



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

PROYECTO DE  
MEJORAMIENTO DE  
LA ATENCIÓN EN SALUD

---

# Compartiendo el aprendizaje

Fase Demostrativa de Colaborativos de Mejoramiento de: Cuidados  
Pediátricos Hospitalarios, Cuidados Obstétricos Esenciales y  
VIH-Planificación Familiar en el Ministerio de Salud de Nicaragua

---



Managua, Nicaragua. Mayo de 2010

---

Este documento es posible por el apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID, y su Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud. El Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud de USAID es manejado por URC bajo el contrato número GHN-I-03-07-00003-00.



---

# Compartiendo el aprendizaje

Fase Demostrativa de Colaborativos de Mejoramiento de: Cuidados  
Pediátricos Hospitalarios, Cuidados Obstétricos Esenciales y  
VIH-Planificación Familiar en el Ministerio de Salud de Nicaragua

---

Managua, Nicaragua. Mayo de 2010

Lo descrito en la presente publicación no expresa 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 presentación de este estudio brinda la excelente oportunidad para expresar reconocimientos especiales a los miembros de los equipos de mejoramiento de los colaborativos de CPH, COE y VIH/PF, como actores principales del éxito alcanzado, así como al personal de las unidades de salud y autoridades de las instancias locales y centrales del MINSA, quienes contribuyeron para su funcionamiento y, sobre todo, para que obtuvieran los resultados esperados en el mejoramiento de la atención a mujeres y niños nicaragüenses, principalmente de las zonas más vulnerables del país.

Así mismo, a funcionarios de las instancias del MINSA involucrados, tanto a nivel central como local y al equipo de asesores de QAP/USAID (USAID/HCI), quienes entregaron sus mejores esfuerzos para acompañar técnica y humanamente, a los equipos de mejoramiento y autoridades de las unidades de salud.

Igualmente, el reconocimiento a las agencias de cooperación que también contribuyeron, aunando esfuerzos y recursos, para el desarrollo de los colaborativos, tales como: UNICEF, CARE, JICA, GTZ, OMS/OPS, UNFPA y otras.

Agradecemos, en todo su valor, los aportes de las personas que contribuyeron significativamente para realizar el estudio:

- A los cincuenta miembros de los colaborativos.
- A la dirección y asesores de USAID/HCI involucrados en el diseño metodológico y organización del trabajo para este estudio, así como al personal administrativo.
- A funcionarios de URC quienes proporcionaron valiosas directrices técnicas y metodológicas.



---

# Contenido

- Siglas utilizadas ..... 8
- Resumen Ejecutivo ..... 9
- I. Introducción ..... 11
- II. Principales hallazgos del estudio ..... 12
  - A. Acerca de los procesos de la fase demostrativa ..... 12
    - 1. ¿Cómo surgen las ideas de cambio? ¿Cuáles son las fuentes de estas ideas? ..... 12
    - 2. ¿Qué información producida durante la implementación de cambios efectivos es útil para que otros equipos los implementen? ..... 13
    - 3. ¿Cuáles son los factores que impiden a los equipos la captación o adopción de ideas de cambio eficaces? ..... 14
    - 4. ¿Existen algunos cambios que son más fáciles de diseminar que otros? ¿Cuáles son sus características? ..... 15
  - B. Acerca de los resultados en la fase demostrativa ..... 16
    - 1. ¿Cuál es la magnitud y velocidad con las que los equipos adoptan las nuevas ideas generadas por otros? ..... 16
    - 2. ¿Qué proceso de intercambio de ideas para implementar un cambio resulta más efectivo para ser adoptado por otros equipos? ..... 17
    - 3. ¿Cuáles son los factores que facilitan la captación de cambios efectivos a través de los equipos? ..... 22
    - 4. ¿Cómo se podría mejorar esta dinámica de diseminación de cambios efectivos? ..... 23
- III. Lecciones aprendidas del colaborativo ..... 24
- IV. Conclusiones generales del estudio ..... 26
- V. Anexo: Resumen de datos sobre número de instancias y personas consultadas ..... 28

---

## Siglas utilizadas

COE	Cuidados Obstétricos Esenciales
CPH	Cuidados Pediátricos Hospitalarios
GTZ	Agencia de Cooperación Técnica Alemana para el Desarrollo
HCI	Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud
JICA	Agencia del Japón para la Cooperación Internacional
MINSA	Ministerio de Salud de Nicaragua
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
PF	Planificación Familiar
QAP	Proyecto de Garantía de Calidad
SILAIS	Sistema Local de Atención Integral en Salud
UNFPA	Fondo de las Naciones Unidas para Población
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana



# Resumen Ejecutivo

A partir del 2003, el Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa), con el apoyo técnico y financiero de USAID, mediante su Proyecto de Garantía de Calidad (QAP/USAID, actualmente USAID/HCI), desarrolló tres colaborativos de mejoramiento continuo de la calidad de la atención a mujeres y niños: Cuidados Obstétricos Esenciales (COE), Cuidados Pediátricos Hospitalarios (CPH) y VIH-Planificación Familiar (VIH-PF), los cuales concluyeron la fase demostrativa en el 2007.

Estos colaborativos consistieron en sistemas de aprendizaje compartido que reunieron equipos de mejoramiento de varias unidades de salud, los cuales trabajaron juntos y lograron rápidamente mejoras significativas en un servicio o área de atención.

USAID, a través de su Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud (HCI), ha realizado el presente estudio de tipo cualitativo, de carácter exploratorio y descriptivo, a fin de mostrar cómo se generó el aprendizaje de las buenas prácticas entre los equipos, en la fase demostrativa.

Para ello, se aplicaron técnicas como: investigación documental, entrevistas individuales a profundidad, dirigidas a informantes claves, así como grupos focales. El estudio se realizó en 9 hospitales y 8 centros de salud de 8 SILAIS del MINSa, con participación de 50 personas.

## Principales hallazgos del estudio

### Acerca de los procesos de la fase demostrativa

1. ¿Cómo surgen las ideas de cambio? ¿Cuáles son las fuentes de estas ideas?

Las ideas de cambio surgían cuando los equipos iban definiendo la calidad a través de estándares e indicadores, midiendo el cumplimiento de éstos y aplicando los ciclos rápidos de mejora para producir

cambios, que luego iban compartiendo entre los diferentes equipos.

Estas ideas de cambios surgieron de varias fuentes, principalmente de: los miembros de los equipos; las experiencias de otros equipos; las orientaciones por parte de las autoridades; los reclamos y sugerencias de las usuarias.

2. ¿Qué información producida durante la implementación de cambios efectivos es útil para que otros equipos los implementen?

Los equipos produjeron y compartieron información diversa, tal como: datos del resultado de la medición de estándares e indicadores; formularios y flujogramas diseñados por los equipos; datos estadísticos del área o servicio; informes de los ciclos de mejora; publicaciones de sistematización de experiencias exitosas.

Esta información se transmitía también a los demás miembros del personal para contribuir con su sensibilización y motivación. Era la evidencia para convencer y consensuar la decisión de implementar los cambios.

3. ¿Cuáles son los factores que impiden a los equipos la captación o adopción de ideas de cambio eficaces?

Entre los tres factores más importantes, que pueden retrasar, más que impedir, la adopción de cambios, están: el creer que todo se está haciendo bien; la debilidad en el involucramiento de las autoridades y la escasez de recursos humanos, materiales y financieros.

4. ¿Existen algunos cambios que son más fáciles de diseminar que otros? ¿Cuáles son sus características?

Lo que convierte a un cambio en fácil de implementar es la conjunción de varios factores, pero principalmente



es la voluntad de las personas y la disponibilidad de los recursos humanos y materiales.

#### **Acerca de los resultados en la fase demostrativa**

1. ¿Cuál es la magnitud y velocidad con las que los equipos adoptan las nuevas ideas generadas por otros?

En el colaborativo se promovía la implementación de pequeños cambios, que sumados producen buenos resultados. Las personas consultadas explicaron que en un período aproximado de 6 meses un cambio ya ha sido aceptado por el personal e incorporado en la rutina de trabajo, llegando a obtener, en la mayoría de los casos, el porcentaje establecido en el umbral del indicador respectivo. Así mismo, en un mes comienzan a ver los primeros resultados, lo cual se aprovecha para la sensibilización y el convencimiento.

2. ¿Qué proceso de intercambio de ideas resulta más efectivo, para ser adoptado por otros equipos?

No solamente fueron las sesiones de aprendizaje lo que permitió a los equipos saber que un cambio, ya implementado por otros, los llevaría a mejorar sus procesos de atención, ya que también utilizaron las visitas a otras unidades de salud integradas en el colaborativo, la consulta telefónica, las reuniones de trabajo, los eventos de capacitación y la asistencia técnica de parte de los asesores de QAP/USAID (USAID/HCI).

3. ¿Cuáles son los factores que facilitan la captación de cambios efectivos a través de los equipos?

Los cambios fueron posibles de implementar gracias a factores tales como: el compromiso asumido por los equipos, la asistencia técnica de QAP/USAID (USAID/HCI) y de otras agencias, las evidencias, las normas y protocolos de atención, la medición de estándares e indicadores, el trabajo en equipo, la capacitación, el incremento de la supervisión, el apoyo de la dirección, el liderazgo del SILAIS.

4. ¿Cómo se podría mejorar esta dinámica de diseminación de cambios efectivos?

Sin excepción, expresaron que la sesión de aprendizaje debe ser una actividad permanente que se realice por lo menos tres veces al año y, para ello las instancias del MINSA, deben gestionar el financiamiento y la asistencia técnica ante las agencias de cooperación.

#### **Conclusiones generales**

Mediante los hallazgos se demuestra que la estrategia de colaborativos es efectiva en tanto genera aprendizajes significativos y compartidos entre las unidades que los conforman; desarrolla una colaboración estimulante intra e inter equipos, que disminuye los niveles de resistencia a los cambios y la incredulidad por la efectividad de los mismos; así mismo, permite diseminar los cambios, inclusive, a unidades que no están incluidas en el colaborativo, pero son parte del sistema general de salud.

---

# I. Introducción

Un colaborativo de mejoramiento es un sistema de aprendizaje compartido que reúne a un gran número de equipos para trabajar juntos, a fin de lograr, rápidamente, mejoras significativas en la calidad y la eficiencia de un área de atención específica, con la intención de difundir estos métodos a otros sitios. En la fase demostrativa se define lo que se diseminará, los equipos de mejoramiento intercambian el aprendizaje, ya sean resultados positivos o negativos. La fase de expansión permite que las mejores innovaciones se sintetizen y comuniquen para promover su implementación a mayor escala, en nuevas unidades de salud, ahorrando los costos de las intervenciones ensayo-error.

A partir del 2003, el Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa), con el apoyo técnico y financiero de USAID, mediante su Proyecto de Garantía de Calidad (QAP/USAID, actualmente USAID/HCI), desarrolló tres colaborativos de mejoramiento continuo de la calidad de la atención a mujeres y niños: Cuidados Obstétricos Esenciales (COE), Cuidados Pediátricos Hospitalarios (CPH) y VIH-Planificación Familiar (VIH-PF), los cuales concluyeron la fase demostrativa en el 2007.

En junio del 2009, USAID/HCI apoyó a la Dirección General de Servicios de Salud en la elaboración y publicación del documento: Experiencias de Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención Materno-Neonatal y de la Niñez, que sistematiza los principales cambios de mejora implementados.

Sin embargo, quedó pendiente la síntesis de los aspectos referidos al cómo se desarrollaron los

colaborativos de mejoramiento. Por lo que USAID/HCI, con la participación de 50 personas, de 9 hospitales y 8 centros de salud, de 8 SILAIS del MINSa, realizó este estudio sobre la fase demostrativa, a fin de ofrecer al Ministerio, un documento de trabajo y de divulgación de esta experiencia exitosa de Nicaragua. (Ver detalle en Anexo)

El objetivo del estudio es mostrar cómo se produjo el aprendizaje de las buenas prácticas entre los equipos de mejoramiento en la fase demostrativa de los Colaborativos de: COE, CPH y VIH-PF, desarrollados en las unidades de salud del MINSa, partiendo de la hipótesis de que los equipos de mejoramiento obtienen ideas de otros equipos y las implementan. Así mismo, que el aprendizaje y los resultados de mejoramiento son más rápidos en un colaborativo.

La metodología aplicada para el estudio fue de tipo cualitativo, de carácter exploratorio y descriptivo, que proporcionara una descripción detallada y respondiera a las interrogantes derivadas de la hipótesis. Se aplicaron las siguientes técnicas:

- Investigación documental pertinente proporcionada por USAID/HCI.
- Entrevistas individuales a profundidad, dirigidas a informantes claves, siguiendo un cuestionario con preguntas abiertas.
- Grupos focales

## II. Principales hallazgos del estudio

*“Tratábamos de hacer bien las cosas, pero con la medición de los indicadores nos dábamos cuenta que a veces no estábamos bien en cuanto a la calidad.” Dra. Brenda Velásquez, Hospital de La Trinidad (Estelí).*

### A. Acerca de los procesos de la fase demostrativa

#### I. ¿Cómo surgen las ideas de cambio? ¿Cuáles son las fuentes de estas ideas?

Los equipos de mejoramiento, de cada uno de los tres colaborativos, al iniciar asumieron un reto o desafío, ya que estaban realizando acciones pero no lograban generar cambios concretos, para disminuir la morbilidad y mortalidad materna, perinatal e infantil, así como para fortalecer la prevención del VIH unida a la consejería en planificación familiar.

Comenzaron a analizar el reto asumido y a detectar los principales vacíos que hacían más difícil su abordaje; entre éstos, la falta de estándares e indicadores y de procesos de medición de la calidad (monitoreo), así como de normas y protocolos para estandarizar.

Es por ello que los equipos, encabezados por los jefes de servicio o de área, y con la asistencia técnica de los asesores de QAP/USAID (USAID/HCI), trabajaron por un lado, sensibilizando al personal e identificando las brechas en la calidad y, por otro, capacitando al personal, participando en la elaboración de normas, protocolos, estándares e indicadores, así como intercambiando experiencia entre equipos.

Al definir los estándares e indicadores, luego se inició su monitoreo, lo cual tuvo un gran efecto en los equipos, pues los motivaba a implementar ideas de

cambios y en consecuencia, obtener un puntaje alto, mostrando que estaban mejorando la calidad.

Realizaban el monitoreo de los indicadores tomando 20 expedientes al azar, los revisaban y analizaban los resultados para determinar las causas de los incumplimientos y aplicar soluciones propuestas por los miembros del equipo. Así iban surgiendo las ideas de cambio a lo interno de los equipos, las cuales iban compartiendo con los otros por diversas formas que adelante se abordan.

Las personas consultadas expresaron, que las ideas de cambio tuvieron las fuentes siguientes:

- De los miembros de los equipos de mejoramiento
- De las experiencias de otros equipos de mejoramiento, expuestas durante las sesiones de aprendizaje o por otras formas.
- De las orientaciones por parte de las autoridades de la unidad de salud, del SILAIS o del Nivel Central del MINSa
- De los asesores de QAP/USAID (USAID/HCI) y otras agencias de cooperación, quienes transmitían las experiencias de los equipos
- De los reclamos y sugerencias de las usuarias, durante o después de la atención recibida. En este

*“Aquí nacía el problema, aquí lo analizábamos y aquí buscábamos la solución.” Dr. Orlando Picado, Hospital Materno Infantil “Mauricio Abdalah”, Chinandega.*

*“Nosotros partimos de la experiencia. Todo lo que ya produjo buen resultado hay que retomarlo... Todo es que haya la evidencia”. Del mismo hospital, la Dra. Nelly Rivera expresó: “Aprendimos mucho de las fallas y las mejoras de otros, cuando explicaban cómo habían hecho para mejorar algún indicador. Eso lo retomábamos y lo aplicábamos en el hospital”. Dr. Omar Palacios, Hospital San Juan de Dios, Estelí.*

período implementaron la encuesta de medición de satisfacción de usuarias(os)

## 2. ¿Qué información producida durante la implementación de cambios efectivos es útil para que otros equipos los implementen?

El momento más importante para compartir información fue el de las sesiones de aprendizaje, ya que como relata el Dr. José Manuel Cantillano, del Hospital de Somoto: *“Cuando nos reuníamos los hospitales, llevábamos la información según el tema que se nos había asignado. La exponíamos y había preguntas y respuestas que surgen después de la exposición. Al mismo tiempo creaba enlaces entre los hospitales.”*

Esta información consistía en:

- Datos del resultado de la medición de estándares e indicadores
- Formularios y flujogramas elaborados por los equipos
- Datos estadísticos del área o servicio que luego se consolidaban en la unidad de salud o en el SILAIS.
- Informes de los ciclos de mejora, lo cuales también utilizaban las autoridades para dar seguimiento y para sistematizar la experiencia de mejora.

*“... nos traían formatos y guías que hacían en otros hospitales y nosotros los revisábamos, los mejorábamos y los adecuábamos al hospital, a nuestra realidad...” Dra. Lissette Mairena, Hospital de La Trinidad (Estelí).*



*“Hubo revistas y otras publicaciones para motivar a otros. También se recibía digitalizada la información. Nos daban aquello que era bueno, lo que había sobresalido en otro hospital y luego nosotros lo compartíamos a lo interno.” Dr. Agustín Suárez, Hospital “Ernesto Sequeira”, Bluefields.*

- Publicaciones de sistematización de experiencias exitosas de mejora, las cuales se preparaban con el apoyo técnico y financiero de QAP/USAID (USAID/HCI).

Toda información se transmitía posteriormente a los demás miembros del personal para su sensibilización y motivación. A veces era la evidencia para convencer y consensuar la decisión de implementar los cambios.

### 3. ¿Cuáles son los factores que impiden a los equipos la captación o adopción de ideas de cambio eficaces?

Las personas consultadas expresaron que la adopción de cambios puede verse retrasada, más que impedida, porque la implementación de un cambio depende, en primer lugar de la voluntad y actitud positiva, por ello, hay que darles tiempo e información. En segundo lugar depende de la disponibilidad de recursos materiales y financieros y, en algunos casos, de condiciones geográficas favorables (ubicación, accesibilidad, medios de transporte).

Entre los factores que dificultan la adopción de ideas de cambio mencionaron los siguientes:

- a) Creer que todo lo están haciendo bien.



- b) Las reacciones de resistencia al cambio y de incredulidad por lo que otros han logrado.
- c) Que las competencias laborales requeridas estén muy débiles.
- d) Cuando el involucramiento de las autoridades es muy superficial y se sienten sin apoyo.
- e) La escasez de recursos humanos, materiales y financieros en la unidad de salud y, en general, en la institución.
- f) Que las normas, protocolos, estándares e indicadores contengan algunos aspectos desactualizados o que no están completos para considerar diversas situaciones.
- g) Que la información científica sea muy breve.
- h) Creer que los usuarios del servicio o la población en general no entenderán el cambio y lo rechazarán.

En caso de que alguno de esos factores estaba obstaculizando, los equipos buscaban la forma de minimizarlo o de ajustar las ideas de cambio para no llegar al punto de no implementarlo.

En general, durante el desarrollo del colaborativo no se presentaron situaciones de rechazo total y, tampoco, que por esa razón no se hubiese podido implementar las ideas de cambio.

Sin embargo, desde el inicio hubo algunas reacciones de resistencia al cambio, consideradas como naturales, debidos, entre otras, a las siguientes razones:

- Algunos médicos y enfermeras estaban aplicando los criterios y procedimientos aprendidos en los centros donde se formaron, que en varios casos difieren.



- Se carecía de una estandarización en la atención.
- Algunas personas se consideraban muy competentes y tenían la idea de que en todo estaban haciendo lo correcto. Era un problema de actitud.

Por ello, los jefes de servicio y algunos miembros de los equipos dedicaron tiempo y esfuerzo para convencer al resto del personal. Afortunadamente, las manifestaciones de resistencia eran de una minoría, por lo cual su influencia no fue determinante, y cuando observaron los resultados positivos, su actitud también cambió.

Según los consultados, siempre en un grupo hay tres tipos de personas: unas que dicen siempre sí y rápidamente se integran; otras que no están convencidas totalmente, pero tienen disposición para involucrarse; y unas pocas que siempre dicen que no a todo, pero que luego se integran cuando no queda otra alternativa, porque se convencer o porque está normado institucionalmente y se debe cumplir.

En el Grupo Focal del SILAIS Masaya, expusieron su experiencia: *“Cuando se lleva un cambio, el personal reacciona bien porque se plantea como propuesta y se*

*deja abierto para que le hagan modificaciones. Hacemos debate y análisis para llegar a acuerdos e implementarlo.”*

Es decir, que el colaborativo va marchando y la resistencia va disminuyendo, hasta llegar al punto que plantea la Lic. María Julia Lazo, enfermera del Hospital de La Trinidad del Departamento de Estelí: *“...con los indicadores logramos avanzar mucho, a la vez están altos...porque hay una gran disponibilidad del personal, se dice hay este cambio y se dice por qué razón y la gente está dispuesta y va tratando de cumplir, por el paciente y luego para plasmarlo en el expediente y en la medición de indicadores.”*

#### **4. ¿Existen algunos cambios que son más fáciles de diseminar que otros? ¿Cuáles son sus características?**

Para las personas consultadas, lo que convierte a un cambio en fácil de ser tomado por otros equipos está determinado por factores del entorno, los cuales no necesariamente deben estar presentes todos a un mismo momento, sino según sea necesario. Entre esos factores los más relevantes son:

- a) Si se cuenta con voluntad, disposición y apertura de los miembros de los equipos de mejoramiento.

- b) Si se tiene los recursos humanos, materiales y financieros, necesarios.
- c) Si se convence a los equipos acerca de los beneficios de la implementación del cambio y hay cambios de actitud.
- d) Si se involucra, desde el inicio, a los miembros de los equipos y a las autoridades y se comparte información con ellos.
- e) Si el cambio se refiere a cosas concretas y visibles; por ejemplo, a la dosificación de algún medicamento; no así cuando se trata de realizar consejería según los indicadores de calidad, porque ello requiere otras habilidades que se desarrollan con el tiempo.
- f) Si hay normas y protocolos que orientan claramente; están actualizadas y completas, e incluyen variantes para diferentes situaciones.

porcentaje de cumplimiento del indicador; aún cuando recibían capacitación sobre las normas y protocolos.

Los consultados, que pertenecen a las unidades de salud que iniciaron cuando ya estaban definidos estándares e indicadores, normas y protocolos de atención, así como un paquete de cambios implementados, expresaron que descubrieron, más rápidamente que los primeros, que debían cumplir una forma estandarizada de realizar los procedimientos de atención.

En la situación planteada anteriormente, relataron que el conocimiento sobre el colaborativo y los cambios iniciales, se dio a través del contacto con los asesores del Proyecto de Garantía de Calidad de USAID (QAP/USAID) y, el intercambio de experiencias se inició con su participación en las sesiones de aprendizaje.

En todos los equipos, expresaron los consultados, se procedía de inmediato a implementar las ideas de cambio tomadas de otros equipos. Según ellos, la velocidad estaba determinada por factores tales como:

## B. Acerca de los resultados en la fase demostrativa

### I. ¿Cuál es la magnitud y velocidad con las que los equipos adoptan las nuevas ideas generadas por otros?

En el colaborativo se promovía la implementación de pequeños cambios, que sumados producen buenos resultados. Las personas consultadas explicaron que en un período aproximado de 6 meses un cambio ya ha sido aceptado por el personal e incorporado en la rutina de trabajo, llegando a obtener, en la mayoría de los casos, el porcentaje establecido en el umbral del indicador respectivo. Así mismo, en un mes comienzan a ver los primeros resultados, lo cual se aprovecha para la sensibilización y el convencimiento.

Una dificultad en este sentido, es la rotación del personal de servicio social o de residentes, provocando que en el primer mes de su ingreso, se bajara el

- La necesidad de ajustar la idea de cambio a las condiciones de la unidad de salud.
- La búsqueda de algunos requerimientos de logística para la implementación.
- Los esfuerzos de sensibilización y motivación. La capacitación brindada al personal involucrado.
- La reorganización del personal.

El 62% de los consultados encuentran que lleva menos tiempo implementar un cambio que ha sido generado dentro del equipo, debido a que es más fácil el convencimiento del personal cuando se busca en conjunto soluciones y se decide por consenso. Igualmente, porque cuando el cambio se trae de otros

*“Como nos han enseñado cómo hacer los ciclos rápidos de mejora, esto ha permitido que sea más rápido. El siguiente mes ya se evalúa, ya hay resultados positivos. De momento queremos mejorar todo de un solo, y es difícil ponernos muchos objetivos.” Dra. Lissette Mairena, Hospital de La Trinidad (Estelí).*



*“Uno de los grandes logros es haber unificado; que tratáramos de la misma manera y que en cada manejo se respetaran los diferentes procedimientos, así como estarnos evaluando”.* Dr. Danilo Narváez, Hospital San Juan de Dios, Estelí.

equipos hay mayor duda sobre su efectividad aunque se muestren evidencias de que han sido efectivos.

El 23% del personal consultado expresó que no hay diferencia de tiempo en la implementación entre un cambio generado a lo interno y uno tomado de otro equipo, porque eso depende de la habilidad del que propone el cambio, para hacerlo de forma convincente y, además, sin imposición.

Así mismo, el 15% afirmó que los cambios tomados de otros equipos, o que son orientados por las instancias superiores, son más rápidos de implementar porque llevan un orden establecido en el proceso y tienen criterios definidos sobre su implementación.

Para el 100% de los consultados todos los cambios, tanto los generados por los equipos como los tomados de otros, se incorporaron a la rutina de trabajo, ya que las autoridades los orientan con carácter normativo; en otros casos, son institucionalizados y los reciben como una norma y protocolo de carácter nacional.

Esta integración a la rutina de trabajo se acompañó de procesos sistemáticos tales como: supervisión,

monitoreo de estándares e indicadores, educación continua, ciclos rápidos de mejora, información sobre resultados de trabajo, así como de acciones de coordinación y comunicación dirigidas por las instancias superiores del SILAIS, las cuales han permitido fortalecer la relación entre las unidades de salud del primero y segundo nivel de atención.

## **2. ¿Qué proceso de intercambio de ideas para implementar un cambio resulta más efectivo para ser adoptado por otros equipos?**

Las reuniones para construir los estándares e indicadores, así como para adecuar las normas y protocolos, constituyeron los primeros encuentros en donde ya se comenzaba, aunque no eran con esa finalidad, a intercambiar ideas de cambios y a preguntarse: ¿Cómo están haciendo ustedes para resolver tal dificultad?

Los mecanismos mediante los cuales los equipos se enteraron de que un cambio, ya implementado por otros equipos, los llevaría a mejorar sus procesos de atención fueron los siguientes:





a) Las sesiones de aprendizaje del colaborativo

Las sesiones de aprendizaje del colaborativo fueron valoradas por el 100% de los consultados como una estrategia muy importante y efectiva, para aprender de otros equipos y para compartir la experiencia obtenida. Según relataron, cada participante exponía cómo avanzaba su equipo. Así mismo, con demostraciones presentaban las ideas de cambios o estrategias.

Para estas sesiones de aprendizaje, generalmente, se convocaba a todas las unidades de salud del colaborativo; sin embargo, también se organizaban algunas con temas muy específicos y se invitaba a participar solamente a los equipos que tenían una problemática común o que tenían proximidad geográfica.

Durante las sesiones de aprendizaje, según las personas consultadas, también se conversaba, de manera informal, acerca de cómo estaban “haciendo las cosas” en los diferentes lugares. Por ejemplo, en una ocasión, uno de los hospitales apoyó a otro en relación con la canalización de los niños, ya que tenían dificultad para hacerlo correctamente.

Durante la presentación de los resultados de la medición de los indicadores, había diferentes reacciones. Algunos participantes dudaban de la veracidad de los datos; otros se interesaban por saber cómo lo habían logrado; y todos mostraban la disposición para tomar ideas de cambio.

Los consultados relataron que se sentían muy bien cuando presentaban altos puntajes en la medición de indicadores, ya que los demás participantes

La Dra. Ma. Esther Estrada, del SILAIS de Chinandega, relató cómo se produjo el aprendizaje en el colaborativo mediante las sesiones de aprendizaje entre los municipios: *“Se percibe como una metodología práctica, aprendiendo lo mejor de lo mejor que han hecho a nivel local, con realidades similares de lo nuestro, no otro país; lo cual permite adaptarnos mejor a la realidad nuestra. Nos ha permitido fortalecer ambos niveles de atención, ya que el hospital aprende de las unidades de salud municipales y éstas del hospital, y a nosotros como SILAIS, en la parte de la conducción gerencial de esos procesos a través de esa metodología”.*

reaccionaban interesados por conocer cómo lo habían logrado.

Una persona recordó que, en su unidad de salud, antes de integrar el colaborativo, ya habían hecho el intento de implementar de forma sistemática el uso del partograma; sin embargo, no se logró porque carecían de indicadores, normas, protocolos y, además, estaban haciéndolo de manera aislada. No sabían cómo medir el uso correcto del partograma y no tenían con quien compartir la experiencia.

En dos unidades relataron que, el hecho de conocer que otras exponían los resultados de medición de la calidad y de mejora, despertó su curiosidad y, además, manifestaron su deseo de incorporarse al colaborativo. En la primera medición de los indicadores se convencieron que no estaban haciendo las cosas bien, lo cual provocó desilusión; pero, muy rápidamente, también sintieron deseos de comenzar a implementar el paquete de cambios. Una de estas unidades buscó el apoyo técnico de otra muy cercana, en el mismo departamento, que también estaba integrada al colaborativo.

En general, todas las personas consultadas, expresaron que aunque no lograron ser los mejores en el cumplimiento del 100% de los indicadores, siempre sobresalían en algunos de éstos, lo cual les daba la oportunidad de aportar ideas de cambio a otros equipos.

Así mismo, explicaron que para plantear a sus equipos las ideas de cambio tomadas de otros, procuraban comenzar siempre por el análisis de las dificultades que estaban enfrentando, las cuales se reflejaban en los resultados de la medición de indicadores. Luego, se referían a los altos puntajes alcanzados por otras unidades de salud. Con ello trataban de sensibilizar y de motivar a los demás miembros, señalando que si otros lo pudieron lograr, ellos también podrían.

Enseguida, presentaban la idea de cambio tomada, la analizaban y, luego, decidían por consenso cómo hacerlo; organizaban el trabajo distribuyendo las diferentes tareas, para enseguida pasar a la implementación, incluyendo en ésta, las actividades del monitoreo respectivo, para comprobar si habían logrado los resultados esperados.

Según las personas consultadas, a pesar de que había mucha disposición para implementar los cambios tomados de otros equipos, no se aceptaba un cambio mientras no fuese analizado y, si algo no estaba bien, se modificaba o ajustaba a la realidad. Por ejemplo, llevaban los instrumentos de mejora, los compartían, los miembros de los equipos aportaban y sugerían algunas modificaciones, con ello se apropiaban de las ideas y las aplicaban a su realidad.

Aunque no se tiene información exacta de cuántos cambios fueron compartidos entre los equipos, las personas consultadas recuerdan que todos escuchaban ideas de cambio exitosas, implementaban aquellas que respondían a las necesidades para cumplir con los estándares, indicadores, normas y protocolos de atención. Precisamente, para la estandarización de la atención se requería implementar las diferentes ideas de cambio.

b) Las visitas a otras unidades de salud integradas en el colaborativo

Grupos de médicos y enfermeras de una unidad de salud se trasladaban a otra que estaba integrada en el colaborativo; el equipo visitante observaba el cambio y luego lo implementaba o, en otros casos, los visitantes brindaban asistencia técnica a los visitados.

Esta forma fue aplicada, principalmente entre unidades del primer nivel de atención (visitantes) con unidades del segundo nivel (visitadas), sobre todo, para mejorar la referencia y la contrarreferencia. Según expresaron

*“Hicimos visitas a los otros hospitales, hacíamos sesiones y la gente en vivo nos preguntaba cómo hacer. Auditoriando sus expedientes en compañía de nosotros, ellos detectaban que lo que habían hecho no estaba correcto. No se lo señalábamos, sino que ellos midieran sus indicadores. Era otra manera de transmitir el mecanismo, ellos mismos detectaban sus debilidades y fortalezas”. Dr. Juan Ramos, Hospital Materno Infantil “Mauricio Abdalah”, Chinandega.*

*“También se estableció una relación interpersonal entre los jefes de servicio de otros hospitales y nos llamábamos para que nos dijeran lo que se podía hacer para mejorar algunos indicadores.” Dra. Nelly Rivera, Hospital “San Juan de Dios”, Estelí*

las personas consultadas, los resultados fueron visibles de inmediato, tanto niños como embarazadas, llegaron con mayor estabilidad a la unidad de referencia y, mediante el mejoramiento de la contrarreferencia, se daba mayor seguridad al paciente para su recuperación.

c) La consulta telefónica a otros equipos

Esta comunicación era más frecuente entre unidades de salud del mismo departamento.

d) Las reuniones de trabajo organizadas por el SILAIS

En cada unidad de salud, así como en cada SILAIS, está normado que deben realizar reuniones, mensuales, trimestrales y/o anuales, en las cuales planifican, organizan y evalúan el trabajo. Es por ello que, en el 100% de los SILAIS consultados, las personas expresaron que durante estas reuniones también se abordaba el resultado de la medición de los indicadores y, además, se presentaba algunas experiencias exitosas de mejoramiento que los habían llevado a obtener un puntaje alto en el cumplimiento de algunos indicadores.

A veces, en ese momento o inmediatamente después, las autoridades del SILAIS formalizaban estos cambios y los transmitían a las demás unidades de salud, con carácter de orientaciones de estricto cumplimiento.

En dos de los ocho SILAIS incluidos en el estudio, manifestaron que el intercambio de experiencias también se había extendido hacia las empresas médicas previsionales, las cuales brindan servicios de salud a los trabajadores asegurados, incluyendo embarazadas y niños.

e) Los eventos de capacitación organizados por QAP/USAID (USAID/HCI), algunos en alianza con otras agencias, o los ejecutados por el SILAIS

Durante el colaborativo la capacitación a los equipos fue sistemática y respondía a las necesidades para cumplir con los estándares de calidad establecidos. Por ejemplo, para el uso correcto del partograma, para la reanimación neonatal, para la consejería en planificación familiar y VIH, etc. Esta capacitación era impartida por los asesores de QAP/USAID (USAID/HCI), por otros especialistas del país o por los miembros de los equipos.

Durante la capacitación también se daba un intercambio de experiencias entre los participantes, ya que planteaban problemas y, algunas veces, las formas de resolverlos correspondían a ideas de cambio implementadas por otros equipos.

Una experiencia novedosa de capacitación, valorada como exitosa y que debía funcionar permanente, es la denominada Premio al Conocimiento, mediante la cual médicos y enfermeras formaban círculos de estudio en su unidad de salud para aprender las normas de atención. Posteriormente, elegían a algunos miembros del círculo para que los representaran en el concurso nacional en el que participaban de todos los equipos del colaborativo. A los que con su calificación obtenían los tres primeros lugares, se les entregaba premios.

En una unidad de salud hicieron una réplica del Premio al Conocimiento con el personal de un área o servicio, lo cual resultó ser muy efectivo para el estudio de las normas.

De igual forma, en tres unidades de salud, explicaron que cuando una persona cometía una falla en los procedimientos, le asignaban el tema para que lo estudiara y lo expusiera en las sesiones de educación continua.

f) La asistencia técnica de parte de los asesores de QAP/USAID (USAID/HCI)

Las personas consultadas, cuando describieron cómo se inició el colaborativo, mencionaron que fue por

*“El éxito cuando comenzamos fue el acompañamiento técnico directo. Nosotros recibíamos, mes a mes, el acompañamiento técnico y quienes nos estábamos fortaleciendo éramos nosotros. Ahora ya no solamente vamos cuando tenemos asistencia técnica; yo voy a revisar expedientes, generar ciclos rápidos, vamos a la par, vamos aprendiendo. Ahora ya estamos apropiados. Aprender haciendo con la gente.”* Dra. Ma. Esther Estrada, SILAIS Chinandega.

la promoción y convocatoria que hizo el Proyecto de Garantía de Calidad (QAP/USAID) , ofreciendo asistencia técnica para que formaran los equipos de mejoramiento, así como para que se apropiaran de las metodologías y conocieran información científica sobre los procesos y procedimientos de atención.

La asistencia técnica recibida por QAP/USAID (USAID/HCI) se valora en los siguientes términos:

- Se desarrollaba a través de sesiones de trabajo para revisar expedientes y analizar los casos en conjunto; no eran un juez sino un compañero de trabajo. Hacíamos trabajo en equipo. Nos ayudaron a detectar las fallas en el momento oportuno. Permitió mucho crecimiento en el departamento o servicio de la unidad de salud,

pues nunca se dejó con la duda y las sesiones siempre fueron muy participativas, haciendo muy productiva la misma.

- Nos acompañaban a ver pacientes en la sala.
- Nos reuníamos con la dirección de la unidad de salud.
- Proporcionaba literatura científica sobre los temas de mayor importancia relacionados con los cambios a implementar.
- Capacitaron sobre los ciclos rápidos de mejora que permiten ver resultados en poco tiempo. Nos facilitaban especialistas para capacitarnos.





*“Los asesores de USAID nos comentaban de experiencias exitosas y nos las han sugerido. Nosotros hemos tratado de adecuar... La forma más efectiva de asistencia técnica ha sido que ellos nos ayudan a encontrar las soluciones a los problemas, que a veces no las encontramos... La he sentido provechosa desde todos los puntos de vista”. Dra. Ethel Flores, Hospital de Nueva Guinea (SILAIS Chontales).*

- Nos orientaron sobre el seguimiento a los indicadores de calidad.
  - Deben continuar y ser más frecuentes.
- 3. ¿Cuáles son los factores que facilitan la captación de cambios efectivos a través de los equipos?**
- Tanto los cambios generados por ellos como los que fueron retomados de otros equipos, se implementaron gracias a los siguientes factores:
- a) El compromiso asumido por los equipos de mejora para asegurar la calidad en la atención.
  - b) La presión de la población en cuanto a demandas de mejor atención.
  - c) Contar con la asistencia técnica de QAP/USAID (USAID/HCI) y de otras agencias de cooperación, así como el confiar en los asesores.
  - d) El cambio a implementar basado en evidencia y el conocer que tuvo éxito.
  - e) Las normas y protocolos de atención formalizados por el MINSA.
  - f) La medición de los estándares e indicadores de calidad establecidos.
  - g) La voluntad, el compromiso y la humildad del personal de la unidad de salud involucrado.
  - h) El convencimiento, en la marcha, del personal que mostró mayor resistencia a los cambios.
  - i) La sensibilización al personal administrativo.
  - j) El trabajo en equipo, el fortalecimiento de las relaciones interpersonales y la buena

*“...el aprender haciendo, como modalidad, fue una asesoría en el terreno; hacemos y si hacemos mal ahí nomás nos dicen cómo hacerlo en forma correcta”.* Dr. Juan Ramos, Hospital Materno Infantil “Mauricio Abdalah” Chinandega.

comunicación en el servicio y, en general, en la unidad de salud integrada en el colaborativo.

- k) La capacitación al personal.
- l) El incremento de la supervisión del trabajo.
- m) El estímulo a las personas que apoyaban e implementaban las ideas de cambio.
- n) El mejoramiento de la relación entre los dos niveles de atención: primario (centros de salud) y secundario (hospitales).
- o) El no implicar grandes costos económicos para implementar el cambio.
- p) El involucramiento y apoyo de la dirección de la unidad de salud.
- q) El liderazgo y dirección de las autoridades del SILAIS, para optimizar los beneficios que el colaborativo estaba proporcionando al sistema de salud en general.

#### **4. ¿Cómo se podría mejorar esta dinámica de diseminación de cambios efectivos?**

Sin excepción, las personas consultadas expresaron que la sesión de aprendizaje debe ser una actividad permanente; que se realice, por lo menos, tres veces al año y, para ello, las autoridades deben gestionar financiamiento y asistencia técnica ante las agencias de cooperación.

También expresaron las siguientes recomendaciones, para mejorar el desarrollo de las sesiones de aprendizaje:

- Realizar, en plenario, solamente tres exposiciones de experiencias y las otras en grupos pequeños, para preguntar más.
- Escoger un tema central y ofrecer conferencias.
- Documentar las tres experiencias más exitosas y novedosas que se produzcan durante el período previo y publicarlas.
- Realizarlas con unidades de salud de la misma región geográfica.
- Compartir la experiencia de los ciclos de mejora que se han realizado y la información producida.
- Deben incluir visitas a las unidades de salud.
- Que funcionarios del MINSA Central asistan a las realizadas a nivel nacional.
- Debe haber un boletín informativo periódico porque es difícil la movilización de muchas personas.
- Mantener apoyo económico para los colaborativos.
- Utilizar el internet para intercambio de experiencias.

*“Son importantes estos encuentros, para compartir las formas o métodos de trabajo. Viendo las características de cada región, nos da resultado adaptar algunas estrategias que otros implementan; es compartir ideas”.* Dr. Luis Huete, SILAIS Nueva Segovia.

### III. Lecciones aprendidas del Colaborativo

*“Yo estoy seguro que aprendimos muchísimo... Sé que eran valiosísimos los aportes de otros”.*  
Dr. Danilo Narváez, Hospital “San Juan de Dios”, Estelí.

#### Lecciones aprendidas

- a) Trabajar en equipo y consensuar. Es más fácil cumplir si hay consenso y no se impone, porque de esa manera la gente se apropia de lo que va a hacer, lo hace suyo y lo cumple con mayor amor.
- b) La sensibilización del personal es muy importante; mientras no se logra es muy difícil implementar cambios porque manifiestan actitudes negativas.
- c) A partir de pequeños ajustes o cambios en las unidades de salud, se puede obtener grandes avances en el cumplimiento de los estándares e indicadores.
- d) Los resultados de medición de la calidad deben ser analizados por los miembros de los equipos y con el personal en general. Se puede cambiar lo que uno se propone si se da seguimiento todos los días y si se hace oportunamente el ciclo rápido de mejora.
- e) El intercambio de experiencias en el colaborativo permite avanzar rápidamente. Siempre se necesita ayuda porque no lo sabemos todo, siempre estamos aprendiendo.
- f) El colaborativo permite obtención y aplicación de conocimientos con evidencias científicas.
- g) Es importante y necesario que exista buena relación, coordinación y comunicación entre las unidades de salud, sobre todo entre las cercanas en el territorio.
- h) Se debe contar con normas y protocolos, así como guías para recopilar información que permita estandarizar.
- i) La actualización del personal debe ser continua.
- j) Ser humildes y reconocer cuando el trabajo no está bien. Sólo es tener una actitud positiva para enfrentar el problema.
- k) No es necesario destituir al personal, sino hacerle ver el problema en el sistema y que logramos la solución trabajando apegados a normas y protocolos, ya que tenemos el conocimiento y la energía para mejorar la atención a nuestros usuarios. Se puede hacer con respeto, para evitar reacciones negativas.
- l) La disciplina de los miembros de los equipos para monitorear es fundamental para identificar los logros y las dificultades.
- m) Es necesario contar con la asistencia técnica apropiada, pero que al final de la misma, se logre la sostenibilidad. En ese sentido, la labor de QAP/USAID (USAID/HCI) fue muy importante.



---

## Recomendaciones en relación con el involucramiento de la dirección de las unidades de salud

- a) Mantener el apoyo decidido de la dirección.
- b) Involucrar a todo el personal necesario (asistencial, administrativo y de apoyo).
- c) Escuchar y atender los planteamientos del personal de los servicios, dándoles el tratamiento adecuado.
- d) Capacitar al personal, de forma sistemática.
- e) Los gerentes deben tener las competencias y el interés permanente, para saber qué pasa en su unidad de salud.
- f) Realizar los análisis de los resultados de cambios con base en las prioridades y políticas del MINSA.
- g) Mantener la articulación entre las unidades de salud de los dos niveles de atención.

## Recomendaciones acerca del involucramiento de las autoridades de los SILAIS y del Nivel Central del MINSA

- a) El personal del SILAIS y del Nivel Central deben estar presentes durante la asesoría de las agencias de cooperación, sobre todo para la toma de decisiones en función de la sostenibilidad. Así cuando el organismo salga, el MINSA funcione solo.
- b) Mayor supervisión y seguimiento a las iniciativas en las unidades de salud para apoyar su trabajo.
- c) Escuchar los planteamientos presentados por las unidades de salud, e involucrar al personal de las mismas, porque después no se sabe cómo implementar una orientación de las instancias superiores.

- d) Promover la capacitación del personal de las unidades de salud de los dos niveles de atención.
- e) Asistir a las sesiones de aprendizaje.
- f) Promover el funcionamiento en redes entre las unidades de salud.
- h) Promover encuentros municipales y departamentales entre las unidades de salud.

## Recomendaciones para la institucionalización de los resultados de los colaborativos por parte del MINSA

- a) Conformar un equipo técnico central, para apoyar a los servicios en las unidades de salud, mediante la supervisión y la capacitación; así como, para que transmita experiencias de otras unidades de salud.
- b) Usar los medios de comunicación para informar a la población, sobre el mejoramiento de la atención.
- c) Institucionalizar los cambios y darles seguimiento mediante la supervisión capacitante y la evaluación periódica de la calidad del servicio.
- d) Recopilar y documentar experiencias exitosas y divulgarlas apropiadamente.
- e) Aprovechar el apoyo de los organismos para asesorar a las unidades de salud, sobre la institucionalización de algunos cambios.
- f) Mantener en su cargo a las personas que han iniciado los procesos de mejora, a fin de que puedan asegurar la continuidad, sobre todo cuando hay cambios de autoridades superiores.

## IV. Conclusiones generales del estudio

Una de las conclusiones del Grupo Focal del SILAIS Masaya fue: *“Hay un dicho que dice que de los errores se aprende, pero aquí no es de errores sino de experiencias que otros ya tuvieron, y ésta se puede probar para comprobar si da resultados. Es enriquecedor el intercambio de experiencias. Ya lo comprobamos, que ayuda para dar respuesta a los problemas.”*

- I. La dinámica de la estrategia de colaborativos llevó implícita la generación de aprendizajes, tanto entre los miembros del equipo de mejoramiento, como entre los equipos que lo integraron. Este aprendizaje se caracterizó por ser:
  - Significativo: acorde con las necesidades de los participantes en función de su desempeño laboral
  - Continuo: que se mantiene a lo largo de la dinámica de mejoramiento que desarrollan los equipos
  - Oportuno: justo en el momento en que identificaban las brechas en la atención
2. Los equipos siempre decidieron analizar, ajustar y probar los cambios por las siguientes razones:
  - Existía un compromiso institucional de parte del MINSA.
  - Existía un interés primordial de los jefes de servicio u otras autoridades de las instancias participantes en el colaborativo, quienes asumieron el liderazgo.



- 
- Tenían evidencias de la efectividad de las ideas de cambio de otros equipos.
  - Los equipos sintieron un espíritu competitivo positivo para avanzar, tanto o más de lo que estaban logrando los otros equipos.
  - La amplia variedad y cantidad de ideas de cambios, con las cuales se encontraba solución a los principales problemas
  - La elaboración de normas, protocolos, estándares e indicadores, lo cual marcó la diferencia entre un desempeño heterogéneo y uno estandarizado.
  - Muchas ideas de cambio se normaron o institucionalizaron a nivel de la unidad de salud, del SILAIS o del Nivel Central del MINSAs.
3. Para intercambiar experiencias, usaron los mecanismos siguientes:
    - Las sesiones de aprendizaje del colaborativo
    - Las visitas a otras unidades de salud integradas en el colaborativo
    - La consulta telefónica a otros equipos.
    - Las reuniones de trabajo organizadas por el SILAIS
  4. Los eventos de capacitación organizados por QAP/USAID (USAID/HCI), algunos en alianza con otras agencias, o los ejecutados por el SILAIS
  - La asistencia técnica de parte de los asesores de QAP/USAID (USAID/HCI)
  4. El aprendizaje en el colaborativo se propagó más allá del límite inicialmente considerado; es decir, no solamente se realizó entre las unidades de salud que lo integraban, sino también entre éstas y las de otro nivel atención pertenecientes al mismo SILAIS, precisamente promovido por éste. Por ejemplo, los hospitales integrados en el colaborativo capacitaron a las unidades de salud municipales que no lo estaban, acerca de los cambios implementados, con lo cual se fortaleció la referencia y contrarreferencia.
  5. Implementar las ideas de cambio tomadas de otros equipos, reduce el tiempo requerido en relación con el que empleó el equipo que la creó.

Sin embargo, no necesariamente esta reducción implica que estas ideas sean más rápidas y fáciles de implementar que las que surgen a lo interno del equipo de mejoramiento. Esto se debe a que, se tiene desconfianza de algo que no ha surgido de ellos, aún cuando decidan probarlo; otra razón es que al involucrarse en la creación de una idea, se contribuye a que sea asumido más rápidamente el compromiso de su implementación.

# Anexo:

## Resumen de datos sobre número de instancias y personas consultadas

No. de grupos focales	No. de entrevistas	Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS)	Hospitales (Segundo nivel de atención)	Centros de salud (Primer nivel de atención)	No. de personas participantes
5	17	8	9	8	50

Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS)	Hospitales (Segundo nivel de atención)	Centros de salud (Primer nivel de atención)	No. de personas participantes por SILAIS	No. participantes grupos focales	No. participantes entrevistas
Departamento de Chinandega (1)	Hospital Materno Infantil "Mauricio Abdalah" (5) Hospital "España" (1)	CS Chinandega (1) CS Villa 15 de Julio (1)	9	6	3
Departamento de León (1)	Hospital Escuela "Oscar Danilo Rosales" (1)		4		4 (entrevista colectiva)
Departamento de Masaya (3)	Hospital "Alfonso Dávila Bolaños" (2)	CS Nindirí (1) CS Monimbó (1) CS Catarina (1) CS A. D. B. Masaya (1)	9	7	2
Departamento de Nueva Segovia (1)	Hospital de Ocotal (2)		3		3
Departamento de Madriz	Hospital de Somoto (3)		3		3 (2 en una entrevista)
Departamento de Estelí	Hospital "San Juan de Dios" (4) Hospital de La Trinidad (3)	Centro de Salud "Leonel Rugama" (1)	8	5	3
Departamento de Chontales		Centro de Salud Nueva Guinea (8)	8	7	1
Región Autónoma del Atlántico Sur (RAAS) (1)	Hospital "Ernesto Sequeira" (5)		6	4	2
		<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>29</b>	<b>21</b>



Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud-USAID/HCI  
De donde fue la Vicky Altamira, una cuadra abajo, una cuadra al sur,  
Edificio Plaza San Ramón, Segundo piso, Módulo 6, Managua, Nicaragua  
Tel: (+505) 278-7112 • Fax: 278-0447, ext. 108