

# El Colaborativo de Mejoramiento: Un enfoque para Mejorar Rápidamente la Atención en Salud y Expandir Servicios de Calidad

Health Care Improvement Project, H.C.I.  
Proyecto de Mejoramiento de la Atención de Salud de USAID

JUNIO 2008

## AVISO

Las opiniones expresadas en esta publicación no reflejan necesariamente los puntos de vista de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional o del Gobierno de los Estados Unidos.

## **Agradecimientos**

Este documento fue elaborado por personal del Proyecto de Mejoramiento de la Atención de Salud (HCI) de USAID, apoyándose en el trabajo de muchos individuos ligados al proyecto y a su predecesor, el Proyecto de Garantía de Calidad. Además, estamos en deuda con el Instituto para el Mejoramiento de la Atención de Salud (IHI), por su trabajo original y pionero en el desarrollo del enfoque Colaborativo de Mejoramiento y por permitirnos adaptar muchas de sus ideas a escenarios en países en desarrollo. El Proyecto HCI es financiado por el pueblo Americano mediante el Departamento de Salud Global de USAID, Oficina de Salud, Enfermedades Infecciosas y Nutrición. El proyecto es administrado por University Research Co., LLC (URC) bajo los términos del contrato No. GHN-I-01-07-00003-00. Los subcontratistas de URC para el Proyecto HCI incluyen a EnCompass<sup>LLC</sup>, Family Health International, Initiatives Inc., Johns Hopkins University Center for Communication Programs, y Management Systems International.

**Cita Recomendada:** Proyecto de Mejoramiento de Atención de Salud de USAID. 2008. El Colaborativo de Mejoramiento: Un Enfoque para Mejorar Rápidamente la Atención de Salud y Expandir Servicios de Calidad. Publicado por el Proyecto de Mejoramiento de Atención de Salud de USAID. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC).

# Contenido

I	Introducción.....	I
1.1	Importancia de la Calidad y del Mejoramiento de la Calidad en Atención de Salud .....	I
1.2	Evolución del Mejoramiento de Calidad en Atención de Salud.....	2
2	Introducción al Enfoque Colaborativo de Mejoramiento .....	4
3	Rasgos Esenciales de un Colaborativo de Mejoramiento .....	7
3.1	Objetivos o Metas del Mejoramiento .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
3.2	Apoyo Adecuado a Equipos de Mejoramiento de la Calidad .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
3.3	Paquete de Implementación .....	8
3.4	Análisis Regular de Medición de Resultados para Guiar el Mejoramiento de la Calidad .....	10
3.5	Aprendizaje Compartido para el Mejoramiento Acelerado a Mayor Escala .....	11
3.6	Estrategia de Difusión .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
3.7	Estructuras Organizacionales.....	12
4	Actividades Clave para Desarrollar e Implementar Colaborativos de Mejoramiento.....	13
4.1	Fase Preparatoria .....	13
4.2	Fase de Implementación (Demostración) .....	14
4.3	Fase de Difusión (Uso del Enfoque Colaborativo de Difusión).....	15
5	Después del Colaborativo .....	15
	Referencias .....	17
	Recursos Adicionales sobre Mejoramiento y Colaborativos de Mejoramiento.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
	Glosario.....	20

## Abreviaturas

SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
MATEP	Manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto
BTS	Serie Innovativa de Mejoramiento (Breakthrough Series)
COPE	Enfoque centrado en el cliente y en la eficiencia del proveedor
MCC	Mejoramiento Continuo de la Calidad
CONE	Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial
HCI	Mejoramiento de la Atención de Salud
VIH/SIDA	Virus de Inmunodeficiencia Adquirida/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
IHI	Instituto para el Mejoramiento de la Atención de Salud
ONG	Organización No-Gubernamental
PEVA	Planificar, Ejecutar, Verificar, Actuar
QAP	Proyecto de Garantía de Calidad
MC	Mejoramiento de la Calidad
TQM	Gestión Total de Calidad
URC	University Research Co., LLC
EEUU	Estados Unidos
USAID	Agencia de los Estados Unidos para El Desarrollo Internacional

# El Colaborativo de Mejoramiento: Un Enfoque para Mejorar Rápidamente la Calidad y Expandir Mejores Prácticas

## 1 Introducción

### 1.1 Importancia de la Calidad y del Mejoramiento de Calidad en Atención de Salud

La atención de salud de calidad puede definirse como atención accesible que se brinda en cumplimiento de estándares basados en evidencia y que atiende las necesidades de los clientes. La atención de alta calidad es función de la habilidad del sistema de salud para asegurar un continuum de atención que satisfaga las necesidades de los clientes de forma efectiva, solícita, y respetuosa. La mayoría de definiciones de calidad en atención de salud tienen como fundamento estándares: enunciados explícitos sobre cómo se debe realizar una actividad de atención de salud a fin de producir los resultados deseados (Ashton 2001). Los estándares se basan en evidencia formal que vincula contenidos o procesos de atención específicos a un resultado deseado. El desempeño de acuerdo a los estándares es crucial para la atención de calidad, ya que está asociado al mejoramiento de resultados en salud (Walker, Ashley, and Hayes 1988; Grimshaw & Russell 1993). Por ende, los estándares definen, tanto para trabajadores de la salud como para clientes, qué constituye atención de calidad.

Los estándares y guías basados en evidencia ya existen o están surgiendo rápidamente para la mayoría de prioridades en salud a nivel mundial, particularmente aquellas que figuran en las Metas de Desarrollo del Milenio. Sin embargo, la evidencia de varios países alrededor del mundo sugiere que la atención de salud brindada a una gran parte de la población mundial es de muy baja calidad y no cumple con estándares basados en evidencia. Los estudios muestran que los proveedores cumplen regularmente con sólo una pequeña proporción de las directrices, aún después de recibir capacitación en estándares (Nicholas, Heiby, and Hatzell 1991; Rowe et al. 2000; Rowe et al. 2001; Nolan et al. 2001; Harvey et al. 2004; Boonstra, Lindbaek, and Ngome 2005, Burkhalter et al. 2006; Osterholt et al. 2006; Edson Burkhalter, and McCaw-Binns 2007).

Por ejemplo, un paquete de bajo costo basado en evidencia, compuesto de tres pasos simples, conocido como manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto (MATEP), ha demostrado reducir en más del 50% la hemorragia post-parto, la principal causa de mortalidad materna a nivel mundial (Prendiville et al. 1988). Sin embargo, MATEP no se encuentra disponible en muchos sitios, y allí donde sí está “disponible”, los problemas de calidad limitan su efectividad. En cuanto a problemas de atención de salud más complejos, como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), mejorar la calidad presenta mayores desafíos.

Muchos factores contribuyen a la atención de poca calidad. Estos incluyen falta de insumos y equipos necesarios, falta de conocimiento de los estándares, insuficiente competencia de los proveedores, mala organización de la atención, y falta de motivación o incentivos para la calidad (Marquez 2001). La ineficiente organización de la atención es común en muchos escenarios, lo que da como resultado atención de salud de mala calidad y desperdicio de los recursos. La atención culturalmente inapropiada o el trato interpersonal deficiente, también contribuyen a la atención de mala calidad y afectan negativamente la aceptación y utilización de los servicios de salud, especialmente entre grupos sociales desatendidos y de escasos recursos.

Los enfoques modernos de Mejora de la Calidad (MC) ofrecen métodos para superar barreras comunes a la atención de calidad, incluso en el contexto de sistemas de salud débiles que enfrentan severas limitaciones de recursos materiales y humanos (Zeitz et al. 1993; Loevinsohn, Guerrero, and Gregorio 1995; Heiby 1998; Massoud et al. 2001; Kelley et al. 2001; Hermida y Robalino 2002; Berwick 2004; Rowe et al. 2005; Rennie et al. 2007; Dickson, Ashton, and Smith 2007). Los métodos de MC mejoran los procesos de atención y se basan en cuatro principios: 1) entender y concentrarse sobre las necesidades de los clientes, 2) entender cómo funcionan los procesos de atención dentro del sistema, 3) utilizar datos para medir los resultados, 4) involucrar en el mejoramiento a equipos de gerentes, proveedores de servicios, y representantes comunitarios.

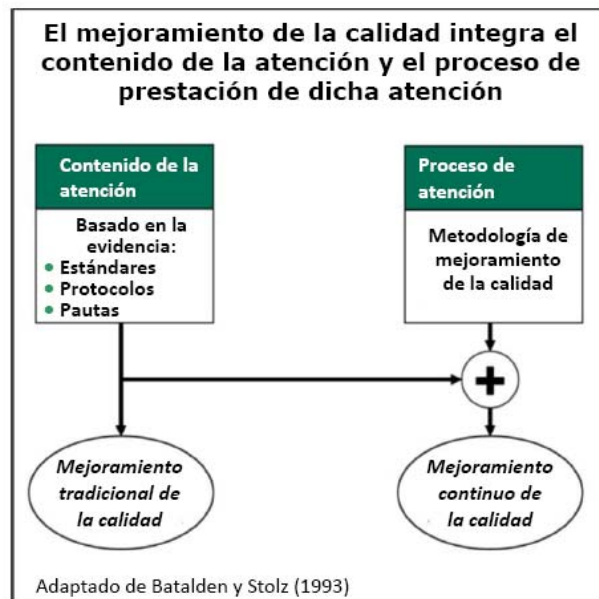
El énfasis puesto sobre la satisfacción del cliente es de importancia central dentro del enfoque de mejoramiento de calidad, que considera que el propósito principal de los servicios de salud es atender las necesidades, así como mejorar la salud y bienestar, de los clientes que los utilizan. El énfasis colocado sobre los sistemas y procesos de atención es también central, dado que los sistemas mal diseñados generan ineficiencia y desperdicio, atención de salud de mala calidad, y resultados negativos en salud. La máxima nacida del trabajo de MC, “Cada sistema esta perfectamente diseñado para lograr los resultados que obtiene” (Berwick 1996), captura bien el siguiente concepto: Para cambiar los resultados que produce un sistema, debemos primero cambiar el sistema.

En el trabajo de mejoramiento de calidad, los equipos analizan su propio sistema y procesos de atención, identifican y prueban cambios en la organización de la atención que puedan dar como resultado mejoras de la calidad y la eficiencia, y miden los efectos de los cambios mediante datos. Un precepto central del MC es que los participantes del sistema de salud local tienen conocimiento profundo de sus sistemas y son quienes están mejor posicionados para identificar, probar, e implementar mejoras con el fin de obtener la atención de más alta calidad posible en su entorno. Involucrar a los equipos de proveedores en el análisis regular de datos recolectados localmente y en el mejoramiento continuo de la calidad, ayuda a fomentar una cultura de calidad que a su vez motiva a los trabajadores de la salud.

## 1.2 Evolución del Mejoramiento de Calidad en la Atención de Salud

Los métodos de mejoramiento de calidad fueron aplicados por primera vez a la atención de salud a comienzos del Siglo 20 en los EEUU, a través de la certificación profesional y las evaluaciones externas de hospitales y escuelas de medicina en base a estándares. La segunda parte del Siglo 20 fue testigo de un giro dramático en los métodos de MC al adoptarse enfoques provenientes de la industria, como el Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) y la Gerencia Total de Calidad (TQM), para aplicarlos en atención de salud. El MCC fue considerado radical para la época en que se introdujo, debido a su énfasis en el mejoramiento de los *procesos* de atención en lugar de simplemente enfocarse en los insumos del sistema de salud.

A medida que la salud publica y la medicina moderna introdujeron la era de la medicina basada en evidencia durante las dos últimas décadas del Siglo 20, expertos en MC de los EEUU y del extranjero rápidamente vincularon el MC al conjunto creciente de estándares, protocolos, y guías basados en evidencia. Dado que, por definición, los estándares basados en evidencia han demostrado empíricamente ser capaces de mejorar los resultados en salud (a menudo mediante pruebas clínicas



aleatorias), los métodos modernos de MC buscan mejorar los procesos de atención para alcanzar el cumplimiento óptimo de los estándares basados en evidencia como meta última del mejoramiento de calidad en atención clínica y preventiva.

Durante los pasados 20 años, una gama de métodos de MC se han aplicado extensamente en países que reciben asistencia de USAID a fin de mejorar la salud y los servicios de salud reproductivos. Las estrategias tradicionales de mejoramiento como capacitación, supervisión, y acreditación han sido suplantadas progresivamente por métodos modernos de MC, como la solución de problemas en equipos, mejoramiento del desempeño, COPE (Eficiencia del proveedor orientada al cliente), y calidad definida en conjunto o con los socios. La mayoría de estos métodos han demostrado tener mayor impacto del obtenido con enfoques aislados de capacitación y supervisión.

La última década ha visto otra adaptación más de los métodos establecidos de MC, a fin de aplicar estándares basados en evidencia para el cambio rápido y el impacto a gran escala: el Colaborativo de Mejoramiento. Como se discutirá en la siguiente sección, el enfoque Colaborativo de Mejoramiento reúne muchos de los elementos clave de la programación tradicional en salud (estándares, capacitación, ayudas de trabajo, equipos e insumos) con elementos modernos de MC (trabajo en equipo, análisis de procesos, monitoreo de resultados,



### **Orígenes y Adaptación del Enfoque Colaborativo de Mejoramiento**

El Instituto para el Mejoramiento de la Atención de Salud (IHI) fue pionero en desarrollar el enfoque colaborativo en 1995 para tratar un problema común del sistema de salud de los Estados Unidos: aunque existía evidencia en apoyo a un estándar de atención, éste no era practicado rutinariamente. Desde entonces, el IHI ha apoyado a más de 1000 equipos que aplican esta metodología, llamándola “Serie Innovativa” o Colaborativo de Mejoramiento BTS, con resultados excelentes para varios procesos de atención y áreas de contenido clínico. Organizaciones de atención de salud en varios otros países han implementado colaborativos en escenarios hospitalarios y de práctica clínica (ver IHI 2003, disponible en [www.ihl.org](http://www.ihl.org), para mayor información sobre colaborativos apoyados por IHI)

QAP comenzó a trabajar con el enfoque Colaborativo de Mejoramiento en dos regiones de la Federación Rusa en 1998, para desarrollar y luego expandir mejoras a los modelos de atención para el manejo de la hipertensión y el síndrome de distrés respiratorio neonatal. En el 2003, QAP empezó a adaptar el enfoque a condiciones de disponibilidad de recursos más limitadas en países en desarrollo, donde predominan sistemas de salud financiados por el gobierno, y a aplicarlo a otras áreas clínicas, como cuidado obstétrico esencial y VIH/SIDA.

QAP realizó una serie de adaptaciones al modelo Colaborativo de Mejoramiento BTS para desarrollar estructuras organizacionales que se amolden a las estructuras del sistema de salud gubernamental, introducir más contenido sobre métodos y medición de mejoramiento de calidad en sesiones de aprendizaje, enfatizar el rol de los entrenadores en la orientación y motivación de los equipos, descentralizar las sesiones de aprendizaje en colaborativos a nivel nacional, y encontrar alternativas de bajo costo a sitios web y conferencias telefónicas para compartir resultados y el aprendizaje entre equipos (Catsambas et al. 2008, ofrece los hallazgos de una evaluación de colaborativos de QAP en varios países).

satisfacción del cliente), dando como resultado un sistema de aprendizaje dinámico en el que equipos de diferentes sitios colaboran para compartir y expandir rápidamente estrategias que mejoran la calidad y eficiencia de los servicios de salud en una área técnica seleccionada. La innovación central del Colaborativo de Mejoramiento es el aprendizaje estructurado y compartido entre varios equipos que trabajan en una misma área problemática: este rasgo promueve la diseminación rápida de prácticas exitosas. Debido a su énfasis en la difusión y expansión de mejoras, el modelo Colaborativo de Mejoramiento ofrece una nueva y poderosa herramienta dentro del conjunto de enfoques probados de MC.

En los últimos cinco años, el Proyecto de Garantía de Calidad de USAID (QAP), y ahora su sucesor, el Proyecto de Mejoramiento de la Atención de Salud (HCI), han adaptado el enfoque colaborativo de mejoramiento en países con niveles de desarrollo muy diversos para mejorar la calidad de la atención en varias áreas técnicas, incluyendo VIH/SIDA, tuberculosis, malaria, atención de salud materno-infantil, y atención del recién nacido. Este documento describe el enfoque tal como ha sido adaptado por QAP y HCI en base a las lecciones aprendidas al implementar más de 30 colaborativos de mejoramiento en 15 países, y a los hallazgos de las evaluaciones de algunos de estos colaborativos (Catsambas et al. 2008).

## 2 Introducción al Enfoque Colaborativo de Mejoramiento

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 los procesos, calidad, y eficiencia de un área de atención específica, con la intención de difundir estos métodos a otros sitios<sup>1</sup>.

Los colaborativos de mejoramiento buscan adaptar y difundir el conocimiento existente a múltiples sitios. Dicho conocimiento puede componerse de prácticas clínicas basadas en evidencia científica, prácticas probadas que son ampliamente consideradas como “buenas” o incluso “mejores”, o cualquier otro cambio a la manera existente de hacer las cosas que ha demostrado producir una mejor atención de salud. Este conocimiento constituye el “paquete de implementación”<sup>2</sup> del colaborativo: cambios en los procesos y la organización de la atención que el colaborativo pretende introducir, afinar, y difundir.

En un colaborativo, los equipos de cada sitio elaboran y ensayan formas de operativizar o poner en práctica los conceptos incluidos en el paquete de implementación, y de superar barreras para hacerlos funcionar en sus escenarios locales. Los colaborativos se utilizan como estrategias de mejoramiento de tiempo limitado, logrando resultados significativos típicamente en 9 a 18 meses, aunque a menudo las mejoras se ven mucho antes. No obstante, en casos de rediseño de sistemas complejos (por ejemplo, que involucran múltiples enfermedades crónicas), los colaborativos han continuado más allá de este lapso, empleando usualmente un enfoque por fases.

Los equipos que son parte de un colaborativo utilizan un conjunto común de indicadores principales – idealmente el menor número de indicadores que puedan informar sobre el mejoramiento y dar cuenta de los esfuerzos y logros del colaborativo— para medir la calidad de los procesos de atención que los equipos intentan mejorar y, donde sea posible, los resultados de salud esperados. Cada equipo recolecta datos sobre los indicadores para medir si los cambios que está implementando resultan en mejoras. Los proveedores de salud a nivel local son los “expertos” en mejoramiento que desarrollan planes de acción para probar e implementar cambios a fin de alcanzar las metas del colaborativo.

Los equipos ensayan cambios aplicando un modelo de mejoramiento o cambio. Existen muchos modelos de mejoramiento, y varios se han usado para probar e implementar cambios a través de colaborativos. Todos los modelos de mejoramiento comparten un rasgo común subyacente que es la introducción de

---

<sup>1</sup> Al final del documento se provee un glosario de términos utilizados.

<sup>2</sup> El paquete de implementación es también llamado “paquete de cambio”.



una intervención, y el monitoreo de uno o mas indicadores para conocer el efecto de la intervención sobre el resultado o producto deseado. Si la intervención produce la mejora deseada, es instituida como parte del nuevo proceso de trabajo y extendida a otros proveedores de la organización. Si no lo hace, es modificada o desechada.

El modelo de mejoramiento mas comúnmente utilizado en colaborativos apoyados por HCI se describe en *La Guía para el Mejoramiento* (Langley et al. 1996). Este modelo, ilustrado en el grafico a continuación, incorpora el Ciclo Shewhart para el Aprendizaje y Mejoramiento, alternativamente conocido como el Ciclo Planear, Ejecutar, Verificar, Actuar (PEVA).



En este modelo, se propone un cambio del cual se piensa es probable que produzca mejoras. Sin embargo, el que produzca o no mejoras es una hipótesis que necesita ser probada o refutada. Se desarrolla un plan para poner a prueba el cambio, se implementa el plan, y se estudia el efecto de esta prueba para conocer si el cambio de hecho genero las mejoras esperadas. La acción a tomar posteriormente depende del resultado de la prueba.

Lo que diferencia a los colaborativos de mejoramiento de otros métodos de mejoramiento es el aprendizaje compartido. En un colaborativo, múltiples equipos (10, 20, 50, o mas) tratan todos de realizar mejoras dentro de la misma área temática. Simultáneamente prueban e implementan cambios y rediseños de procesos, compartiendo sus experiencias al hacerlo. Mediante este mecanismo de aprendizaje compartido, facilitado por el colaborativo, los equipos comunican los resultados de sus pruebas y sus soluciones, de modo que todos los equipos

pueden beneficiarse del conocimiento de cambios, tanto exitosos como no exitosos, implementados por cualquier equipo. De esta manera, los equipos aprenden de las experiencias de otros equipos y pueden evitar el “reinventar la rueda” al investigar cambios exitosos.

El monitoreo frecuente (usualmente, cada mes) de resultados (i.e., indicadores de proceso y producto), y el compartir regular de cambios exitosos ayudan a acelerar el ritmo de mejoramiento, creando una atmósfera de competencia amigable entre equipos que buscan establecer cuál de ellos alcanzará los mejores resultados. La red de aprendizaje colaborativo da como resultado el rápido desarrollo y puesta a prueba de innovaciones para resolver problemas, la difusión rápida de cambios efectivos, y el desarrollo rápido de modelos efectivos de atención, optimizando así el paquete original de implementación de estándares basados en evidencia mediante el aprendizaje operativo.

En comparación con enfoques de MC tradicionales, un rasgo distintivo del enfoque Colaborativo de Mejoramiento es que busca difundir las mejoras mas allá de los equipos iniciales para ser aplicadas a lo largo de la(s) organización(es) que participa(n) del Colaborativo. Típicamente, un colaborativo concluirá con la definición de un paquete final de intervenciones probadas en el

**Cuándo constituye un colaborativo de mejoramiento el enfoque correcto para mejorar la atención de salud? Cuando:**

- Existe una brecha significativa entre el estado actual de la atención y los resultados deseados, la cual es común a un gran número de grupos (establecimientos, comunidades, organizaciones, etc.);
- Existe evidencia de apoyo a estándares, modelos de atención, o modelos organizacionales que han demostrado mejorar los resultados: p. ej., se conoce lo que funciona para corregir la brecha en calidad;
- Es posible para los trabajadores de salud poner en práctica el paquete de implementación con los recursos disponibles; y
- Existe apoyo en liderazgo organizativo para introducir cambios y difundirlos más allá de los sitios iniciales.

campo que han demostrado producir resultados en un escenario particular, complementado por aprendizaje organizacional que facilita alcanzar dichos resultados. Este paquete, que puede ser concebido como un ajuste al paquete de implementación original, está entonces listo para ser difundido hacia otros sitios. El énfasis en la difusión intencional de las mejoras no solo distingue a los colaborativos de otros métodos de MC, sino que además convierte al enfoque en una estrategia de expansión atractiva.

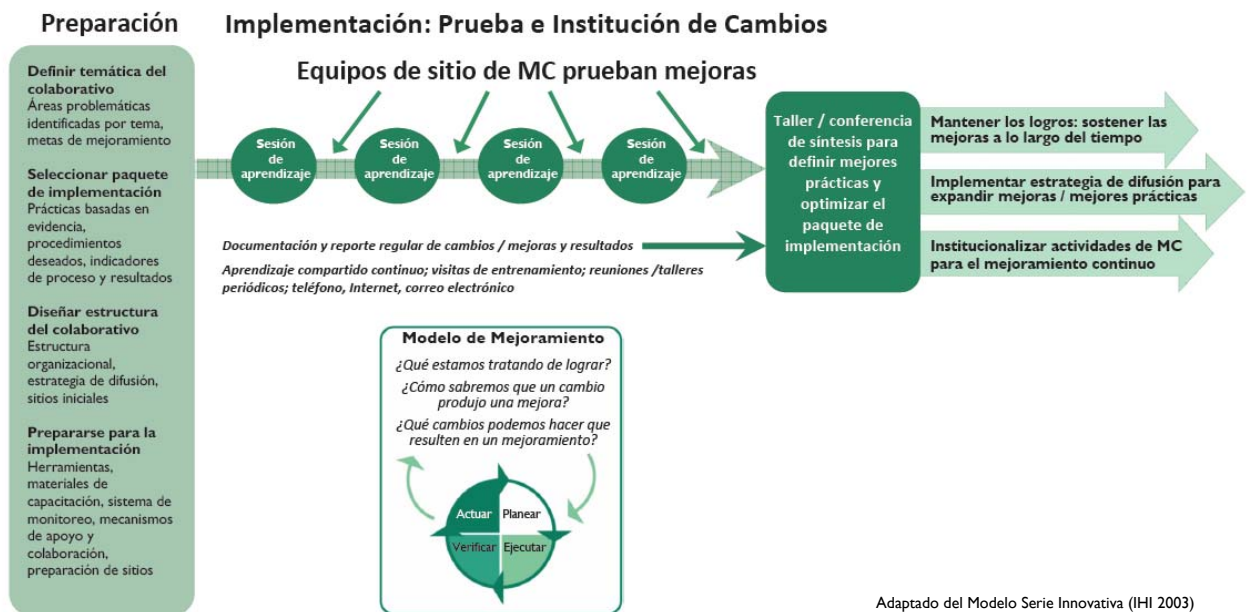
La duración de un colaborativo de mejoramiento varía. Mientras que los Colaborativos de la Serie Innovativa de Mejoramiento (Breakthrough Series) del IHI implementados en los EEUU (ver recuadro sobre los Orígenes y Adaptaciones del Enfoque de Colaborativo de Mejoramiento) han durado típicamente entre 12 y 24 meses, la experiencia de HCI demostró que los colaborativos pueden continuar ventajosamente por varios años, especialmente a medida que nuevos sitios se unen a la difusión de las mejoras o el contenido técnico del colaborativo evoluciona y se expande.

Como se muestra en el gráfico de la siguiente página, un Colaborativo de Mejoramiento comienza con un periodo preparatorio en el que se afinan los objetivos e intervenciones técnicas del colaborativo, y se desarrolla una estructura para apoyar la implementación del mismo. El “periodo de implementación”, cuando los equipos de cada sitio desarrollan y ensayan cambios para poner en práctica las intervenciones técnicas que componen el paquete de implementación promovido por el colaborativo, generalmente se divide de tres a seis sesiones de aprendizaje separadas por periodos de uno a cuatro meses en que los equipos ponen a prueba cambios. Estos periodos de intervención son a veces llamados “periodos de acción”. Una vez que los equipos han aprendido a operativizar las intervenciones y han alcanzado las metas del colaborativo, se puede realizar un taller o conferencia para revisar la experiencia colectiva de los equipos y decidir cuáles cambios fueron los más efectivos, así como para compartir resultados con actores fuera del colaborativo.

Cuando el colaborativo ha finalizado y ha sido desarrollado un paquete de implementación optimizado, se pueden usar varias estrategias para difundir este conocimiento operativo hacia nuevos sitios. Al colaborativo inicial – llamado a veces colaborativo de “demostración”— puede seguirle un segundo colaborativo o colaborativo de “difusión”, cuyo propósito es diseminar el paquete de implementación perfeccionado desde los sitios iniciales o de demostración hacia el resto del sistema de salud. A menudo los miembros del colaborativo original sirven como agentes de cambio y guías durante la fase de difusión.

También se pueden aprovechar otras estrategias para la difusión de mejoras (campañas, agentes de cambio, y difusión natural a través del tiempo), dependiendo del alcance de los objetivos de difusión y de los recursos disponibles.

## Modelo Colaborativo de Mejoramiento HCI



El resto de este documento describe los rasgos esenciales del modelo colaborativo tal como ha sido aplicado en países en desarrollo y de mediano ingreso, así como las actividades clave que forman parte de la planificación e implementación de un colaborativo. Al final del documento se provee un glosario de términos y una lista más amplia de recursos sobre mejoramiento y colaborativos.

### 3 Rasgos Esenciales de un Colaborativo de Mejoramiento Exitoso

En base a la experiencia adquirida implementando colaborativos desde 1998, HCI ha identificado siete rasgos esenciales para la implementación exitosa de colaborativos de mejoramiento en países en desarrollo y de mediano ingreso. Estos rasgos son claves para que un colaborativo alcance el éxito logrando mejoras significativas de forma rápida y a gran escala.

#### 3.1 Objetivos o Metas de Mejoramiento Compartidas

Los objetivos o metas de mejoramiento 1) enuncian los resultados deseados que un colaborativo busca alcanzar mediante la aplicación de principios de mejoramiento dentro de un área de contenido específica, 2) definen los objetivos generales de un colaborativo y guían su planificación e implementación, y 3) generalmente identifican las prácticas basadas en evidencia a ser implementadas, los procesos a mejorar, y los resultados (o productos) deseados.

Las metas de mejoramiento correctamente diseñadas apoyan la planificación e implementación efectiva del colaborativo. También definen el alcance del trabajo colaborativo y la amplitud del área de atención examinada por el colaborativo (p. ej., un área “amplia” de mejoramiento podría ser atención pediátrica hospitalaria, que involucra varios sistemas; un área “reducida” podría ser el mejoramiento del triaje de emergencia para tratamiento de niños enfermos o el uso de mosquiteros a nivel comunitario). Una meta de mejoramiento debe establecer un resultado esperado dentro de un área de salud prioritaria en la que exista una brecha significativa documentada entre prácticas actuales y mejores prácticas, y/o resultados actuales y resultados deseados. Las metas de mejoramiento pueden proponer intervenciones de alto impacto basadas en evidencia, reconocidas por influir positivamente en los resultados (p. ej., MATEP para la prevención de la hemorragia post-parto), el mejoramiento del acceso a la atención, o el

mejoramiento de la eficiencia y organización de la atención.

### 3.2 Apoyo Adecuado a los Equipos de Mejoramiento de la Calidad que Ensayan Cambios

Los equipos de MC, que trabajan a nivel de prestación de servicios, son el pilar del trabajo colaborativo. Sin ellos no existiría el colaborativo, ya que son quienes planifican, ensayan, y estudian el mejoramiento de calidad en sus propios procesos, contribuyendo su aprendizaje al esfuerzo de todo el colaborativo. El mejoramiento de calidad puede definirse como el proceso de mejorar intencionalmente la atención/servicios de alguna manera (p. ej., efectividad, eficiencia, etc.), con el fin último de mejorar los resultados para los clientes que reciben atención de salud. Los miembros del equipo trabajan juntos para comprender a sus clientes, analizar sus procesos, probar e implementar cambios y rediseños para mejorar el desempeño, y monitorear resultados.

En un colaborativo se crea una red de equipos para compartir resultados, innovaciones, y desafíos, así como para aprender uno del otro. A fin de garantizar que los equipos de MC funcionen de forma óptima, el colaborativo necesita afianzar sus conocimientos y habilidades, tanto en contenido técnico relativo a las metas de mejoramiento, como en métodos de mejoramiento de calidad, a más de asegurar el acceso a insumos y equipos necesarios para alcanzar los objetivos de mejoramiento.

La experiencia adquirida en países en desarrollo ha demostrado que los equipos necesitan apoyo continuo para realizar sus tareas de MC. Esta asistencia se provee mediante el “entrenamiento”, un proceso mediante el cual alguien con mayores conocimientos y habilidades en mejora de calidad y/o contenido técnico, provee apoyo y motivación a los equipos para mejorar su desempeño. Un entrenador ayuda al equipo a desarrollar su trabajo de forma efectiva y alcanzar a través del tiempo la autosuficiencia en el uso de herramientas de MC. El entrenamiento provee una estructura para optimizar el funcionamiento de los equipos; los entrenadores proveen capacitación práctica sobre contenidos y MC, verifican el monitoreo de datos, proveen apoyo al proceso de monitoreo, y ayudan a los equipos a distinguir otras oportunidades de mejorar su forma de hacer las cosas.

#### Rasgos Esenciales de un Colaborativo de Mejoramiento Exitoso

1. Objetivos o metas de mejoramiento compartidos
2. Apoyo adecuado a equipos de MC que ensayan cambios
3. Paquete de Implementación
4. Análisis regular de medición de resultados para guiar el mejoramiento de calidad
5. Aprendizaje compartido para el mejoramiento acelerado a mayor escala
6. Estrategia de Difusión
7. Estructuras Organizacionales

### 3.3 Paquete de Implementación

El paquete de implementación define cambios críticos a las prácticas existentes que todos los equipos de MC deberán implementar en un colaborativo. El paquete de implementación inicial plantea un conjunto de prácticas y procedimientos basados en la mejor evidencia disponible que, de ser implementado sistemáticamente, llevará a los resultados trazados en las metas de mejoramiento del colaborativo, según actores y expertos a nivel local e internacional. El contenido del paquete de implementación dependerá de la situación preexistente en un escenario dado y del nivel reinante de problemas de calidad. El paquete de implementación puede incluir cambios al contenido técnico o a la manera en que están organizados y se prestan los servicios, tal como se describe en el siguiente cuadro.

En todos los casos, el paquete de implementación debe basarse en la evidencia sobre aquello que funciona. Dicha evidencia puede provenir de la literatura internacional o de experiencias locales bien documentadas. En algunos colaborativos que tratan áreas temáticas extensas, el contenido del paquete de implementación puede dividirse en unidades más pequeñas y ser implementado secuencialmente<sup>3</sup>. Los colaborativos también pueden crearse en torno a metas de mejoramiento para las cuales no existe aún un cuerpo sólido de evidencia, en cuyo caso el rol del colaborativo es construir esta evidencia, trabajando en el diseño de nuevos sistemas o modelos de atención.

<b>Situación Actual</b>	<b>El Paquete de Implementación puede corresponder a una o más de las siguientes opciones</b>
No hay estándares <sup>4</sup> o consenso sobre “prácticas apropiadas”	Un conjunto nuevo o actualizado de “estándares esenciales” centrado en las tareas más importantes requeridas para alcanzar las metas de mejoramiento
Existen estándares pero están desactualizados	
Existen estándares actualizados pero son poco realistas o demasiado complicados para que los proveedores los puedan cumplir	
Existen estándares pero no están bien implementados	Un “modelo de prestación de servicios” o “modelo de atención” que aseguraría de forma más efectiva que los estándares sean implementados y los pacientes reciban lo que necesitan
Existen estándares y un modelo de atención, pero ninguno de los dos es bien implementado	Una serie de cambios organizacionales que faciliten su implementación

A lo largo de la vida del colaborativo, éste paquete de implementación inicial será mejorado y optimizado mediante el trabajo de los equipos de MC, quienes crean evidencia sobre el mejoramiento de estándares, modelos de atención, y/o mejores prácticas para la ejecución de estándares, que pueden ser difundidas de forma rápida a otros sitios de su organización. La capacidad de un colaborativo de alcanzar rápidamente resultados y la expansión de mejores prácticas se basa en su capacidad de sintetizar y difundir las lecciones aprendidas a partir del trabajo de los equipos de MC. En muchos casos, el aprendizaje generado por los equipos de MC se centra sobre la solución de asuntos operativos relativos a la implementación de un conjunto de estándares.

Dependiendo de la situación inicial y del tipo de paquete de implementación, lograr el aprendizaje requerido para la expansión total puede tomarle más de una fase al colaborativo. En el caso de un paquete de implementación complejo, algunos colaborativos lo han introducido en etapas; otros han expandido el número de equipos o sitios involucrados en la implementación del paquete inicial (ver más adelante la sección 3.6 “Estrategia de Difusión”); e incluso otros han ampliado simultáneamente el contenido y número de sitios. La primera fase puede considerarse un colaborativo de demostración, que incluye el desarrollo de las metas de mejoramiento, el paquete de implementación, y la selección de indicadores. Estos pasos son seguidos por la implementación, ensayo, y perfeccionamiento del paquete

<sup>3</sup> Por ejemplo, un colaborativo que trata un área extensa como cuidado obstétrico y neonatal esencial (CONE) puede decidir iniciar con MATEP y cuidado inmediato al recién nacido y luego proseguir con vigilancia al recién nacido, preparación para el nacimiento, complicaciones neonatales y obstétricas, etc., a manera de fases. Este fue el enfoque usado en el colaborativo de CONE iniciado por QAP en Níger.

<sup>4</sup> Los estándares se refieren en este caso a “un enunciado explícito de la calidad esperada” (Ashton 2001). Otros términos, como normas, se usan a menudo, pero los consideramos sinónimos de estándares.

de implementación. En ésta fase, un grupo inicial de equipos trabajan juntos para probar mejoras y, mediante este esfuerzo, los miembros de los equipos generan el primer conjunto de “mejoras” del paquete de implementación. Este paquete “probado y perfeccionado” puede entonces introducirse en una fase subsiguiente durante la que se añaden sitios adicionales y se pueden realizar afinamientos continuos al paquete de implementación.

En definitiva, el paquete de implementación probado contendrá los siguientes elementos:

- Un conjunto actualizado de estándares o consenso sobre “prácticas adecuadas”, junto con una noción de “estándares esenciales” centrados sobre las tareas más importantes requeridas para alcanzar las metas de mejoramiento de la atención;
- Un “modelo de prestación de servicios” o “modelo de atención” que asegure de forma más efectiva que los estándares sean implementados y los pacientes reciban la atención necesaria; y
- Una serie de cambios organizacionales que faciliten la implementación de estándares y el modelo de prestación de servicios.

### **3.4 Análisis Regular de Medición de Resultados para Guiar el Mejoramiento de la Calidad**

Un colaborativo sustenta en la evidencia, tanto su paquete de implementación original, como cualquier afinamiento al mismo, de igual forma que cualquier equipo de mejoramiento fundamenta su continua implementación de cambios en la evidencia de mejoras alcanzadas. Por ende, el monitoreo es un rasgo esencial de un colaborativo. El monitoreo involucra:

- Desarrollar un conjunto limitado de indicadores clave que reflejen el progreso de las metas de mejoramiento que los equipos individuales y el colaborativo como un todo usan para juzgar su progreso;
- Desarrollar sistemas para recolectar y compilar información sobre indicadores y cambios, o prácticas mejoradas, a nivel de equipos individuales y del colaborativo como un todo; e
- Instalar mecanismos para la validación, análisis, e interpretación de estos datos, tanto a nivel de equipos de mejoramiento como de forma agregada a nivel del colaborativo.

Donde sea posible, los indicadores deben incluir mediciones de *proceso* (p. ej., cumplimiento de estándares relativos a la calidad de la atención, funcionamiento de equipos de MC), de *resultados/impacto* (p. ej., efectos sobre tasas de fatalidad de casos) y, de ser apropiado, de *insumos* (p. ej., disponibilidad de materiales o equipamiento clave). Los equipos necesitan documentar las mejoras implementadas y medir regularmente (a menudo mensualmente) sus indicadores para determinar cómo están contribuyendo sus mejoras al alcance de las metas de mejoramiento. A más del conjunto de indicadores que todos los equipos miden en común, los equipos individuales también pueden usar mediciones adicionales para comprobar el logro de los resultados deseados mediante un cambio específico que están implementando.

Los equipos compartirán sus cambios y resultados con otros equipos durante las sesiones de aprendizaje u otras oportunidades para compartir información (como sitios Web, etc.) Generalmente, los datos comunes y los indicadores individuales de cada equipo son recolectados y compilados por los mismos equipos (auto-monitoreo). Por tanto, es crucial asegurar que se creen sistemas para chequear la validez de estos datos, ya que los resultados del colaborativo se usarán para identificar mejores prácticas y un paquete de implementación perfeccionado que pueda ser difundido a otros lugares. Donde sea posible, los datos deben provenir de fuentes de información existentes y no de un sistema de recolección de datos distinto.

### **3.5 Aprendizaje Compartido para el Mejoramiento Acelerado a Mayor Escala**

Otro rasgo esencial de un colaborativo son las oportunidades de compartir de forma estructurada las experiencias, resultados, y prácticas prometedoras entre equipos. Este rasgo distingue a los colaborativos de otros métodos de MC y es de importancia crítica para alcanzar resultados rápidamente, dado que los equipos aprenden uno del otro. Estas oportunidades de aprendizaje compartido a menudo son organizadas como “sesiones de aprendizaje”, pero también pueden involucrar la comunicación de resultados a través de entrenadores que visitan a varios equipos, el uso de un sitio Web (donde los datos y experiencias sean publicados), llamadas telefónicas, reuniones más pequeñas, y otros mecanismos. Las sesiones de aprendizaje generalmente reúnen de forma regular a representantes de todos los equipos de MC (o de todos los sitios en una región si las sesiones de aprendizaje son descentralizadas) para efectuar tres actividades principales:

- Compartir cambios y resultados (tanto buenos como malos),
- Identificar innovaciones y prácticas prometedoras, y
- Fortalecer sus habilidades en áreas de contenido y MC (según sea necesario)

En las sesiones de aprendizaje participan miembros seleccionados de los equipos y expertos en mejoramiento de calidad. Los miembros de los equipos que asisten a la sesión de aprendizaje llevan de regreso conocimiento y materiales para los otros miembros del equipo en su organización/establecimiento, y desarrollan planes de acción para empezar a hacer cambios. Generalmente, cualquier fase de un colaborativo puede incluir de tres a seis sesiones de aprendizaje seguidas de un taller/conferencia de síntesis donde se definen las mejores prácticas y las modificaciones finales al paquete de implementación.

El poderoso efecto de difundir el aprendizaje desde un grupo de profesionales a otro resalta la importancia del manejo del conocimiento durante un colaborativo para obtener, analizar, seleccionar, organizar, y hacer disponible a un gran número de establecimientos y profesionales conocimiento clínico y organizacional sobre mejoramiento de procesos de atención, así como experiencias prácticas de implementación.

### **3.6 Estrategia de Difusión**

La estrategia de difusión representa un rasgo crucial de los colaborativos, ya que estos son por definición un mecanismo para desarrollar modelos de prestación de servicios, cambios organizacionales, y mejores prácticas en implementación de estándares, diseminando luego este conocimiento más allá de los sitios individuales. La estrategia de difusión debe primero definir cuál es el grupo definitivo que eventualmente deberá implementar el paquete de implementación perfeccionado, y posteriormente determinar los pasos para contactarse con dicho grupo.

El colaborativo de difusión constituye una forma de difundir el aprendizaje y las mejoras hacia nuevos sitios. A fin de difundir mejoras probadas a un número significativamente más grande de establecimientos y profesionales, un colaborativo de difusión utiliza la estructura colaborativa de una red de sitios, un paquete de implementación (afinado) e indicadores, y sesiones de aprendizaje y otros mecanismos para el aprendizaje compartido. Los colaborativos de difusión se apoyan en personal experimentado en MC y en los “campeones de calidad” del colaborativo de demostración, quienes proveen asistencia en base a la propia experiencia y pueden motivar a los nuevos establecimientos al ser prueba directa de que el mejoramiento es posible. La fase de difusión puede consistir de una serie de ondas que paulatinamente expanden actividades e incluyen nuevas regiones hasta que se cubra toda el área proyectada (p. ej., todo el país)

Hemos descubierto que a menudo un colaborativo de difusión alcanza la expansión a mayor ritmo que el colaborativo original al hacer uso efectivo de la riqueza en conocimientos –no solo clínicos, sino

también importantes conocimientos operativos y organizacionales- sobre cómo mejorar procesos de atención, la mayoría de los cuales se han puesto a prueba y desarrollado durante el colaborativo inicial.

Dependiendo de los objetivos de difusión y los recursos disponibles en una situación dada, otras estrategias son posibles y pueden incluso ser más apropiadas. En la difusión de mejoras se han utilizado, de forma sola o combinada, directrices o dictámenes de políticas, capacitación en cascada, agentes de extensión, campañas, y el auspicio de instituciones o individuos prestigiosos. Estos enfoques se centran sobre uno o más factores necesarios para alcanzar la difusión: la diseminación se concentra en incrementar el conocimiento sobre beneficios de las mejores prácticas; la capacitación y supervisión se concentran en desarrollar competencia técnica; las campañas se concentran en generar compromiso y voluntad política; el desarrollo de políticas y el auspicio se centran en incrementar la percepción de legitimidad de la intervención de mejoramiento y su alineamiento con valores institucionales aceptados.

La cobertura definitiva que se pretende para las mejoras desarrolladas en un colaborativo y la estrategia para alcanzar este nivel de cobertura, afectan tanto la selección del sitio inicial como la estructura organizacional requerida para apoyar la difusión. Con el fin de asegurar el apoyo a un número creciente de sitios y de fomentar la institucionalización<sup>5</sup> de las mejoras, los roles y responsabilidades durante una fase de difusión pueden ser muy diferentes a los de un colaborativo de demostración.

### 3.7 Estructuras Organizacionales

Las estructuras organizacionales proveen el marco para gerenciar el colaborativo. Varios roles claves son de importancia crítica; pueden distribuirse a diferentes actores entre una variedad de estructuras:

- 1) Liderazgo/dirección estratégica: Este rol asegura que el colaborativo continúe con su trabajo hacia las metas de mejoramiento, provee apoyo moral y político, así como recursos que motivan y permiten que equipos y actores se mantengan comprometidos y activos, y facilita pasar de cambios en la manera de realizar el trabajo hacia cambios en políticas que permitirán que las mejoras sean sostenidas y difundidas.
- 2) Gerencia Continua: Este rol crítico demanda el monitoreo cuidadoso de los equipos y resultados para ajustar las actividades del colaborativo a la realidad en el campo. El rol implica planificación y manejo de las actividades de implementación; manejo de la recolección, validación, almacenamiento, y análisis de datos del colaborativo; organizar sesiones de aprendizaje y entrenamiento, etc.
- 3) Experticia en contenidos y mejora de calidad (QI): Construidos en torno a un “paquete de implementación” basado en evidencia, los colaborativos dependen de la fortaleza de los equipos de mejoramiento. La “experticia en contenidos” (conocimientos dentro de una disciplina, como salud materna, VIH/SIDA, etc.) es de gran importancia en la preparación de un colaborativo para desarrollar el paquete de implementación y los indicadores para monitorear el mejoramiento, pero también durante la implementación, al proveer apoyo técnico a los equipos y contenidos en las sesiones de aprendizaje. La “experticia en MC” (conocimiento de sistemas, datos, procesos grupales) es muy importante para desarrollar las capacidades de los equipos de MC y brindar el apoyo que necesitan inicialmente mientras aprenden cómo trabajar en equipo, cómo implementar nuevos estándares o mejores prácticas, cómo usar herramientas y métodos de mejora de calidad, y cómo recolectar e interpretar sus datos de monitoreo. Estos dos tipos de experticia pueden ser provistos por los mismos o diferentes actores del colaborativo, quienes contribuyen como miembros de grupos de expertos técnicos, capacitadores, y/o entrenadores de los equipos.

---

<sup>5</sup> La “institucionalización de las mejoras” implica que éstas se han convertido en un parte integral y sostenida de las operaciones regulares del sistema de salud. Para una discusión mas amplia sobre la institucionalización del MC, ver Franco et al. 2002.



- 4) **Equipos de MC:** Estos actores clave implementan mejoras y crean conocimiento nuevo sobre prácticas mejoradas, así como un paquete de implementación optimizado. Los otros roles descritos anteriormente son principalmente un apoyo al trabajo realizado por los equipos de MC en el campo. Los equipos de MC deben generar e implementar cambios a la forma en que realizan su trabajo diario, y luego medir los efectos para determinar si estos cambios realmente mejoran la calidad de los servicios y por tanto satisfacen las metas de mejoramiento del colaborativo.

Pese a que un colaborativo en sí mismo no es una entidad permanente, la sostenibilidad de los resultados alcanzados durante el colaborativo dependerá del continuo apoyo político, físico, y técnico brindado al “paquete de implementación” y a la institucionalización de métodos de MC. Por ende, la conceptualización de una estructura organizacional debe incluir la institucionalización y sostenibilidad de ciertos rasgos esenciales de un colaborativo, como son equipos de mejoramiento de la calidad, equipos de entrenamiento, monitoreo de resultados, y oportunidades para el aprendizaje compartido. La mejor manera de lograr esto es engarzando los roles del colaborativo a las estructuras existentes a nivel nacional y a niveles descentralizados, cuando sea posible. A menudo estas estructuras organizacionales incluyen un pequeño grupo gerencial, un grupo de “expertos”, y un “director” o “coordinador” en el Ministerio de Salud, junto con personas clave dentro de las estructuras gerenciales a niveles descentralizados.

## **4 Actividades para Desarrollar e Implementar Colaborativos de Mejoramiento**

La siguiente lista de actividades para desarrollar e implementar colaborativos de mejoramiento surge también de la experiencia de HCI, y tiene carácter ilustrativo antes que normativo. Dentro de una fase, no existe un único orden para desarrollar las actividades y muchas de ellas se repiten. Se puede establecer que un colaborativo de mejoramiento tiene tres fases principales: una fase preparatoria que asegura la adecuada planificación, el compromiso de actores clave, y la existencia de herramientas y sistemas clave; una fase de implementación o demostración en que los equipos de mejoramiento ponen a prueba y documentan cambios para superar obstáculos e implementar prácticas basadas en evidencia y procedimientos probados, a más de compartir y sintetizar el aprendizaje; y una tercera fase de difusión, en que el aprendizaje se difunde a otros sitios u organizaciones.

### **4.1 Fase Preparatoria**

- Involucrar actores y partes interesadas claves en el bosquejo y definición del tema del colaborativo.
- Identificar objetivos o metas de mejoramiento que señalen los resultados clave deseados y los procesos para alcanzar dichos resultados.
- Analizar la posibilidad de realizar una medición de línea de base para objetivos de mejoramiento específicos.
- Establecer un estructura organizacional para el colaborativo, incluyendo roles y responsabilidades específicas.
- Proveer capacitación a los directores, coordinadores, y entrenadores del colaborativo, según sea necesario, de modo que puedan desempeñar sus roles.
- Involucrar experticia local<sup>6</sup> en la revisión de estándares nacionales existentes a la luz de evidencia local e internacional sobre mejores prácticas; determinar la necesidad potencial de

---

<sup>6</sup> Por lo general estos expertos pertenecen a los Ministerios de Salud, la academia, u otras organizaciones, y pueden hallarse a nivel nacional o a niveles más descentralizados.

adaptar los estándares nacionales; e identificar otras mejores prácticas potenciales sobre modelos u organización de servicios.

- Identificar indicadores simples para medir el progreso de las metas de mejoramiento.
- Delinear el contenido del paquete de implementación inicial para promover estándares basados en evidencia que logren los resultados deseados.
- Determinar necesidades en desarrollo de capacidades y recursos para que los equipos puedan poner en práctica el paquete de implementación.
- Desarrollar estrategias integradas (MC/contenido técnico) de capacitación y supervisión constructiva para alcanzar las metas del colaborativo.
- Desarrollar una estrategia de difusión e institucionalización, incluyendo la definición de metas finales, así como la institucionalización de intervenciones y actividades vigentes de mejoramiento de calidad. Desarrollar una estrategia para monitorear la sostenibilidad después de la finalización del colaborativo.
- Escoger sitios iniciales en función de la estrategia de difusión.
- Desarrollar el plan de implementación y cronograma del colaborativo.
- Desarrollar y poner a prueba un sistema de monitoreo, incluyendo un plan, indicadores, herramientas, y mecanismos de monitoreo para validar los datos de forma rutinaria.
- Diseñar un mecanismo y enfoque estandarizado para reconocer y documentar las mejoras probadas y sus resultados.
- Definir mecanismos de comunicación y colaboración que faciliten el aprendizaje rápido; organizar el contenido, métodos, y desarrollo de las sesiones de aprendizaje.
- Identificar entrenadores potenciales, determinar sus necesidades en desarrollo de capacidades técnicas y de MC y, y elaborar un plan para el entrenamiento regular de los equipos de MC.
- Desarrollar o adaptar herramientas para el apoyo a los equipos de MC: capacitación en contenidos, capacitación MCC, monitoreo (formulario para recolección de datos, formulario para compilación y análisis, manual de monitoreo, almacenamiento de datos), entrenamiento, ayudas de trabajo, etc.

## **4.2 Fase de Implementación (Demostración)**

- Crear y preparar equipos de MC que trabajen para alcanzar las metas de mejoramiento del colaborativo, incluyendo el desarrollo de capacidades en áreas técnicas del paquete de implementación y MC (incluido el uso de datos por parte de los equipos)
- Desarrollar capacidades de los entrenadores en MC, dinámicas de equipo, monitoreo, mentoría, y asegurar habilidades técnicas adecuadas para apoyar a los equipos.
- Asegurar la comprensión tanto del proceso de auto-evaluación como de la validez de los datos de monitoreo de procesos y resultados.
- Asegurar la disponibilidad en los sitios de recursos básicos necesarios para implementar el paquete inicial.
- Asegurar entrenamiento adecuado de los equipos en contenidos técnicos y MC.
- Implementar sesiones de aprendizaje regulares u otros mecanismos para compartir cambios y resultados.
- Trabajar con gerentes de salud y equipos de MC en el desarrollo de mecanismos para la institucionalización y sostenibilidad, incluyendo su monitoreo.
- Prepararse para la fase de expansión/difusión asegurándose de que los actores y quienes toman decisiones claves sean regularmente informados del progreso.
- Determinar el momento propicio para sintetizar las intervenciones hechas por los equipos con el fin de superar obstáculos, implementar prácticas basadas en evidencia y procedimientos probados, y pasar desde la fase de demostración a la de difusión.

### 4.3 Fase de Difusión (Uso del Enfoque Colaborativo de Difusión)

- Revisar el aprendizaje de la fase de demostración y desarrollar un paquete de implementación “optimizado” a promover durante la fase de difusión.
- Revisar la estrategia inicial de difusión o expansión a la luz de las experiencias de la fase de demostración, determinando el nivel de entrenamiento, capacitación, e intercambio de experiencias necesario para la sostenibilidad e institucionalización.
- Organizar un taller/conferencia de síntesis que involucre a todos los actores (incluyendo aquellos seleccionados para la difusión) con el fin de presentar y discutir los resultados de la fase de demostración.
- Desarrollar un plan operativo para la difusión, incluyendo la selección de nuevos sitios.
- Revisar las estructuras organizacionales del colaborativo en busca de mecanismos más sustentables de apoyo a un número creciente de equipos de MC, incluyendo apoyo en entrenamiento; identificar entre los equipos de MC del colaborativo de demostración campeones que puedan servir como colegas entrenadores en los sitios de difusión.
- Crear y preparar nuevos equipos de MC.
- Desarrollar competencias necesarias para el trabajo colaborativo en los equipos nuevos: habilidades clínicas para todos los proveedores, MC para miembros de los equipos y entrenadores, etc.
- Asegurar la disponibilidad de recursos necesarios para poner en práctica el paquete de implementación en los sitios nuevos.
- Organizar el contenido, métodos, y desarrollo de las sesiones de aprendizaje u otros mecanismos para el intercambio regular de experiencias. Determinar si hay necesidad de descentralizar las sesiones de aprendizaje y, de ser así, definir cuándo juntar a todos los sitios para compartir el aprendizaje.
- Asegurar entrenamiento adecuado a los equipos en MC y contenido técnico, incluyendo la posibilidad de usar entrenadores internos. Desarrollar capacidades de entrenamiento en MC, dinámica grupal, monitoreo, mentoría, donde sea necesario; asegurar habilidades técnicas adecuadas para asistir a los equipos.
- Desarrollar un proceso para validar los datos de monitoreo durante la fase de difusión.
- Si la expansión no se ha alcanzado en su totalidad, determinar el momento apropiado para sintetizar cualquier aprendizaje adicional, y pasar a la expansión integral (cobertura total)

## 5 Después del Colaborativo

La meta última de un colaborativo de mejoramiento es alcanzar logros significativos y duraderos en calidad de la atención. Sin embargo, una vez que los resultados se han alcanzado en los sitios participantes (incluyendo el sitio de difusión), el desafío para el sistema de salud es cómo sostener esos logros cuando las estructuras y el apoyo del colaborativo concluyan. El Proyecto HCI ha descubierto que el impacto total de un colaborativo de mejoramiento sólo se pone de manifiesto cuando los logros en calidad de la atención se mantienen y el sistema de salud ha incorporado un proceso permanente de mejoramiento continuo de la calidad.

Mantener tanto las mejoras en atención de salud, como las prácticas modernas de MC, constituye un desafío que no se debe asumir ocurrirá naturalmente una vez de que el colaborativo termine. Al contrario, se necesitan estrategias deliberadas para mantener los logros alcanzados por el colaborativo e institucionalizar los procesos de MC (Silimperi et al. 2002).

Algunas de las estrategias que han demostrado ser efectivas para sostener los logros de los colaborativos incluyen el incorporar aspectos del paquete de implementación a las políticas y estándares nacionales de prestación de servicios, para luego introducirlos a la capacitación previa al servicio de los trabajadores de salud mediante cambios en el currículo y la actualización del profesorado. Incorporar

indicadores de calidad en los sistemas rutinarios de monitoreo y reporte, y acuerdos de gestión basados en el desempeño, también ha ayudado a mantener un alto nivel de calidad en la prestación de servicios al crear mecanismos para que los establecimientos de salud rindan cuentas sobre calidad de la atención. Añadir el monitoreo de calidad a las funciones de supervisión es otra estrategia que puede ayudar a mantener el ímpetu por la atención de calidad.

Independientemente de las estrategias empleadas, mantener la calidad de la atención requiere:

- Desarrollar la capacidad local en MC a nivel de establecimientos, incluyendo el desarrollo de estructuras permanentes de MC, según convenga;
- Fortalecer las capacidades de establecimientos y distritos para la supervisión y monitoreo de la calidad y actividades de MC;
- Incrementar la participación del gobierno y la sociedad civil en las iniciativas sobre calidad para crear una base amplia de actores y activistas a favor de la atención de salud de alta calidad;
- Motivar y proveer incentivos a los proveedores de atención para que trabajen en mejoramiento de la calidad, mejoren el cumplimiento de estándares, y alcancen mejores resultados.
- Fomentar el desarrollo de una comunidad permanente de práctica de la calidad para el área técnica del colaborativo (incluyendo al Ministerio de Salud, cuerpos profesionales, instituciones de capacitación previa al servicio, autoridades regionales y distritales de salud, ONGs, gerentes de establecimientos, y profesionales)

El Proyecto HCI continuará aprendiendo y adaptando el enfoque Colaborativo de Mejoramiento para tratar asuntos relativos a la difusión, institucionalización, y sostenibilidad de los resultados, y para encontrar formas más efectivas de emplear el poder del Colaborativo de Mejoramiento y otros métodos de MC a fin de alcanzar logros aún más grandes y la difusión más rápida y eficiente de las mejoras.

## Referencias

- Ashton J. 2001. Taxonomy of Health System Standards. *Project Report*. Published for USAID by the Quality Assurance Project. Bethesda, MD: Center for Human Services.
- Berwick DM. 1996. A primer on leading the improvement of systems. *Brit Med J* **312**:619-622.
- Berwick DM. 2004. Lessons from developing nations on improving health care. *Brit Med J* **328**:1124-1129.
- Boonstra E, M Lindbaek, E Ngome. 2005. Adherence to management guidelines in acute respiratory infections and diarrhoea in children under 5 years old in primary health care in Botswana. *Int J Qual Health Care* **17**(3):221-227.
- Burkhalter B, W Edson, S Harvey, M Boucar, S Djibrina, J Hermida, P Ayabaca, M Bucagu, S Gbangbade, and A McCaw-Binns. 2006. Quality of obstetric care observed in 14 hospitals in Benin, Ecuador, Jamaica, and Rwanda. *Operations Research Results*. Published for USAID by the Quality Assurance Project. Bethesda, MD: University Research Co., LLC.
- Catsambas TT, LM Franco, M Gutmann, E Knebel, P Hill, and YS Lin. 2008. Evaluating Health Care Collaboratives: The Experience of the Quality Assurance Project. *Collaborative Evaluation Series*. Published by the USAID Health Care Improvement Project. Bethesda, MD: University Research Co., LLC.
- Dickson KE, J Ashton, JM Smith. 2007. Does setting adolescent-friendly standards improve the quality of care in clinics? Evidence from South Africa. *Int J Qual H Care* **19**(2):80-89.
- Edson W, B Burkhalter, A McCaw-Binns. 2007. Timeliness of care for eclampsia and pre-eclampsia in Benin, Ecuador, and Jamaica. *Int J Gyn Obst* **97**(3):209-214.
- Grimshaw JM, IT Russell. 1993. Effect of clinical guidelines on medical practice: A systematic review of rigorous evaluation. *The Lancet* **342**:1317-1322.
- Harvey SA, P Ayabaca, M Bucagu, S Djibrina, W Edson, S Gbangbade, A McCaw-Binns, B Burkhalter. 2004. Skilled birth attendant competence: An initial assessment in four countries, and implications for the Safe Motherhood movement. *Int J Gyn Obst* **87**(2):203-210.
- Heiby JR. 1998. Quality improvement and the integrated management of childhood illness: Lessons from developing countries. *J Qual Improvement* **25**:264-279.
- Hermida J, ME Robalino. 2002. Increasing compliance with maternal and child care quality standards in Ecuador. *Int J Qual Health Care* **14** (Suppl 1):25-34.
- IHI (Institute for Healthcare Improvement). 2003. The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement. *Innovation Series*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement.
- Kelley E, C Geslin, S Djibrina, M Boucar. 2001. Improving performance with clinical standards: The impact of feedback on compliance with the Integrated Management of Childhood Illness algorithm in Niger, West Africa. *Int J Health Plann Mgmt* **16**(3):195-205.
- Langley GJ, KM Nolan, TW Nolan, CL Norman, LP Provost. *The Improvement Guide: A Practical Approach for Enhancing Organizational Performance*. 1996. San Francisco: Jossey-Bass.
- Loevinsohn DK, ET Guerrero, SP Gregorio. 1995. Improving primary healthcare through systematic supervision: A controlled field trial. *Health Pol Plann* **10**:144-153.

- Marquez L. 2002. Helping Healthcare Providers Perform According to Standards. *Operations Research Issue Paper 2(3)*. Published for USAID by the Quality Assurance Project. Bethesda, MD: Center for Human Services.
- Massoud R, K Askov, J Reinke, LM Franco, T Bornstein, E Knebel, C Macaulay. 2001. A Modern Paradigm for Improving Healthcare Quality. *QA Monograph Series 1(1)*. Published for USAID by the Quality Assurance Project. Bethesda, MD: Center for Human Services.
- Nicholas DD, JR Heiby, TA Hatzell. 1991. The Quality Assurance Project: Introducing quality improvement to primary health care in less developed countries. *Qual Assurance Health Care* **3**:147–165.
- Nolan T, P Angos, AJLA Cunha, L Muhe, S Qazi, EAF Simoes, G Tamburlini, M Weber, NF Pierce. 2001. Quality of hospital care for seriously ill children in less-developed countries. *The Lancet* **357**:106–110.
- Osterholt DM, AK Rowe, MJ Hamel, WD Flanders, C Mkandala, LH Marum, N Kaimila. 2006. Predictors of treatment error for children with uncomplicated malaria seen as outpatients in Blantyre district, Malawi. *Trop Med Int Health* **11(8)**:1147–1156.
- Ovretreit J, P Bate, P Cleary, S Cretin, D Gustafson, K McInnes, H McLeod, T Molfenter, P Plsek, G Robert, S Shortell, T Wilson. 2002. Quality collaboratives: Lessons from research. *Qual Saf Health Care* **11**:345–351.
- Prendiville WJ, JE Harding, DR Elbourne, GM Stirrat. 1988. The Bristol third stage trial: Active versus physiological management of the third stage of labour. *Brit Med J* **297**:1295–1300.
- Rennie W, R Phetsouvanh, S Lupisan, V Vanisaveth, B Hongvanthong, S Phompida, P Alday, M Fulache, R Lumagui, P Jorgensen, D Bell, S Harvey. 2007. Minimising human error in malaria rapid diagnosis: Clarity of written instructions and health worker performance. *Trans Royal Society Trop Med Hygiene* **101(1)**:9–18.
- Rowe AK, D de Savigny, CF Lanata, CG Victora. 2005. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? *Lancet* **366**:1026–1035.
- Rowe AK, MJ Hamel, WD Flanders, R Doutizanga, J Ndoyo, MS Deming. 2000. Predictors of correct treatment of children with fever at outpatient facilities in the Central African Republic. *Am J Epidemiology* **10(8)**:1029–1035.
- Rowe AK, F Onikpo, M Lama, F Cokou, MS Deming. 2001. Management of childhood illness at health facilities in Benin: Problems and their causes. *Am J Public Health* **91**:1625–1635.
- Silimperi DR, LM Franco, T Veldhuyzen van Zanten, C MacAulay. 2002. A framework for institutionalizing quality assurance. *Int J Qual Health Care* **14** (Suppl 1):67–73.
- Walker JA, DEC Ashley, RJ Hayes. 1988. The quality of care is related to death rates: Hospital inpatient management of infants with acute gastroenteritis in Jamaica. *Am J Public Health* **78**:149–152.
- Wilson T, DM Berwick, PD Cleary. 2003. What do collaborative improvement projects do? Experience from seven countries. *J Comm J Qual Saf* **29(2)**:85–93.
- Zeit PS, CG Salami, G Burnham, SA Goings, K Tijani, RH Morrow. 1993. Quality assurance management methods applied to a local-level primary healthcare system in rural Nigeria. *Int J Health Plann Mgmt* **8(3)**:235–244.

## Recursos Adicionales sobre Mejoramiento y Colaborativos de Mejoramiento

- Batalden P, P Stoltz. 1993. A framework for the continual improvement of healthcare. *Jt Comm J Qual Improv* **19**(10):424-452.
- Berwick DM. 1996. Harvesting knowledge from improvement. *J Am Med Assoc* **275**(11):877-878.
- Boushon B, L Provost, J Cagnon, P Carver. 2006. Using a virtual Breakthrough Series collaborative to improve access in primary care. *J Qual Pat Saf* **32**(10):573-584.
- Franco LM, DR Silimperi, T Veldhuyzen van Zanten, C MacAulay, K Askov, B Bouchet, L Marquez. 2002. Sustaining Quality of Healthcare: Institutionalization of Quality Assurance. *QA Monograph Series* 2(1). Published for the U.S. Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance Project. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC).
- Leape LL, Al Kabcenell, TK Gandhi, P Carver, TW Nolan, DW Berwick. 2000. Reducing adverse drug events: Lessons from a Breakthrough Series Collaborative. *Jt Comm J Qual Improv* **26**(6):321-331(11).
- Plsek P. 2000. Spreading Good Ideas for Better Health Care: A Practical Toolkit. *2000 Research Series, Volume 2*. Veterans Health Administration.
- Rogers EM. 1962. *Diffusion of Innovations*. New York, NY: The Free Press. (Note: Several subsequent editions have been published.)

## Glosario

Periodo de Acción	Tiempo entre sesiones de aprendizaje en que los equipos realizan mejoras en sus establecimientos, apoyados por visitas (y a veces llamadas) de entrenadores.
Mejores Prácticas	Manera o método de desempeñar una función o proceso considerado superior a todos los otros métodos conocidos. En atención de salud se usa a menudo para referirse a herramientas, modelos de atención, arreglos organizacionales, y otras prácticas que han demostrado facilitar el cumplimiento de estándares de atención basados en evidencia en varios escenarios.
Entrenamiento	Orientación, sugerencias, y dirección brindados para asegurar el desempeño exitoso.
Mejoramiento Continuo de la Calidad	Enfoque de gestión para mejorar y mantener la calidad que enfatiza evaluaciones promovidas internamente y relativamente continuas sobre las causas potenciales de la calidad deficiente, seguidas de acciones dirigidas ya sea a evitar el deterioro de la calidad o a corregir las deficiencias en su etapa temprana.
Colaborativo de Demostración	Colaborativo de mejoramiento destinado a probar-implementar el paquete de intervención, que concluye con un paquete más claro y mejor definido; frecuentemente es seguido de una fase de difusión planificada.
Medicina basada en la evidencia	La práctica de la medicina o el uso de intervenciones en atención de salud guiados por, o basados en, evidencia científica de apoyo. Además implica eludir intervenciones que según la evidencia científica han demostrado ser menos eficaces o perjudiciales.
Prácticas basadas en la evidencia	Prácticas derivadas de la mejor evidencia clínica externa disponible proveniente de la investigación sistemática.
Impacto	Cambio en el status (p. ej., status de salud) de individuos, familias, o comunidades como resultado de un programa, proyecto, o actividad. Por ejemplo, el impacto de un programa de inmunización puede ser la reducción de la mortalidad infantil en un 15 por ciento.
Paquete de Implementación	Conjunto de cambios que mejorará la calidad al ser implementado. Todos los sitios dentro de un colaborativo usan el mismo paquete de intervención. Los cambios pueden abarcar mejores prácticas, directrices, o el rediseño de un proceso con base en la evidencia. A veces también se le llama <i>paquete de cambio</i> .
Colaborativo de Mejoramiento	Estrategia de tiempo limitado para el mejoramiento de calidad en base al aprendizaje compartido que reúne a un gran número de equipos para trabajar juntos a fin de alcanzar rápidamente mejoras significativas en los procesos, calidad, y eficiencia de un área de atención específica, con la intención de difundir el paquete de intervención que provoque estas mejoras hacia otros sitios.
Metas de Mejoramiento	Enunciados sobre las mejoras que el colaborativo busca alcanzar; a menudo cuantificado como metas específicas que el colaborativo pretende lograr.



Indicador	Variable (o característica) susceptible de ser medida que puede usarse para determinar el grado de adhesión a un estándar o el nivel de calidad alcanzado.
Innovaciones	Los equipos de mejoramiento de calidad generan, descubren, y ponen a prueba soluciones (innovaciones) que los ayudan a superar barreras para la implementación de directrices y normas. Estas innovaciones aún no disponen de evidencia sustancial, pero son respaldadas por resultados en al menos un sitio, y pueden ser compartidas y luego probadas hasta que ya no puedan ser sustancialmente mejoradas por otros equipos.
Insumos	Recursos necesarios para llevar a cabo un proceso o proveer un servicio. Los insumos requeridos en atención de salud usualmente son estructuras financieras y físicas, como edificios, materiales y equipos, personal, y clientes.
Institucionalización	Proceso mediante el cual un grupo de actividades, estructuras, y valores se convierte en parte integral y sostenible de una organización. La institucionalización del mejoramiento de calidad significa que las personas saben lo que se requiere hacer para proveer atención de calidad, tienen las habilidades para realizarlo, y están comprometidas a hacerlo realidad en el futuro con los recursos disponibles.
Sesión de Aprendizaje	Reunión con miembros selectos de los equipos y expertos en mejoramiento de calidad y expertos técnicos, para conocer cambios claves dentro del área temática y técnicas de mejoramiento de calidad, y para compartir experiencias exitosas al implementar cambios y superar obstáculos. Los miembros de los equipos transmiten conocimiento y materiales traídos de estas reuniones a los otros miembros del equipo para iniciar la implementación de cambios.
Estrategia de Medición	Plan para la recolección y manejo de los datos que serán usados para medir el progreso y los logros del mejoramiento en áreas seleccionadas. Esta estrategia usualmente incluye un consenso sobre unos cuantos indicadores relacionados a los resultados esperados del paquete de intervención, un formato para la recolección de datos, un plan para el análisis de datos, y un acuerdo sobre el reporte de estos datos (p. ej., gráficos de series de tiempo).
Resultados	Resultados de un proceso, incluyendo productos, efectos, e impactos.
Ciclo planificar-ejecutar-verificar-actuar (PEVA)	Método usado en mejoramiento de calidad para probar cambios y determinar si tienen el efecto deseado.
Proceso	Serie de acciones (o actividades) que transforman los insumos (o recursos) en el producto, servicio, o resultado deseado.
Prácticas Prometedoras	Innovaciones o soluciones que se han ensayado en varios sitios, pero que no han sido suficientemente probadas aún o necesitan ajustes antes de incorporarse a un paquete de intervención optimizado.
Calidad	En atención de salud, desempeño de acuerdo a estándares basados en evidencia, accesible a los clientes y brindado de manera receptiva y respetuosa.
Mejoramiento de la Calidad	En atención de salud, proceso para mejorar intencionalmente la atención de alguna manera (p. ej., efectividad, eficiencia, etc.) con el fin último de que mejoren los resultados en salud de los clientes.

Indicadores de Calidad	Medida consensuada de un proceso o resultado que se usa para determinar el grado de adhesión a un estándar o el nivel de calidad alcanzado; variable (o característica) medible, usualmente expresada en números (conteo), promedios, y razones (proporción o tasa).
Paquete de implementación afinado (o Mejorado)	Resultado del trabajo realizado en un colaborativo de demostración en el que mejores prácticas y posiblemente modificaciones a las normas esenciales se han añadido al paquete de implementación inicial antes de su difusión a otros sitios.
Alcance de un colaborativo	La amplitud o limitación del área establecida para el mejoramiento; por ejemplo, un proceso de atención individual (como atención prenatal) versus un sistema más grande (cuidado obstétrico esencial)
Difusión (o expansión)	Gama de actividades destinadas a expandir mejoras exitosas desde los sitios iniciales que sirven a una pequeña proporción de la población, hacia un mayor número de establecimientos y profesionales, una porción significativa del sistema de salud, y una población significativamente más grande, como una región o un país enteros. Mucho de la teoría y aplicación de la expansión proviene de la literatura sobre difusión de innovaciones.
Colaborativo de Difusión	Colaborativo que expande (“difunde”) el número de establecimientos, organizaciones, u otras unidades, que aplican las mejoras.
Actores/ interesados	Alguien que tiene parte o interés en el colaborativo u otra actividad de mejoramiento.
Estándar	Enunciado explícito sobre la calidad anticipada en el desempeño de una actividad de atención de salud. También conocido como “norma”.
Tema	Área de mejoramiento de la atención de salud.
Gestión Total de Calidad	Enfoque de garantía de calidad que enfatiza una comprensión profunda de las necesidades y deseos de los destinatarios finales de los servicios por parte de todos los miembros de una unidad de producción; un deseo de brindar atención a destinatarios de servicios internos, intermedios en la cadena de atención; y un conocimiento de cómo usar técnicas específicas de manejo de datos para evaluar y mejorar la calidad de los productos/resultados propios y del equipo.