más cambios en la presentación de ayudas y materiales para el trabajo como la colocación de un partograma gigante en la sala de partos, posters, etc.

Ha sido un desafío para los equipos documentar las prácticas implementadas. Este es un área donde se necesita profundizar más en la forma de facilitar el registro y monitoreo de los cambios que los equipos implementan. Si los equipos van a evaluar su desempeño en los indicadores de calidad basados en los cambios que implementan, necesitan documentar lo que han hecho así como anotar el tiempo que duró el cambio en sus gráficos, para de este modo poder determinar qué fue lo que funcionó y lo que no funcionó. Sobre todo, dado que los equipos de expansión continúan innovando y probando nuevos cambios, la documentación de los mismos es crítica con vista a una diseminación del conocimiento posterior.

Los resultados de este estudio sugieren que un documento mejorado de mejores prácticas podría proponerse para facilitar la diseminación de las mejores prácticas para la implementación de la estrategia ProCONE a nivel nacional. Este documento y su contenido deberían diseminarse más ampliamente que el anterior, a través de diferentes formatos y en más de una ocasión. Asimismo, se recomienda diversificar las oportunidades de los equipos de compartir sus aprendizajes, especialmente con miembros de los otros equipos y por nuevos mecanismos como el Internet y cursos interactivos. Los resultados de este estudio deberían presentarse en una reunión a la que asistan los equipos que están implementando la estrategia ProCONE.

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

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

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