



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

PROYECTO DE
MEJORAMIENTO DE
LA ATENCIÓN EN SALUD

INFORME DE INVESTIGACIÓN

Sostenibilidad de las Acciones y Capacidades para Impulsar el Mejoramiento Continuo de la Calidad en la Atención Materno-Infantil en AMOCSA Chinandega

MAYO 2011

Este estudio fue realizado por University Research Co., LLC (URC) para la revisión de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), con la autorización de la Licda. Margarita Sandino, Dra. Ivonne Gómez y Dra. Diana Bowser. El estudio fue realizado gracias al apoyo del pueblo americano a través del Proyecto de USAID de Mejoramiento de la Atención en Salud (HCI), el cual está gestionado por URC.

INFORME DE INVESTIGACIÓN

Sostenibilidad de las Acciones y Capacidades para Impulsar el Mejoramiento Continuo de la Calidad en la Atención Materna-Infantil en AMOCSA Chinandega

MAYO 2011

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

AVISO

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

Agradecimiento

El Proyecto de USAID de Mejoramiento de la Atención en Salud reconoce y agradece a las autoridades de AMOCSA Chinandega por su interés al aprobar la realización del estudio y facilitar las condiciones necesarias, así como la disposición de los miembros del personal de AMOCSA Chinandega, que fueron seleccionados para participar, quienes brindaron información importante. Todo ello hizo posible obtener los resultados que en este informe se presentan.

Este documento es posible gracias al apoyo del pueblo estadounidense a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID, y su Proyecto de Mejoramiento de Atención en Salud (HCI). HCI es manejado por University Research Co., LLC (URC) bajo los términos de los Contratos Números GHN-I-01-07-00003-00 y GHN-I-03-07-00003-00. Los socios de URC en el proyecto incluyen a EnCompass LLC, Family Health International, Health Research, Inc., Initiatives Inc., Institute for Healthcare Improvement, Johns Hopkins University Center for Communication Programs y Management Systems International. Para mayor información sobre las actividades de HCI, favor de visitar www.hciproject.org o escribir a hci-info@urc-chs.com.

Cita recomendada: Sandino M, Gómez I y Bowser D. 2011. Sostenibilidad de las Acciones y Capacidades para Impulsar el Mejoramiento Continuo de la Calidad en la Atención Materna-Infantil en AMOCSA Chinandega. *Informe de Investigación*. Publicado por el Proyecto de USAID de Mejoramiento de la Atención en Salud. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC).

TABLA DE CONTENIDOS

LISTA DE TABLAS, FIGURAS Y RECUADROS.....	ii
SIGLAS UTILIZADAS.....	iii
RESUMEN EJECUTIVO.....	iv
I. INTRODUCCIÓN.....	1
A. Relevancia del estudio.....	1
B. Marco conceptual del estudio.....	2
C. El MCC promovido por USAID en el MINSA y su relación con el similar de AMOCSA.....	3
II. PROPÓSITO DEL ESTUDIO.....	4
III. METODOLOGÍA.....	5
A. Diseño del estudio.....	5
B. Tipo de información recolectada e instrumentos.....	7
C. Muestra.....	7
D. Técnicas para recolección de la información.....	8
E. Procesamiento de datos.....	8
IV. RESULTADOS DEL ESTUDIO.....	9
A. Desarrollo del entrenamiento clínico y en MCC.....	9
B. Ambiente facilitador para MCC.....	14
C. Evidencias de institucionalización del MCC y de las mejoras de la calidad.....	18
D. Evidencias de la sostenibilidad del MCC y de las mejoras de la calidad.....	22
V. DISCUSIÓN.....	29
VI. CONCLUSIONES.....	31
BIBLIOGRAFÍA.....	32

LISTA DE TABLAS, FIGURAS Y RECUADROS

Tabla 1: Enfoque de la asistencia técnica brindada a AMOCSA, por año.....	1
Tabla 2: Instrumentos para recolección de información.....	7
Tabla 3: Selección de participantes por instrumento.....	8
Tabla 4: Capacitación inicial en salud materna y MCC en AMOCSA.....	11
Tabla 5: Número de personas trabajando en AMOCSA (2010) y capacitación clínica y en MCC recibida durante 2004-2010.....	13
Tabla 6: Listado de roles de los líderes del MCC.....	15
Tabla 7: Datos sobre capacitación impartida por USAID (QAP/HCI).....	24
Tabla 8: Listado de indicadores de atención materna y perinatal.....	26
Tabla 9: Listado de indicadores de AIEPI (2006-2009).....	28
Figura 1: El triángulo de garantía de la calidad.....	2
Figura 2: Etapas en la institucionalización del MCC.....	3
Figura 3: Institucionalización del MCC.....	3
Figura 4: Evidencias de la institucionalización y sostenibilidad de las acciones y capacidades para el mejoramiento continuo de la calidad.....	6
Figura 5: Participación de la muestra en las modalidades de capacitación.....	12
Figura 6: Funcionamiento del sistema de capacitación clínica y en MCC.....	12
Figura 7: Cumplimiento de los roles de los líderes del MCC.....	15
Figura 8: Práctica de valores para el MCC.....	16
Figura 9: Promoción de valores por las autoridades.....	16
Figura 10: Aplicación de estímulos y reconocimientos.....	17
Figura 11: Tiempo de trabajar en AMOCSA.....	18
Figura 12: Apoyo de las autoridades para el MCC.....	18
Figura 13: Puntaje obtenido según criterios del DASI.....	20
Figura 14: Valoración acerca de la práctica del MCC.....	22
Figura 15: Valoración acerca del funcionamiento del equipo de MCC.....	23
Figura 16: Competencias en MCC de los encuestados.....	24
Figura 17: Desempeño de indicadores clínicos de atención materna y perinatal.....	26
Figura 18: Comparación 2004-2009 de indicadores clínicos de atención materna y perinatal.....	27
Figura 19: Desempeño de indicadores clínicos de AIEPI.....	28
Figura 20: Comparación 2006-2010 de indicadores clínicos de AIEPI.....	29
Recuadro 1: Testimonio sobre la sostenibilidad del MCC en AMOCSA.....	19
Recuadro 2: Testimonio sobre una respuesta a las quejas de los usuarios.....	19

SIGLAS UTILIZADAS

AIEPI	Atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia
AIMNA	Atención Integral a Mujer, Niñez y Adolescencia
AMOCSA	Asociación Médica de Occidente, S.A.
APP	Amenaza de parto pretérmino
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología
COE	Cuidados obstétricos esenciales
CPH	Cuidados pediátricos hospitalarios
CPN	Control pre natal
DASI	Documentación, Análisis, Diseminación del aprendizaje, Institucionalización (<i>Documentation, Analysis, Sharing, Institutionalization</i>)
EMP	Empresas Médicas Previsionales (nombre anterior de las IPSS)
HCI	Proyecto de USAID de Mejoramiento de la Atención en Salud
HCPB	Historia Clínica Perinatal Base
INSS	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social
IPSS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (anteriormente EMP)
MCC	Mejoramiento continuo de la calidad
MAC	Método anticonceptivo
MINSA	Ministerio de Salud de Nicaragua
PEVA	Planear-Ejecutar-Verificar-Actuar (ciclo rápido de mejoramiento)
PF	Planificación familiar
QAP	Proyecto de Garantía de Calidad de USAID
SHG	Síndrome hipertensivo gestacional
SILAIS	Sistema Local de Atención Integral en Salud del MINSA
SPSS	Paquete estadístico para las ciencias sociales (<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>)
URC	University Research Co., LLC
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH-Sida	Virus de la inmunodeficiencia humana-Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

RESUMEN EJECUTIVO

Introducción

La dinámica del mejoramiento continuo de la calidad en la atención materno-infantil en el Ministerio de Salud (MINSA), facilitada desde 2000 por los proyectos de USAID—Garantía de Calidad (QAP) y posteriormente, de Mejoramiento de la Atención en Salud (HCI)—abarcó las unidades de salud de 16 de los 17 Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) en Nicaragua. En el período, la cooperación técnica en materia de mejoramiento de la atención en salud también se dirigió a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPSS) coordinadas por el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) y normadas por el MINSA. La Asociación Médica de Occidente, S.A. (AMOCSA) pertenece a las IPSS incluidas en este grupo y se destacó como la que mejor aprovechó la cooperación de USAID.

Al concluir la cooperación en AMOCSA (2004 – 2009), USAID decidió la realización del estudio sobre la sostenibilidad de las acciones y capacidades para impulsar el mejoramiento continuo de la calidad (MCC) en la atención materno-infantil en AMOCSA Chinandega, a fin de precisar el desarrollo alcanzado por esta IPSS, como resultado de la asistencia técnica brindada, así como, para mostrar que el MCC y las intervenciones de mejora son sostenibles, aún sin la asistencia técnica externa.

Desde el enfoque sistémico, **el mejoramiento continuo de la calidad** se define, entre otras formas, como el proceso mediante el cual se determinan estándares de calidad, se mide el cumplimiento de indicadores de con dichos estándares, se analizan los datos de la medición y se aplican mejoras en los procesos, con la visión de lograr su institucionalización y sostenibilidad para asegurar, a su vez, la sostenibilidad de las mejoras o cambios en la calidad que resultan de todo el proceso.

De igual manera, la **institucionalización del MCC en salud**, se define como un proceso a través del cual una organización avanza, hasta que ese enfoque metodológico se integra regularmente en su estructura y funcionamiento, permitiendo que se implementen y mantengan las mejoras en la calidad, tanto durante la producción como en la entrega rutinaria de los servicios.

La **sostenibilidad de estas mejoras**, logradas con el MCC, se entiende como el estado de permanencia de éstas en la rutina de trabajo, como parte integral del sistema que asegura la producción de los servicios de salud, sin que para ello necesiten la asistencia financiera, gerencial y técnica externa con las que surgieron.

La asistencia técnica brindada a AMOCSA por USAID (QAP y HCI), similar a la del MINSA, consistió en acompañar al equipo de mejoramiento en actividades de: aseguramiento de la competencia del personal (capacitación) para implementar mejoras siguiendo las normas nacionales de atención, medición de indicadores, implementación del ciclo de mejoramiento (conocidos como PEVA, Planear-Ejecutar-Verificar-Actuar), monitoreo y análisis de los datos, documentación de cambios o mejoras y divulgación de resultados y lecciones aprendidas. Así mismo, la asistencia apoyó también, para que esos procesos se realicen en un entorno favorable al MCC: práctica de valores; involucramiento, apoyo y reconocimiento de las autoridades; influencia en la toma de decisiones; así como trabajo en equipo, compromiso personal, confianza en el éxito, espíritu de superación y relaciones interpersonales cordiales.

Este estudio es relevante porque proporciona a USAID un punto de referencia importante en cuanto a la particularidad de implementar el MCC en empresas médicas privadas que deben cumplir con las normas del organismo rector del sector salud como es el MINSA, así como con las políticas del otro ente regulador como es el INSS, ambos estatales, por lo que resulta interesante mostrar los resultados que se obtienen de esta experiencia. Igualmente, el estudio puede aportar elementos al MINSA y al INSS en caso que decidan la expansión del MCC hacia otras IPSS.

El objetivo general del estudio es determinar los avances alcanzados por AMOCSA Chinandega, usando datos a nivel de la unidad de salud, según la muestra seleccionada, en cuanto a la sostenibilidad de las

acciones y capacidades para impulsar el mejoramiento continuo de la calidad (MCC), así como de las mejoras de la calidad de la atención en el área materno-infantil, posterior a la asistencia técnica brindada por USAID (QAP y HCI). Por ello, responde a las interrogantes siguientes:

1. ¿Cuáles son las formas de apoyo que brindan las autoridades de AMOCSA Chinandega, para la realización de las actividades correspondientes al MCC, tales como: capacitación, asistencia técnica, monitoreo de indicadores, etc., así como para la implementación de las mejoras de la calidad? ¿Cuáles son los factores que contribuyen para contar con este apoyo?
2. ¿Cuáles son las políticas, normativas, consenso sobre valores, sistemas de monitoreo y estructuras de organización, creadas y vigentes para desarrollar una cultura de calidad en la atención?
3. ¿Cuáles son las metodologías del MCC, que se están implementando de forma sistemática en la atención materna-infantil y en otras áreas clínicas y administrativas de AMOCSA Chinandega?
4. ¿Cuáles son los cambios organizacionales que permanecen para favorecer el MCC y la implementación de mejoras en la calidad de la atención?
5. ¿En qué medida las mejoras en la calidad de los procesos de atención, implementadas mediante el MCC, han sido incorporadas y se cumplen en la rutina de atención?
6. ¿Cuáles son las condiciones de la unidad de salud que están asociados con la sostenibilidad del MCC y de las mejoras de la calidad de los procesos de atención?

Metodología

Este estudio, descriptivo-evaluativo, presenta la situación actual de AMOCSA Chinandega, en relación con la sostenibilidad del MCC y de las mejoras de la calidad de atención, a fin de evaluar su nivel de avance en este sentido.

La población de interés para el estudio está conformada por las autoridades de la empresa, líderes del MCC y personal operativo (médicos, enfermeras y otros relacionados con el área de atención materno-infantil y de otras áreas), quienes se han involucrado con las actividades del MCC y por consiguiente implementaron las mejoras en la calidad de la atención.

Las técnicas aplicadas fueron: consulta documental, encuesta auto-administrada y aplicación de la herramienta elaborada por HCI para medir la **Documentación, Análisis, Diseminación e Institucionalización** (DASI por sus siglas en inglés) de mejoras en la atención en salud a nivel de la empresa.

Siguiendo lo estipulado en el Protocolo del Estudio, en AMOCSA se exploró acerca de cuatro componentes del marco conceptual: desarrollo del entrenamiento clínico y en MCC; ambiente facilitador para el MCC; evidencias de institucionalización del MCC y de las mejoras de la calidad; y evidencias de sostenibilidad del MCC y de las mejoras de la calidad. Así mismo, se aplicó el DASI para mostrar el desempeño de AMOCSA en cuanto a esos aspectos específicos del MCC.

La información cuantitativa se registró en una base de datos utilizando el SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versión para Windows 18.0. Tanto los datos cualitativos como los cuantitativos se analizaron según los criterios e indicadores del estudio, para determinar las tendencias observadas en los resultados, a fin de examinar las percepciones sobre el grado de institucionalización y sostenibilidad logrado, así como para obtener recomendaciones para su fortalecimiento.

Resultados

Desarrollo del entrenamiento clínico y en MCC

La capacitación inicial se realizó mediante talleres de entrenamiento impartidos por los asesores de USAID (QAP/HCI), en conjunto con los funcionarios de Atención Integral a Mujer, Niñez y

Adolescencia (AIMNA) del SILAIS de Chinandega, territorio donde está ubicada AMOCSA. El sistema de capacitación en AMOCSA, en aspectos clínicos, administrativos y del MCC, funciona mediante: educación continua, talleres y asistencia técnica en el puesto de trabajo durante la supervisión. Así mismo, existe un fondo para asignación de becas de capacitación, formación y postgrado. No existe una modalidad específica de capacitación para el personal de nuevo ingreso porque se les va incorporando a las actividades que van dirigidas al personal permanente.

Los encuestados respondieron que su mayor participación en capacitación fue en la modalidad de educación continua (88.5%) y la menor fue capacitación por nuevo ingreso (30.8%). Según los datos la capacitación es muy importante para AMOCSA; 100% de los trabajadores están involucrados y han sido capacitados en MCC, incluyendo al 100% del personal de nuevo ingreso.

Otros datos reflejan que el 100% de los encuestados expresaron que “se realizan” las cuatro actividades enumeradas para desarrollar la capacidad del personal: talleres, capacitación continua, orientación clínica y en MCC a personal nuevo. Tres de las cuatro actividades fueron valoradas por el 76.9% y una por el 73.1% como que “se realizan con la frecuencia debida”.

Ambiente facilitador

Se investigó sobre cinco elementos del ambiente facilitador para el MCC en AMOCSA: creación de liderazgo, consenso y práctica de valores organizacionales básicos, reconocimiento y estímulos, estabilidad del personal involucrado en el MCC y apoyo de las autoridades.

En AMOCSA se cumple una de las condiciones importantes para el MCC, como es el desarrollo de cualidades de liderazgo dentro del más alto nivel de administradores de las diferentes áreas de la organización. El principal equipo de MCC está integrado por los jefes de las áreas; ellos planean y organizan actividades, movilizan recursos y evalúan resultados.

En la valoración realizada por los líderes y miembros, en relación con el cumplimiento de los 14 roles que deben desempeñar los líderes para impulsar el MCC, el mayor promedio de líderes (65.2%) percibe que ellos cumplen los roles “todo el tiempo”, mientras que 43.6% de los miembros perciben que los líderes cumplen los roles “todo el tiempo”. Para el mayor número de líderes encuestados, el porcentaje más alto de que ellos cumplen “todo el tiempo” lo tienen los roles: No. 1 (87.5%), mantener y enfocar al equipo en prioridades de mejoramiento continuo de la calidad y No. 13 (81.3%), orientar al personal involucrado en el MCC; para los miembros fue el No. 10 (70%), conocer las normas, estándares e indicadores de calidad (de atención materna-infantil o de las áreas donde se implementa el MCC).

Los valores seleccionados para conocer la percepción sobre su práctica son: interés por la calidad, interés en la satisfacción del usuario, trabajo en equipo y respeto por las ideas o aportes del personal. Para los encuestados, los valores que se practican más “todo el tiempo” son: interés por la calidad (84.6%) e interés por la satisfacción de los usuarios (88.5%).

En AMOCSA se ha implementado reconocimientos y estímulos en forma general, pero no se han continuado por razones económicas. Sin embargo, incidentalmente, individual o en colectivo, se reconoce el avance logrado en cuanto a la mejora continua de la calidad.

En cuanto a la estabilidad del personal, la mayoría (57%) de los encuestados han permanecido, por lo menos, durante cinco de los seis años que abarcó la asistencia técnica de USAID para el MCC.

En la percepción de los encuestados acerca del apoyo que brindan las autoridades para implementar el MCC, acerca de responsabilidad, supervisión y monitoreo y vigilancia, las cifras más altas son para responsabilidad (permiten realizar mejoras) y, para monitoreo y vigilancia (76.9% ambas).

Evidencias de institucionalización del MCC y de las mejoras de la calidad

El MCC funciona como un proceso con los siguientes elementos básicos: equipo de MCC, monitoreo de indicadores de calidad, socialización de resultados del monitoreo, supervisión para el MCC, capacitación

continua e involucramiento de los usuarios en la mejora de la calidad. Según el DASI, obtuvieron un puntaje de 7 (regular) en documentación, 9 (bueno) en análisis, 10 (bueno) en diseminación del aprendizaje y 9 (bueno) en institucionalización.

Para la estandarización de los procesos de atención orientan las normativas del MINSA, capacitan al personal, brindan tutoría, realizan estudio de los estándares, implementan mejoras y reorganizan el trabajo y al personal, la cuales sirven también para asegurar la sostenibilidad de las mejoras.

Evidencias de la sostenibilidad del MCC y de las mejoras de la calidad

Sobre la base de 14 actividades básicas para realizar el mejoramiento continuo de la calidad, el 99% de los encuestados respondieron que se están realizando, de éstos el 70% percibe que “con la frecuencia debida”. En relación con cinco condiciones básicas para el funcionamiento del equipo de MCC, el mayor porcentaje (65.4%) lo asignaron a la categoría “todo el tiempo” a tres de las cinco condiciones. La “participación en la resolución de problemas” es la condición a la que le asignaron el mayor puntaje en las categorías “todo el tiempo” (65.4%) y “muchas veces” (30.8%).

Otra evidencia de institucionalización está relacionada con la expansión del MCC a otras áreas o instancias. Para ello, existe la política de que cada área o instancia, administrativa o asistencial, debe reaccionar (implementando acciones e involucrando al personal correspondiente) ante las oportunidades de mejora que pertenecen a su ámbito de responsabilidad, ya sea porque se detectaron a lo interno del área o porque las señalaron los usuarios.

En sus respuestas acerca de las ocho competencias básicas en MCC, el mayor porcentaje fue en experiencia “realizar un ciclo rápido de mejora” (88.5%) y en conocimiento “escribir el acta de la reunión” (73.1%). El porcentaje más bajo para experiencia (30.8%) y para conocimiento (50%) fue coincidente para “uso de la base de datos” para registrar la medición de indicadores.

A medida que transcurrían las experiencias de MCC, AMOCSA en el 2007 elaboró su Programa de Gestión de la Calidad, el que fue definido como: “una guía, tanto para la Junta Directiva, Consejo de Dirección, como para los trabajadores en general, que orienta los pasos a seguir para incrementar la satisfacción de los clientes externos, sobre la base del incremento de la satisfacción de los clientes internos y de su efectividad y eficiencia.”¹ Orienta cambios organizacionales, sin embargo no han evaluado su cumplimiento, por lo que la Gerencia se propone actualizarlo según los resultados de este estudio y el contexto interno y externo de la empresa.

AMOCSA ha creado dos estructuras permanentes para fortalecer el MCC, como son el área de control de satisfacción de usuarios y la de auditoría de procesos. Del trabajo de estas estructuras han surgido oportunidades de mejora, que se han resuelto por acciones inmediatas o por ciclos rápidos de mejora. Por ejemplo, diariamente se aplica la encuesta de satisfacción de usuarios y se extraen quejas o recomendaciones para implementar mejoras.

En cuanto al desempeño de los indicadores atención materna y perinatal, según los registros consultados, el porcentaje promedio del primer mes de medición (septiembre 2004) fue de 74.7%; los indicadores que obtuvieron porcentaje más bajo, según el listado anterior, fueron el No. 1, embarazadas en las que en su CPN se le llenó su HCPB y se registraron las 12 actividades normadas (55%); el No. 8, embarazadas en trabajo de parto con partograma llenado e interpretado correctamente (11%); el No. 9, parturientas a quienes se les aplicó en momento y dosis adecuada, oxitocina profiláctica (33%); y el No. 10, puérperas inmediatas con vigilancia adecuada (50%). Los demás tuvieron entre 65% y 100%.

Así mismo, después del 2004, el indicador No. 1 se mantuvo en un rango mensual del 80% al 100%, con excepción del mes de junio del 2008 (75%). El rango mensual del indicador No. 8 fue de 70% a 100%, con excepción del mes de febrero del 2005 (66%). Para el No. 9 fue de 80% a 100%, a excepción del año

¹ AMOCSA. Programa de Gestión de la Calidad. Chinandega, Nicaragua. 2007.

2005 en enero (33%) y febrero 66%. Para el No. 10 fue de 85% a 100%, a excepción del mes de julio de 2007 (81%).

El promedio del desempeño de todos los indicadores se mantuvo o se incrementó durante el período 2004 - 2009. Los indicadores en los que se incrementó más su desempeño fueron: el No. 8 (porcentaje de embarazadas en trabajo de parto con partograma llenado e interpretado correctamente), el No. 9 (porcentaje de parturientas a quienes se les aplicó en momento y dosis adecuada, oxitocina profiláctica para reducción de hemorragia post parto) y el No. 10 (porcentaje de púerperas inmediatas con vigilancia adecuada), aumentando 47.1, 38.3, y 27.7 puntos porcentuales respectivamente.

El nivel de desempeño de estos indicadores ha contribuido, junto a otros factores, a que de un total de 2,377 partos atendidos en el período 2004-2010, solamente hayan tenido dos muertes maternas, las cuales sucedieron en el 2004; esta fue la razón por la que el SILAIS Chinandega promovió la implementación del mejoramiento continuo de la calidad en la atención materno-infantil en AMOCSA y con éste la integración permanente de esta IPSS a las diferentes acciones del SILAIS en relación con los servicios de salud del Departamento de Chinandega.

En cuanto al desempeño de los tres indicadores de calidad para el AIEPI desde el 2006, que se inició el mejoramiento continuo de la calidad en esta área de atención, el porcentaje promedio de los tres indicadores alcanzado en la primera medición, enero 2006, fue de 75.1%. En el 2010 el porcentaje promedio fue de 89.3%.

Todos los indicadores incrementaron durante el período 2006-2010. Los que incrementaron más el porcentaje fueron: el porcentaje de niños(as) con diagnóstico de crisis de asma bronquial que recibieron el tratamiento adecuado (incremento de 26.4 puntos porcentuales) y el porcentaje de niños(as) con diagnóstico de neumonía no grave que recibieron el tratamiento adecuado (incremento de 14.4 puntos porcentuales).

Conclusiones

Este estudio constituye la primera experiencia para indagar sobre la implementación del MCC en las instituciones privadas de prestación de servicios de salud en Nicaragua. En general, los resultados muestran que AMOCSA tiene una plataforma firme para fortalecer el MCC y sostener los niveles de calidad, así mismo, que la intervención de los proyectos de USAID ha impactado en toda la organización.

El estudio ha constado que el MCC se ha establecido como un proceso de trabajo permanente en AMOCSA que se ha extendido a todas las 10 áreas de funcionamiento de AMOCSA (Consulta Externa, Enfermería, Farmacia, Laboratorio, Recepción, Riesgos, Atención al Cliente, Auditoría de Procesos, Mantenimiento e Higiene y Seguridad) y a sus tres Filiales: Corinto, El Viejo y Chichigalpa.

Si bien el estudio no refleja información causal en cuanto al por qué de las respuestas de los encuestados, AMOCSA está en la mejor disposición para tomar los resultados y emprender un proceso de fortalecimiento del MCC, indagando causas y partiendo de lo que ha logrado hasta el momento del estudio.

El estudio también señaló una serie de áreas donde AMOCSA puede alcanzar mayor madurez en la implementación del MCC. Entre estas áreas se destacan: el bajo uso de la información para la toma de decisiones, el proceso de supervisión, la instancia creada para la auditoría de procesos y la necesidad de actualizar el Programa de Gestión de la Calidad mediante una metodología participativa. Las variables e indicadores utilizados en este estudio pueden ser incorporados por AMOCSA en el monitoreo de las actividades de MCC para continuar su avance en el mejoramiento continuo de la atención en salud.

I. INTRODUCCIÓN

A. Relevancia del estudio

A partir del año 2004, con el apoyo de USAID, a través de su Proyecto de Garantía de Calidad se realizaron actividades de rectoría por parte del Ministerio de Salud (MINSa) de Nicaragua, en relación con el monitoreo de estándares e indicadores de calidad de los procesos de atención a la embarazada y al recién nacido, en 10 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPSS)² correspondientes a siete SILAIS: Chinandega (4), León (1), Managua (1), Granada (1), Boaco (1), Jinotega (1) y Nueva Segovia (1). Esto permitió que las IPSS conocieran su realidad, a través de la línea de base, y encontraran oportunidades para mejorar la calidad utilizando la metodología de ciclos rápidos de mejoría continua.

Es ese contexto, que la Asociación Médica de Occidente, Sociedad Anónima (AMOCSA), en Chinandega, Nicaragua, con el acompañamiento técnico de USAID, a través de sus Proyectos de Garantía de Calidad (QAP/USAID) y de Mejoramiento de la Atención en Salud (USAID/HCI), implementó durante el período 2004-2009 una serie de acciones de mejoramiento, a fin de introducir cambios en las prácticas de su personal de salud, de modo que permitieran elevar la calidad de la atención materno-infantil, incluyendo planificación familiar y prevención de infecciones.

Estas acciones, bajo el enfoque del mejoramiento continuo de la calidad (MCC), estuvieron centradas principalmente en: estandarizar los abordajes clínicos; vigilar el cumplimiento de estos abordajes, a través de la medición de indicadores; garantizar el derecho a la lactancia materna, a los niños y niñas nacidos y atendidos en esa empresa médica; y fortalecer el trabajo en equipo, así como medir sistemáticamente la satisfacción de usuarios(as). Todo ello, condujo a la elaboración de un Programa de Gestión de la Calidad, que sirve de guía en todas las acciones de este tipo. Se ha comprobado que, aún cuando la asistencia técnica externa ha concluido, estas acciones de mejoramiento han continuado.

Es así, que aplicando el MCC, implementan mejoras a la calidad, las cuales han contribuido no sólo a disminuir el número de fallecidos (madres y niños/as), sino también a mejorar la calidad de la atención brindada por AMOCSA en sus diferentes servicios, incluyendo las tres filiales: El Viejo, Chichigalpa y Corinto.

Es importante mencionar que en AMOCSA, la asistencia técnica para cada componente inició en diferentes momentos, tal como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1: Enfoque de la asistencia técnica brindada a AMOCSA, por año

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Salud Materna	x	x	x	x	x	
Salud Infantil			x	x	x	
Prevención de Infecciones					x	X
Planificación Familiar						x

Nota: Planificación familiar también fue abordado en atención post evento obstétrico desde el 2004 en salud materna.

Fuente: Archivos de USAID/HCI

Al concluir el período de cooperación con AMOCSA, USAID se propuso la realización del estudio sobre Sostenibilidad de las Acciones y Capacidades para Impulsar el Mejoramiento Continuo de la

² Antes del 2007 eran llamadas Empresas Médicas Previsionales (EMP).

Calidad (MCC), en la Atención Materna-Infantil en AMOCSA Chinandega, a fin de identificar el desarrollo alcanzado por esta empresa, como resultado de la asistencia técnica brindada, así como, para mostrar que el MCC y las intervenciones de mejora son sostenibles, aún sin la asistencia técnica externa.

Considerando que en el trayecto hacia la institucionalización y sostenibilidad hay muchos obstáculos que superar, el estudio permitirá a AMOCSA seleccionar e implementar estrategias claves, sobre la base de los resultados encontrados. De igual forma, a partir de este primer estudio, podrá implementar el monitoreo de la institucionalización y sostenibilidad del MCC, a través de la medición de los criterios e indicadores utilizados en el mismo, lo cual es novedoso sobre todo para este tipo de empresa médica en Nicaragua.

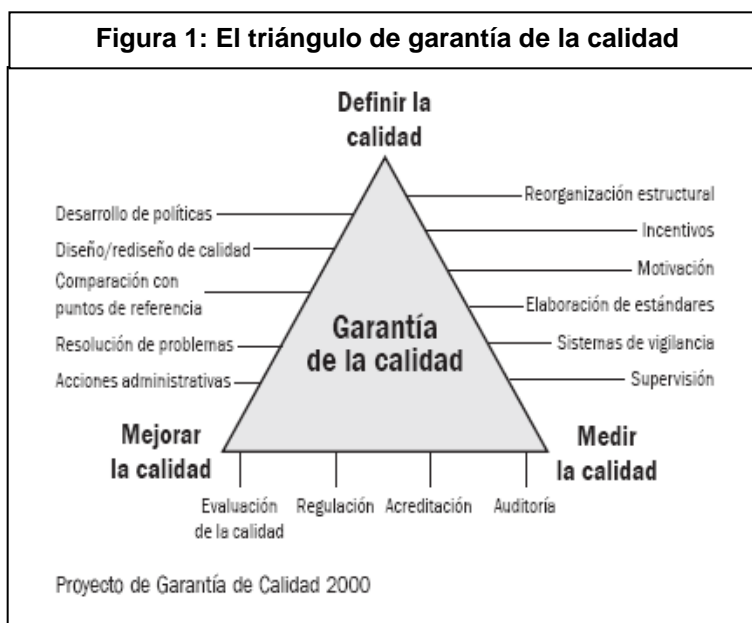
Este estudio también es relevante porque proporciona al Proyecto USAID/HCI un punto de referencia importante en cuanto a la particularidad que presenta la implementación del MCC en empresas médicas privadas que deben cumplir con las normas del organismo rector del sector salud como es el MINSA, así como a las políticas del otro ente regulador como es el INSS, ambos de carácter estatal. Es interesante mostrar los resultados que se pueden obtener de esta experiencia. De igual forma el proyecto puede disponer de elementos para ofrecer al MINSA y al INSS la expansión hacia otras IPSS.

B. Marco conceptual del estudio

Desde el enfoque sistémico, **el mejoramiento continuo de la calidad (MCC)** se define, entre otras formas, como el proceso mediante el cual se determinan estándares de calidad, se mide el cumplimiento de indicadores, se analizan los datos de la medición y se aplican mejoras en los procesos, con la visión de lograr su institucionalización y sostenibilidad para asegurar, a su vez, la sostenibilidad de las mejoras o cambios en la calidad que resultan de todo el proceso.

El MCC conlleva la realización de una serie de actividades que, en su conjunto, apuntan hacia la consecución de la calidad en la atención en salud, tal como se muestra en la Figura 1³.

De igual manera, la **institucionalización del MCC en salud**, se define como un proceso a través del cual una organización se mueve continuamente, hasta que ese enfoque metodológico se integra en su estructura y funcionamiento, de forma tal que permite contar con todos los elementos requeridos para implementar y mantener las mejoras en la calidad, tanto durante la producción como en la entrega rutinaria de los servicios.



³Franco y col. Sostenibilidad de la Calidad en la Atención de Salud: Institucionalización de la Garantía de la Calidad. Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional por el Proyecto de Garantía de Calidad. Bethesda, MD: Center for Human Services. Junio 2004, p. 11.

El proceso de institucionalización y sostenibilidad del mejoramiento continuo de la calidad (MCC) se muestra en la Figura 2⁴.

A través del MCC, se implementan mejoras en la calidad de atención, por lo que la **sostenibilidad de estas mejoras** se entiende como el estado de su permanencia en la rutina de trabajo, como parte integral del sistema que asegura la producción de los servicios de salud, sin que para ello necesiten la asistencia financiera, gerencial y técnica externa con las que se desarrollaron.

El proceso de institucionalización, conlleva la realización de una serie de actividades que en conjunto apuntan hacia la consecución de la calidad en la atención en salud, tal como se muestra en la Figura 3⁵.

La experiencia en MCC y la implementación de mejoras de la calidad de la atención exigen, en un momento determinado, evaluar su nivel de avance en función de lo logrado en cuanto a institucionalización y sostenibilidad, para retroalimentar al establecimiento de salud, a fin de que éste pueda emprender las acciones necesarias de fortalecimiento.

C. El MCC promovido por USAID en el MINSA y su relación con el similar de AMOCSA

La dinámica del MCC en la atención materno-infantil del MINSA, facilitada por los proyectos de USAID, se inició en 2000 en los SILAIS de Matagalpa y Jinotega, en cinco centros de salud y dos hospitales. Luego se extendió hasta alcanzar las unidades de salud de 16 de los 17 SILAIS en el país. Durante este período, esta cooperación también se dirigió a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPSS) coordinadas por el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) y normadas por el MINSA. La empresa AMOCSA pertenece a las IPSS incluidas en este grupo y se destacó como la que mejor aprovechó la cooperación de USAID.

De 2003 a 2007, se implementó la metodología de colaborativos, consistente en un sistema de aprendizaje compartido entre equipos trabajando juntos en el MCC. En su fase demostrativa, 31 equipos de MCC de las unidades de salud trabajaron conjuntamente en poner en práctica un paquete de cambios o mejoras, y a su vez generaron otros, clínicos y organizacionales, en la atención

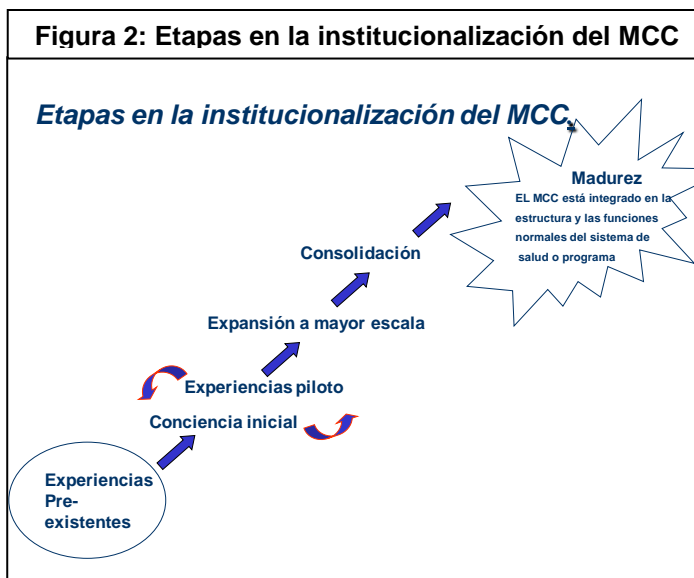


Figura 3: Institucionalización del MCC



⁴ Adaptación de la gráfica que aparece en la página 27 de: Franco y col., Sostenibilidad de la Calidad en la Atención de Salud: Institucionalización de la Garantía de la Calidad.

⁵ Ibídem, p. 14.

materno-infantil, con la intención de difundirlos. Paulatinamente, estas unidades obtuvieron resultados directos de mejoría en la calidad de la atención a los usuarios de estos servicios. En su fase de expansión, las mejores prácticas o mejoras en la atención, se sintetizaron y se comunicaron para promover su implementación, en otras unidades de salud, ahorrando los costos de la experimentación.⁶

En ese período (2003-2007), los colaborativos implementados fueron: cuidados obstétricos esenciales (COE), cuidados pediátricos hospitalarios (CPH) e integración de consejerías en planificación familiar (PF) con la atención de VIH-Sida y atención prenatal.

El colaborativo de COE, se enfocó en procesos de atención prenatal, parto, puerperio y abordaje y tratamiento de las principales complicaciones obstétricas: síndrome hipertensivo gestacional, hemorragia post parto y sepsis puerperal, las cuales son las primeras causas de mortalidad materna en el país. El colaborativo de CPH, hizo énfasis en la reducción de la morbimortalidad de niños menores de cinco años, hospitalizados por neumonía, diarrea y desnutrición. Así mismo, un tercer colaborativo, que se inició en 2006, se concentró en la integración de las consejerías de PF, VIH-Sida y atención prenatal, a fin de prevenir la trasmisión materno-neonatal del VIH-Sida.

Si bien AMOCSA no participó en los colaborativos mencionados, la asistencia técnica brindada por USAID (QAP y HCI) para el MCC, fue similar a la brindada al MINSA. Esta consistió en acompañar al equipo de mejoramiento en actividades de: aseguramiento de la competencia continua del personal (capacitación) para implementar mejoras siguiendo las normas nacionales de atención, medición de indicadores, implementación de ciclos rápidos de mejoramiento (conocidos como PEVA, Planear-Ejecutar-Verificar-Actuar), monitoreo y análisis de los datos, documentación de cambios o mejoras y divulgación de resultados y lecciones aprendidas. Así mismo, se dio apoyo necesario para que esos procesos se realicen en un entorno que favorezca el MCC, incluyendo: práctica de valores; involucramiento, apoyo y reconocimiento de las autoridades; influencia en la toma de decisiones; así como trabajo en equipo, compromiso personal, confianza en el éxito, espíritu de superación y relaciones interpersonales favorables.

Por lo tanto, los resultados de este estudio en AMOCSA junto con los del estudio similar realizado en el MINSA, podrán ser utilizados para obtener elementos que enriquezcan la experiencia de las unidades de salud del MINSA y de AMOCSA. Con ambos estudios, se tiene en Nicaragua la primera fuente de información sobre la implementación de un proceso de mejoramiento continuo de la calidad en el sector salud, en atención pública y privada.

II. PROPÓSITO DEL ESTUDIO

A. Interrogantes que guiaron el estudio

1. ¿Cuáles son las formas de apoyo que brindan las autoridades de AMOCSA Chinandega, para la realización de las actividades correspondientes al MCC, tales como: capacitación, asistencia técnica, monitoreo de indicadores, etc., así como para la implementación de las mejoras de la calidad? ¿Cuáles son los factores que contribuyen para contar con este apoyo?
2. ¿Cuáles son las políticas, normativas, consenso sobre valores, sistemas de monitoreo y estructuras de organización, creadas y vigentes para desarrollar una cultura de calidad en la atención?
3. ¿Cuáles son las metodologías del MCC, que se están implementando de forma sistemática en la atención materna-infantil y en otras áreas clínicas y administrativas de AMOCSA Chinandega?

⁶ USAID/HCI. Experiencias de Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención Materno-Neonatal y de la Niñez. Julio 2009. Managua, Nicaragua.

4. ¿Cuáles son los cambios organizacionales que permanecen para favorecer el MCC y la implementación de mejoras en la calidad de la atención?
5. ¿En qué medida las mejoras en la calidad de los procesos de atención, implementadas mediante el MCC, han sido incorporadas y se cumplen en la rutina de atención?
6. ¿Cuáles son las condiciones de la unidad de salud que están asociados con la sostenibilidad del MCC y de las mejoras de la calidad de los procesos de atención?

B. Objetivo general del estudio

Determinar los avances alcanzados por AMOCSA Chinandega, usando datos a nivel de la unidad de salud, según la muestra seleccionada, en cuanto a la sostenibilidad de las acciones y capacidades para impulsar el mejoramiento continuo de la calidad (MCC), así como de las mejoras de la calidad de la atención en el área materno-infantil, posterior a la asistencia técnica brindada por USAID (QAP y HCI).

C. Objetivos específicos del estudio

1. Identificar cuáles son las actividades de apoyo que reciben, de parte de las autoridades de AMOCSA Chinandega, las áreas de atención materno-infantil, tales como: asistencia técnica, supervisión, las cuales contribuyen con la sostenibilidad de los procesos de mejoramiento de la calidad.
2. Identificar el nivel de práctica de cuatro valores propios del mejoramiento continuo de la calidad (interés primordial por la calidad, interés por la satisfacción del usuario, trabajo en equipo, respeto por las ideas o aportes del personal)⁷, por parte de personal de atención materno-infantil, que contribuyen con la sostenibilidad de los procesos de mejoramiento de la calidad y de otras áreas.
3. Determinar cómo se asegura el desarrollo de competencias del personal de atención materno-infantil que contribuye con la sostenibilidad del mejoramiento continuo de la calidad y de las mejoras de la calidad.
4. Determinar el nivel de competencias clínicas y en MCC del personal que está involucrado en el MCC.
5. Identificar cuáles son los factores que contribuyen con la sostenibilidad de los procesos de mejoramiento continuo de la calidad y de las mejoras implantadas.
6. Indagar si los procesos de mejoramiento continuo de la calidad se han extendido a otras áreas o servicios de la empresa y precisar cómo se ha logrado.
7. Identificar el nivel de desempeño en los estándares clínicos priorizados en atención materno-infantil.

III. METODOLOGÍA

A. Diseño del estudio

Este estudio, descriptivo-evaluativo, comprende los aspectos fundamentales del MCC, tanto en lo cualitativo como en lo cuantitativo. Es decir, presenta la situación actual de AMOCSA Chinandega, en relación con la sostenibilidad del MCC y de las mejoras de la calidad de atención, a fin de evaluar su nivel de avance en este sentido.

⁷ Estos valores fueron identificados como los más importantes en el estudio de institucionalización del MINSA.

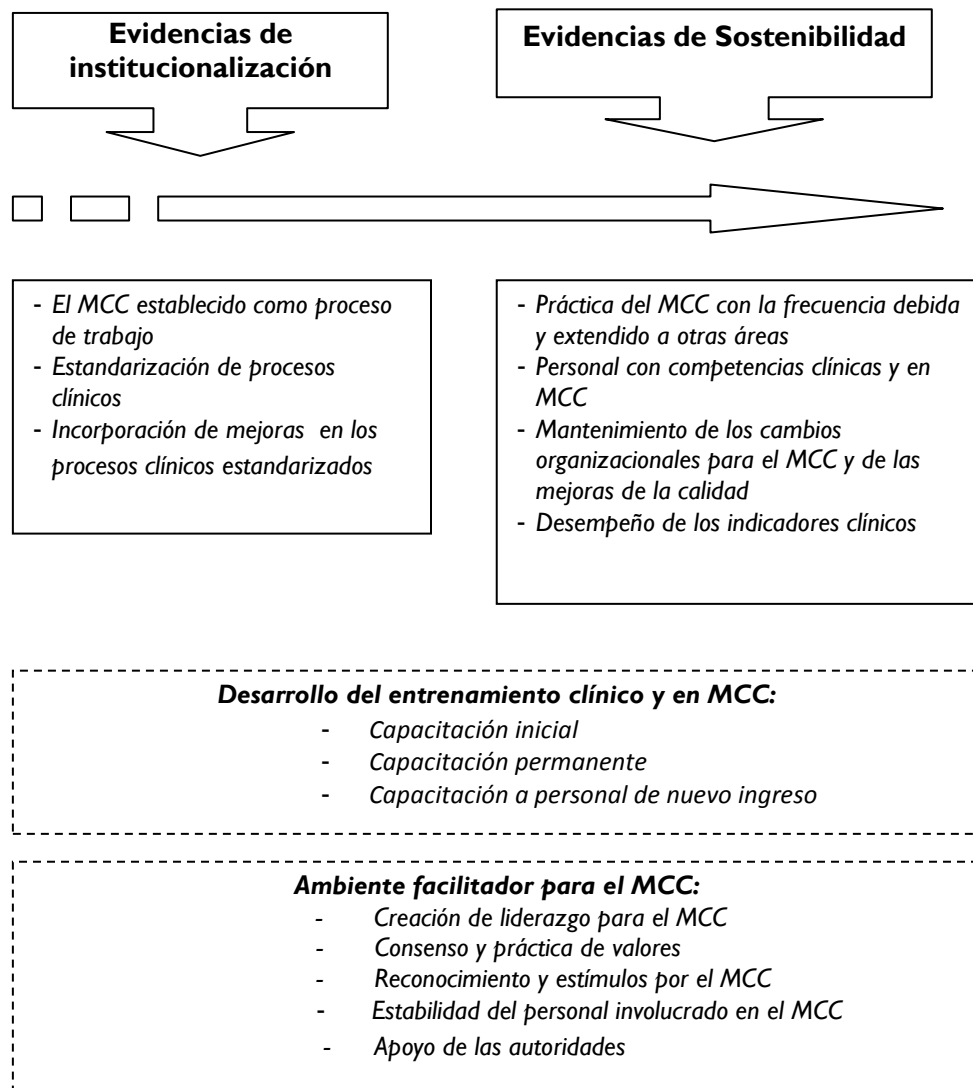
1. Criterios e indicadores del estudio

A fin de evaluar el nivel alcanzado por AMOCSA, en cuanto a la sostenibilidad del MCC, se seleccionaron criterios claves y se derivaron los indicadores que reflejan los resultados esperados del estudio. Estos mismos pueden conformar el sistema de indicadores para monitorear el avance y comparar etapas, en cuanto al mejoramiento continuo de la calidad en esa empresa.

Estos criterios e indicadores están basados en los elementos que conforman el proceso de institucionalización del MCC, con enfoque en la sostenibilidad del mismo y de las mejoras en la calidad producidas.

Se puede considerar al MCC como institucionalizado y sostenible si cumple con los elementos expresados en la Figura 4.

Figura 4: Evidencias de la institucionalización y sostenibilidad de las acciones y capacidades para el mejoramiento continuo de la calidad



B. Tipo de información recolectada e instrumentos

La Tabla 2 documenta los instrumentos usados (S0 y S3) en el estudio para recolectar la información de institucionalización de MCC, el análisis de DASÍ, y una descripción de los otros datos utilizados en el estudio.

Tabla 2: Instrumentos para recolección de información

A nivel de hospital y filiales	
Instrumento (Código - Nombre)	Contenido
S0 - Cuestionario de información general auto-administrado al coordinador del MCC Cuantitativo Cualitativo	Situación organizativa del MCC – Descripción del personal de salud y competencias clínicas y en MCC – Estabilidad y funcionamiento del equipo de MCC Implementación de buenas prácticas Actividades de MCC vinculadas a la implementación e institucionalización en una nueva área de la unidad de salud
S3 - Cuestionario auto-administrado para personal involucrado en el MCC Encuesta Cuantitativo Cualitativo	El liderazgo para el MCC Actividades de MCC mínimas vinculadas a su institucionalización Cómo se propicia el entorno para el MCC (<i>competencias del personal involucrado en el MCC</i>) Funcionamiento del MCC Práctica de valores que favorecen el MCC Apoyo de las autoridades
Medición del avance en el MCC	
DASÍ - Documentación, análisis, intercambio de aprendizaje e institucionalización del MCC Cuantitativo	Para calcular el puntaje que representa el avance alcanzado en cuanto a la institucionalización del MCC y la sostenibilidad de las mejoras en la calidad de la atención, relacionado con las variables del estudio
Otros datos recopilados para el informe del estudio	
Base de datos de USAID/HCI y otras publicaciones relacionadas con el tema	Desempeño de los indicadores clínicos de calidad monitoreados
Consulta a los asesores de USAID/HCI sobre experiencias e información relacionada con el desarrollo del proyecto	Metodologías del MCC Terminología más frecuente Experiencias relevantes sobre la sostenibilidad de las mejoras e institucionalización del MCC

A excepción del instrumento S0, referido a información general, en los demás instrumentos el carácter de percepción es mayor que el de proporcionar datos objetivos.

C. Muestra

En AMOCSA cuentan con un equipo de MCC que está integrado por los miembros del Consejo de Dirección, es decir por los jefes de las diferentes áreas según el organigrama. A su vez, estos miembros son líderes del MCC en el área y coordinan las acciones de mejoramiento de la calidad. Esta modalidad está consignada en el Programa de Gestión de la Calidad de la empresa. Conforme a esta característica se formularon los criterios para la selección de la muestra.

La población de interés para el estudio está conformada por autoridades de la empresa, líderes del MCC y personal operativo (médicos, enfermeras y enfermeros y otros relacionados con el área de

atención materno-infantil y de otras áreas), quienes se han involucrado con las actividades del MCC y por consiguiente implementaron las mejoras en la calidad de la atención.

Criterios de selección aplicados:

- Autoridades de la empresa que han estado involucradas en las actividades de MCC en las diferentes instancias.
- Personal de la empresa que ha estado involucrado en las actividades de mejoramiento continuo de la calidad en la atención materno-infantil y otras áreas en las que se ha extendido el MCC.

Tabla 3: Selección de participantes por instrumento

Instrumentos	Cargo/participante	No. participantes
S0 - Cuestionario de información general Auto-administrado al coordinador del MCC de AMOCSA Chinandega Cuantitativo - Cualitativo	Directora Médica de AMOCSA Chinandega	1
S3 - Cuestionario auto-administrado para personal involucrado en el MCC Encuesta Cuantitativo	Miembro de Junta Directiva ⁸ (1) Gerente General(1) Coordinador de MCC ⁹ (1) Miembros del Consejo de Dirección (9) Jefe de Encuesta de Satisfacción al Cliente (1) Médicos (4) Enfermeras(os) (4) Personal de otras áreas en donde se implementa el MCC (5)	26
DASI - Documentación, análisis, intercambio de aprendizaje e institucionalización del MCC Cuantitativo	Completado por el equipo de investigación	
TOTAL ESTUDIO		27

D. Técnicas para recolección de la información

Para el desarrollo del estudio se aplicaron las siguientes técnicas:

- Consulta documental
- Encuestas auto-administradas
- Aplicación de la herramienta DASÍ (Documentación, Análisis, Diseminación e Institucionalización) a nivel de la empresa.

E. Procesamiento de datos

La información cuantitativa se registró en una base de datos utilizando el programa SSPS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versión para Windows 18.0. Tanto los datos cualitativos como los cuantitativos se analizaron según los criterios e indicadores del estudio, para determinar las tendencias observadas en los resultados, a fin de examinar las percepciones sobre el grado de

⁸ La Junta Directiva está integrada por los socios de la Asociación Médica de Occidente - AMOCSA (León y Chinandega).

⁹ La Coordinadora del MCC es la persona que desempeña el cargo de Directora Médica del Hospital AMOCSA Chinandega.

institucionalización y sostenibilidad logrado, así como para obtener recomendaciones para su fortalecimiento.

Los datos cuantitativos y cualitativos recabados también permitieron al Equipo de Investigadores aplicar la herramienta de evaluación denominada DASÍ (documentación, análisis, disseminación del aprendizaje e institucionalización) para evaluar del desempeño relacionado específicamente con esos aspectos.

La herramienta DASÍ está relacionada con las variables e indicadores del estudio. Contiene los criterios de evaluación para indicar el nivel de desempeño del establecimiento de salud. El puntaje utilizado para el nivel de desempeño de los criterios de evaluación es: 3 = Por encima de satisfactorio (consistente y completo), 2 = Satisfactorio (consistente y relativamente completo), 1 = Por debajo de satisfactorio (Inconsistente e incompleto), 0 = No realizado (inexistente). Así mismo, orienta la calificación por cada componente de evaluación (documentación, análisis, disseminación del aprendizaje e institucionalización), según lo siguiente: 15 – 13 puntos (sobresaliente), 12 – 9 puntos (bueno), 8 – 6 puntos (regular) y 5 ó menos puntos (débil). En cada componente se calcula el puntaje total sumando las calificaciones del nivel de desempeño (3, 2, 1 ó 0). La clasificación final del DASÍ resulta del promedio de las calificaciones de los componentes.

En cuanto al riesgo de sesgo del estudio, éste podría ser por razones tales como: diferencias en el uso de la terminología de MCC, personal con vacíos de información o que la muestra fue a conveniencia.

En general, la información resultante del estudio podrá ser relacionada a profundidad con otros estudios realizados por USAID/HCI, sobre todo con el estudio similar realizado con el MINSa.

IV. RESULTADOS DEL ESTUDIO

Ordenados de acuerdo con el marco conceptual del estudio (Figura 4), se enuncian a continuación los principales hallazgos acerca de las evidencias de sostenibilidad de las acciones y capacidades para impulsar el MCC en la atención materno-infantil en AMOCSA.

Siguiendo lo estipulado en el Protocolo del Estudio, en AMOCSA se exploró acerca de cuatro componentes del marco conceptual:

1. Desarrollo del entrenamiento clínico y en MCC
2. Ambiente facilitador para el MCC
3. Evidencias de institucionalización del MCC y de las mejoras de la calidad
4. Evidencias de sostenibilidad del MCC y de las mejoras de la calidad

Así mismo, se presenta el resultado de la aplicación de la DASÍ (documentación, análisis, disseminación del aprendizaje e institucionalización) para mostrar el desempeño de AMOCSA en cuanto a esos aspectos específicos del MCC.

A. Desarrollo del entrenamiento clínico y en MCC

El entrenamiento clínico y en MCC es una de las primeras y permanentes acciones para introducir la práctica del MCC en los establecimientos de salud; igualmente, para institucionalizarlo y sostenerlo junto con las mejoras producidas. A continuación se enuncian los resultados de la exploración realizada en este campo en AMOCSA, organizados en tres bloques: capacitación inicial, capacitación permanente y capacitación al personal de nuevo ingreso.

1. Capacitación inicial

La capacitación inicial, al igual que en las unidades de salud del MINSa, se realizó mediante talleres de entrenamiento impartidos por los asesores de USAID (QAP/HCI), en conjunto con los funcionarios

de Atención Integral a Mujer, Niñez y Adolescencia (AIMNA) del SILAIS de Chinandega, territorio donde está ubicada AMOCSA Chinandega.

Sin embargo, en AMOCSA, desde antes del 2004 ya venían implementando planes anuales de capacitación para el personal y continúan haciéndolo; así mismo, le han incluido los temas del MCC y los clínicos referidos a los indicadores de calidad en atención materno-infantil. Entre los temas que ellos ya impartían están: relaciones humanas, elaboración de notas de enfermería, manejo de inventarios, higiene y seguridad ocupacional, diarrea en niños, neumonía, etc.

A continuación, en la Tabla 4, se detallan los principales eventos de capacitación inicial desarrollados en el período 2004-2005, referidos a salud materno-infantil. A medida que se iba incorporando un componente, éste iba desarrollando sus eventos de capacitación inicial. Por ejemplo, como se nota en la Tabla 4, cuando inició salud infantil se abordaron los temas de lactancia materna (30 participantes por curso, en total 155) y medición de los indicadores de calidad (15 participantes). En planificación familiar, se abordó el aspecto gerencial del programa con 12 personas. Desde ese momento, también se incluyeron los contenidos referidos específicamente al MCC.

2. Capacitación permanente y a personal de nuevo ingreso

El sistema de capacitación permanente en AMOCSA, tanto en aspectos clínicos como generales y del MCC, funciona mediante tres modalidades: educación continua, talleres de capacitación y asistencia técnica en el puesto de trabajo, sobre todo durante la supervisión. Así mismo, existe un fondo para asignación de becas de capacitación, formación y postgrado.

No existe una modalidad específica para el personal de nuevo ingreso, debido a que el número es muy bajo y a los que van ingresando, se les va incorporando a las actividades para el personal permanente.

La educación continua se realiza mediante sesiones de dos horas, durante las cuales se aborda o estudia un tema, sobre todo con fines de actualización y/o relacionado con un problema o falla en la calidad de los procesos de atención. Por ejemplo, cuando se detectó que el cloro no se estaba usando correctamente en la sala de hospitalización, se volvió a estudiar el tema sobre uso de antisépticos y desinfectantes que ya había sido estudiado cuando se comenzó a trabajar el MCC en la prevención de infecciones intrahospitalarias.

Los talleres de capacitación tienen una duración mínima de ocho horas presenciales, pero pueden ser desarrollados por encuentros de cuatro horas, sobre todo aquellos que requieren 16 ó más horas. Por ejemplo, el taller de lactancia materna se desarrolla en días laborales en varias sesiones y se repite para el personal nuevo, pero también se incluye a otras personas para refrescamiento.

Igualmente, la supervisión se aprovecha para brindar asistencia técnica al personal, incluyendo aquellos casos en que han identificado alguna oportunidad de mejora en el proceso de atención.

En el instrumento S3, los encuestados respondieron a la pregunta en qué modalidades de capacitación habían participado desde que se inició el MCC en AMOCSA y la mayor participación la obtuvo la modalidad de educación continua (88.5%) y la menor capacitación por nuevo ingreso, 30.8%. A continuación, en la Figura 5, se muestra la frecuencia de participación en las modalidades de capacitación por parte de los 26 encuestados. El total de datos del gráfico no da el 100% porque cada persona pudo haber participado en varias modalidades.

Tabla 4: Capacitación inicial en salud materna y MCC en AMOCSA

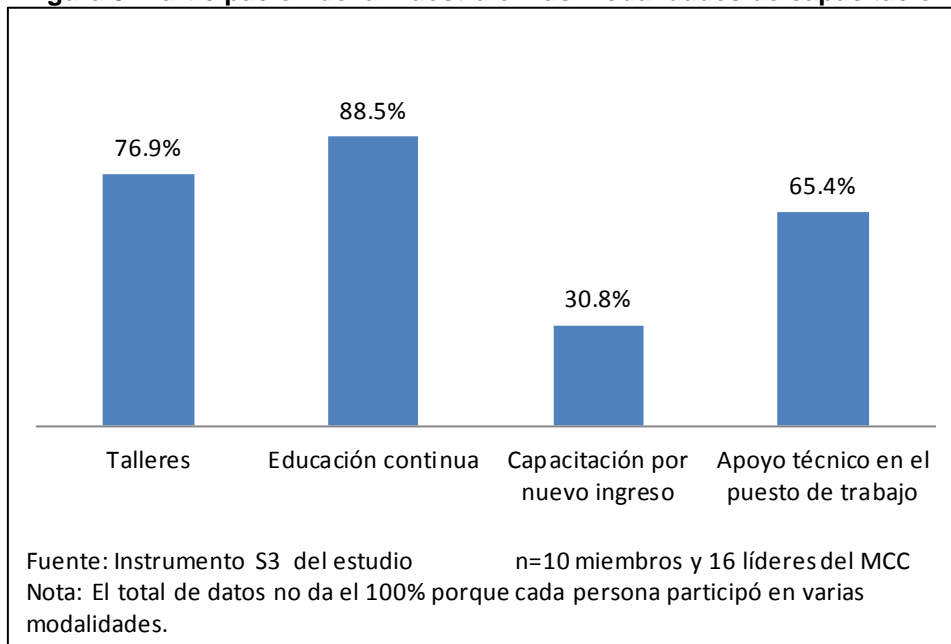
Tema	Título de la capacitación	Mes/año	No. de participantes
Salud materna-infantil			
-	Medición de la Satisfacción de Usuaris de Atención Prenatal y Parto	Septiembre 2004	12
-	Estándares e indicadores de calidad de procesos de atención de la embarazada, parto, puerperio y sus complicaciones. Vigilancia de la Calidad. Instrucciones para levantamiento de Línea de Base de la Satisfacción de Usuaris de Atención Prenatal y Parto	Octubre 2004	12
-	Tecnologías perinatales del CLAP: Historia Clínica Perinatal, carné perinatal, gestograma, tabla de peso materno para la talla según edad gestacional, partograma	Noviembre 2004	20
-	Tecnologías perinatales del CLAP: Historia Clínica Perinatal, carné perinatal, gestograma, tabla de peso materno para la talla según edad gestacional, partograma	Enero 2005	20
-	Complicaciones Obstétricas, con metodología de Aprendizaje Basada en Problemas	2006-2008	30
-	Aspectos gerenciales del programa de planificación familiar		12
-	Lactancia materna		155
Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC)			
-	Ciclos rápidos de mejora continua	Noviembre 2004	12
-	Gerencia de Servicios	Noviembre 2005	34
-	Intercambio de experiencias en el mejoramiento de la atención de la embarazada y el recién nacido entre IPSS	Diciembre 2005	4
-	Formulación de la estrategia de servicio y establecimiento de la gestión de la queja	Marzo 2006	55
-	Medición de indicadores de calidad		15
Total: 12 Temas diferentes		2004-2008	381

Fuente: Archivos de USAID/HCI

Nota: El total de participantes se refiere a participantes/curso, porque cada participante pudo haber asistido a varios eventos de capacitación. La excepción es lactancia materna donde había cinco cursos con aproximadamente 30 participantes/curso.

Utilizando la información del S0, se muestra, en la Tabla 5, el número de personas trabajando en AMOCSA en 2010 según sus perfiles, así como los datos cuantitativos relacionados con la capacitación recibida en el período 2004-2010. Se puede observar en los datos la importancia de la capacitación para AMOCSA; 100% de los trabajadores están involucrados y han sido capacitados en MCC, incluyendo al 100% del personal de nuevo ingreso.

Figura 5: Participación de la muestra en las modalidades de capacitación



Acerca de otros aspectos de la capacitación, a partir del instrumento S3, el 100% de los encuestados expresaron que “se realizan” las cuatro actividades que se les enumeraron. Aproximadamente tres cuartos de ellos (73.1% - 76.9%) valoraron que las cuatro actividades “se realizan con la frecuencia debida”, frente a un porcentaje menor (entre 23.1% - 26.9%) que expresó que esto “no es con la frecuencia debida”. En la Figura 6 se muestran los datos cuantitativos de esta valoración.

Figura 6: Funcionamiento del sistema de capacitación clínico y en MCC

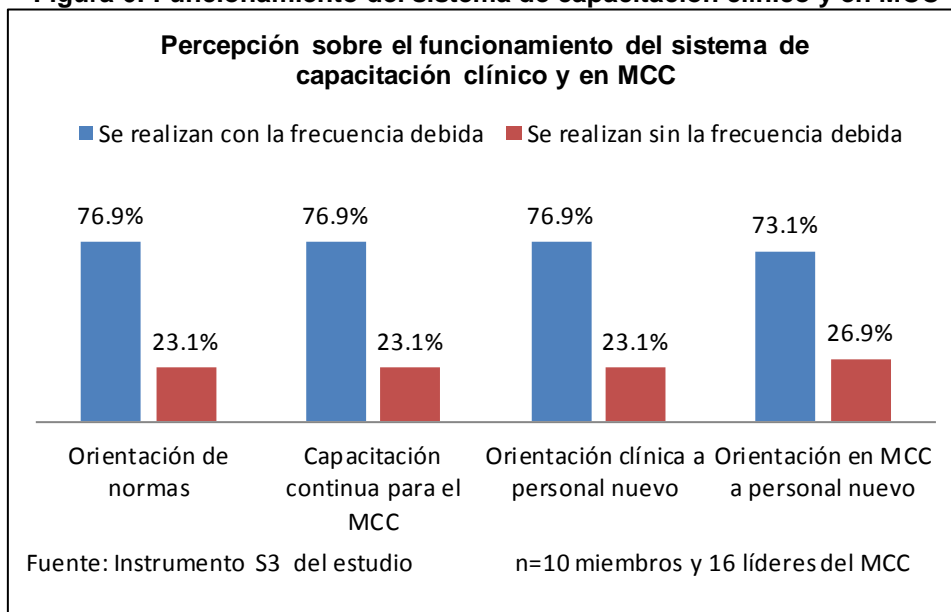


Tabla 5: Número de personas trabajando en AMOCSA (2010) y capacitación clínica y en MCC recibida durante 2004-2010

	Tipo de personal					TOTAL
	Médico	Enfermería	Laboratorio	Farmacia	Administrativo y apoyo	
Trabajadores en AMOCSA Chinandega	65	75	11	9	86	246
Trabajadores involucrados en las actividades del MCC	65	75	11	9	86	246
Trabajadores involucrados en el MCC capacitados en MCC (2004-2010)	65	75	11	9	86	246
Personal de nuevo ingreso en el período 2009 – 2010 involucrados en el MCC	26	30	3	7	48	114
Personal de nuevo ingreso involucrado en el MCC capacitado en MCC	26	30	3	7	48	114
Porcentaje de trabajadores involucrados en el mejoramiento de la calidad → $[2/1*100]$	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Porcentaje de trabajadores involucrados en el mejoramiento de la calidad capacitados en MCC (2004 – 2010) → $[3/2*100]$	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Porcentaje de nuevo ingreso involucrados en el mejoramiento de la calidad capacitados en MCC (2009 – 2010) → $[5/4*100]$	100%	100%	100%	100%	100%	100%
¿Cuántas personas brindan atención materno-infantil?	19	21	11	9	86	146
¿Cuántas de estas personas han sido capacitadas específicamente en temas clínicos (materno-infantil, planificación familiar, prevención de infecciones) (2004 – 2010)?	19	21	0	0	0	40
¿Cuántas de estas personas han sido capacitadas en temas sobre MCC (2004 – 2010)?	19	21	11	9	86	146
Porcentaje capacitados en temas clínicos (2004 – 2010) → $[10/9]*100$	100%	100%	0%	0%	0%	100%
Porcentaje capacitados en temas sobre MCC (2004 – 2010) → $[11/9]*100$	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Instrumento S0

B. Ambiente facilitador para MCC

El mejoramiento continuo de la calidad se establece en el contexto interno de toda organización, en este caso del establecimiento de salud. Por lo tanto, se puede ver favorecido u obstaculizado por los diferentes elementos que éste contenga. Es decir, el ambiente interno debe facilitar el iniciar, expandir, institucionalizar y sostener el MCC, así como las mejoras que vayan surgiendo.

En general, el ambiente está integrado por elementos tales como: *políticas generales y particulares de calidad; liderazgo* que impulse el MCC y se preocupe del personal; *valores organizacionales básicos* que enfatizan el respeto, calidad y mejoramiento continuo, aseguramiento de la estabilidad de las personas involucradas en el MCC y, *recursos adecuados* asignados para la ejecución de las actividades de MCC; para lograr lo anterior es importante que se cuente con el apoyo de las autoridades. Todos estos elementos deben actuar en sinergia para impactar en la institucionalización y sostenibilidad del MCC.

Para este estudio se ha investigado sobre cinco elementos del ambiente facilitador en AMOCSA, tales como: creación de liderazgo, consenso y práctica de cuatro valores organizacionales básicos, reconocimiento y estímulos, estabilidad del personal involucrado en el MCC y apoyo de las autoridades. A continuación se presentan los resultados por cada aspecto.

1. Creación de liderazgo para el MCC

En AMOCSA el liderazgo para el MCC recae en los jefes de las diferentes áreas de la estructura organizacional. El equipo de MCC es el mismo que corresponde al Consejo de Dirección. Cada uno de sus miembros es responsable de asegurar el mejoramiento continuo de la calidad en su área de trabajo. Por ejemplo, si en encuesta de satisfacción de usuarios hay un señalamiento de una falla para el área de Laboratorio, esto se expone en la entrega de turno que se realiza diariamente y el responsable involucra al personal de esa área para que implementen una solución a lo inmediato o a corto plazo y da seguimiento para que no se repita la falla.

La coordinación general del MCC en AMOCSA Chinandega la ejerce la Directora del Hospital y ella establece la comunicación con la clínica de consulta externa y con las 3 filiales: El Viejo, Chichigalpa y Corinto. El Gerente General da seguimiento a la práctica del MCC y apoya en los casos en que se requiere tomar decisiones de alto nivel.

Este equipo de MCC (Consejo de Dirección) está integrado por las personas que desempeñan los siguientes cargos:¹⁰

1. Gerente General
2. Directora del Hospital
3. Responsable de Riesgos
4. Directora de Consulta Externa
5. Auditora de Procesos
6. Directora de AMOCSA Corinto
7. Directora de AMOCSA El Viejo
8. Directora de AMOCSA Chichigalpa
9. Responsable de Recepción
10. Responsable de Laboratorio
11. Responsable de Mantenimiento
12. Responsable de Programas Preventivos
13. Responsable de Higiene y Seguridad

En la Tabla 6 se enlistan los 14 roles que deben cumplir los líderes del MCC para asegurar su institucionalización y sostenibilidad, los cuales se incluyeron en el instrumento S3. A los miembros

¹⁰ En algunos casos asisten a las sesiones otras personas que se involucran en el MCC.

encuestados se les solicitó su percepción sobre el cumplimiento de éstos por los líderes en AMOCSA y a los líderes encuestados, se les solicitó su percepción de su propio cumplimiento.

Tabla 6: Listado de roles de los líderes del MCC

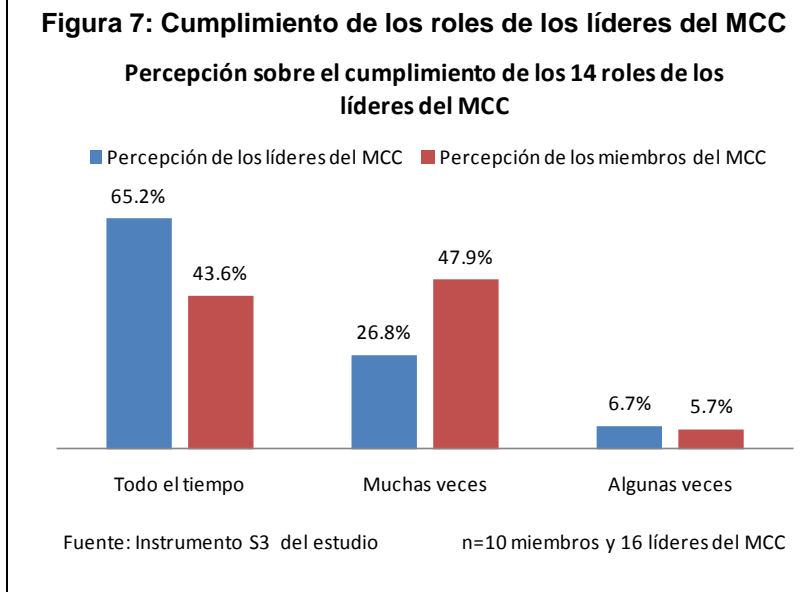
1.	Mantener y enfocar al equipo en prioridades de mejoramiento continuo de la calidad
2.	Asegurar el monitoreo de los indicadores de calidad
3.	Promover y aplicar el ciclo rápido de mejora (PEVA: planear-ejecutar-verificar-actuar)
4.	Asegurar que escriban sobre las mejoras implementadas mediante el MCC
5.	Asegurar que se realicen las reuniones para el MCC
6.	Explorar otras áreas técnicas para aplicar MCC en AMOCSA Chinandega
7.	Promover el uso de datos para tomar decisiones/cambios o mejoras
8.	Promover la participación de todos en el MCC
9.	Gestionar recursos financieros adecuados para la ejecución y sostenimiento de actividades de MCC
10.	Conocer las Normas, Estándares e Indicadores de Calidad (de atención materna-infantil o de las áreas donde se implementa el MCC)
11.	Promover la capacitación de nuevos trabajadores sobre las actividades de MCC y las Normas correspondientes
12.	Supervisar al personal involucrado en el MCC
13.	Orientar al personal involucrado en el MCC
14.	Dar seguimiento a los compromisos de mejora surgidos del MCC

Fuente: Instrumento S3

En la Figura 7 se muestra la valoración realizada por los líderes y miembros encuestados mediante el S3, en relación con el cumplimiento de los 14 roles que deben desempeñar los líderes para impulsar el MCC. Como se puede

observar, el mayor promedio de líderes (65.2%) percibe que ellos cumplen los roles “todo el tiempo”; sin embargo, la percepción de los miembros hacia los líderes casi no varía, (43.6% “todo el tiempo” y 47.9% “muchas veces”). También, hay poca variación en la valoración de “algunas veces” entre líderes y miembros.

Para el mayor número de líderes encuestados, el porcentaje más alto de que ellos cumplen “todo el tiempo” lo tienen los roles: No. 1 (87.5%), mantener y enfocar al



equipo en prioridades de mejoramiento continuo de la calidad y No. 13 (81.3%), orientar al personal involucrado en el MCC; para los miembros fue el No. 10 (70.0%), conocer las normas, estándares e indicadores de calidad (de atención materna-infantil o de las áreas donde se implementa el MCC). En la categoría “muchas veces”, el más alto que expresaron los líderes fue el No. 4, asegurar que escriban sobre las mejoras implementadas mediante el MCC; los miembros del MCC expresaron que son los No. 6, explorar otras áreas técnicas para aplicar MCC en AMOCSA Chinandega y el No. 13, orientar al personal involucrado en el MCC.

2. Consenso y práctica de valores

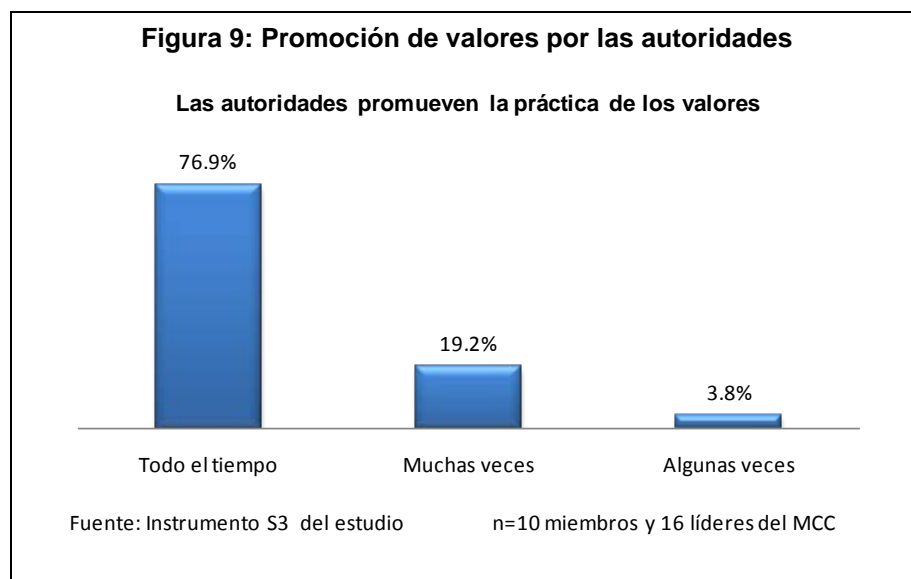
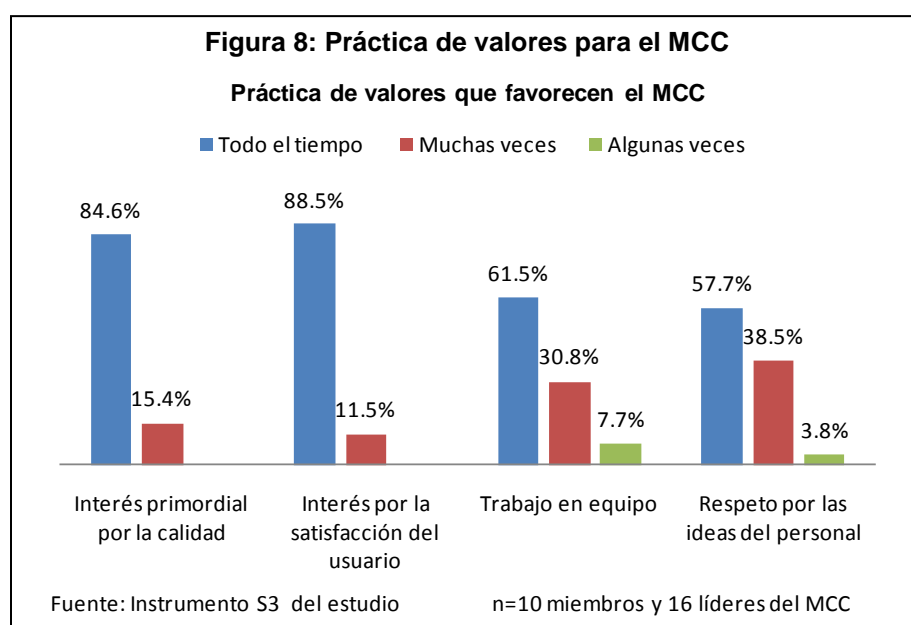
Para sostenibilidad de la mejora continua de la calidad de la atención se requiere de valores compartidos que se practiquen y sean promovidos por los líderes. La práctica de los valores se refleja en el comportamiento individual y colectivo. Los valores seleccionados para conocer la percepción del personal sobre su práctica son: interés primordial por la calidad, interés en la satisfacción del usuario, trabajo en equipo y respeto por las ideas o aportes del personal.

En la Figura 8 se presenta la percepción cuantitativa sobre la práctica de los valores que favorecen la sostenibilidad de las acciones y capacidad para impulsar el MCC. Los valores que se practica más “todo el tiempo” son: interés por la calidad (84.6%) e interés por la satisfacción de los usuarios (88.5%).

En la Figura 9 se muestra que los encuestados perciben que las autoridades promueven la práctica de valores. El porcentaje mayor fue en la categoría “todo el tiempo” (76.9%). Esta variable también es una medida de liderazgo de las autoridades.

3. Reconocimiento y estímulos por el MCC

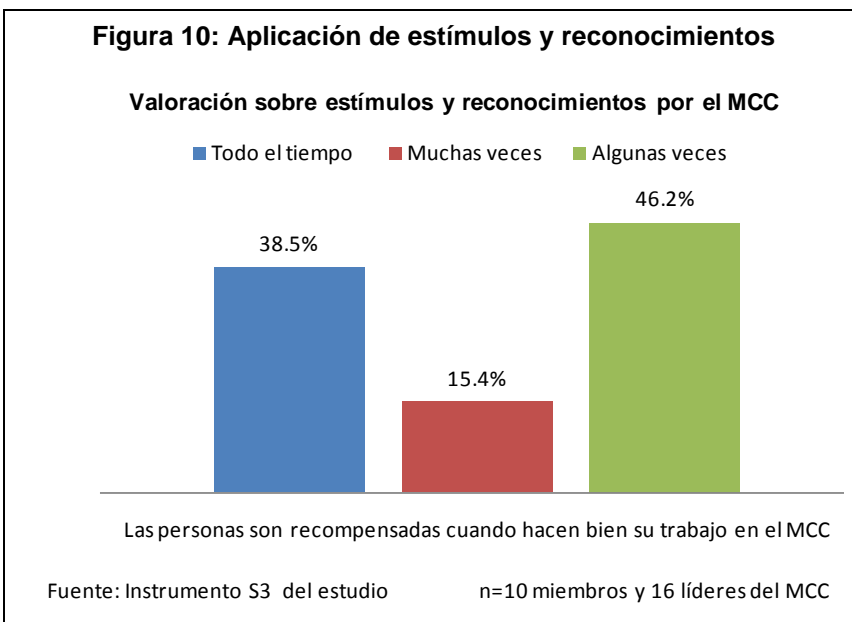
Dentro del ambiente facilitador, el reconocimiento y los estímulos por el MCC, son muy importantes



para la sostenibilidad e institucionalización del MCC, ya que influencia la conducta del personal porque ejerce influencia en los niveles de motivación (OECD 2010, Kalk y col. 2010, Huntington y col. 2010, Franco y col. 2004).

En AMOCSA se han implementado reconocimientos y estímulos en forma general. Algunas veces éstos no se han continuado por razones económicas. Sin embargo, de manera incidental, individual o en colectivo, se reconoce el avance logrado en cuanto a la mejora continua de la calidad.

En la Figura 10, se presenta el resultado de la valoración de este aspecto por los encuestados, en los cuales predomina el que “algunas veces” (46.2%) las personas se recompensan por el trabajo en el MCC.



4. Estabilidad del personal involucrado en el MCC

Según los datos obtenidos mediante el instrumento S0, en AMOCSA el equipo de MCC se conformó con siete miembros en el año 2007, de los cuales solamente tres permanecen: la retención es el 43%. Actualmente cuenta con 13 miembros, debido a que en el Programa de Gestión de la Calidad, que fue elaborado con asistencia técnica de USAID/HCI, se estableció que el Consejo de Dirección asumiría el mejoramiento continuo de la calidad, con lo cual se fortaleció el MCC, ya que cada uno de ellos es líder en su área de trabajo. El porcentaje de miembros nuevos en el equipo es de 77% (10 de un total de 13 miembros).

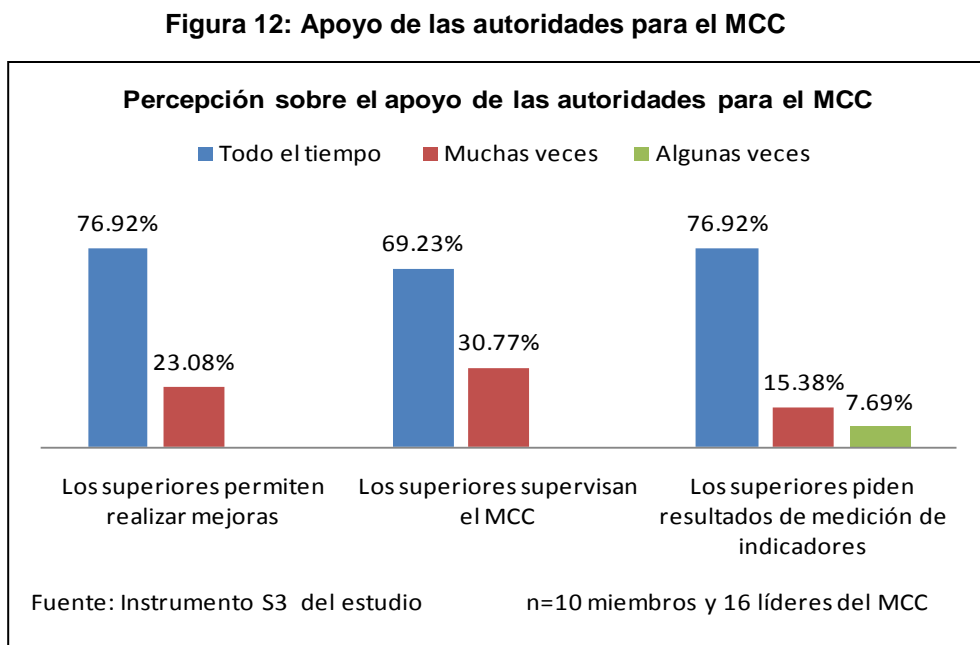
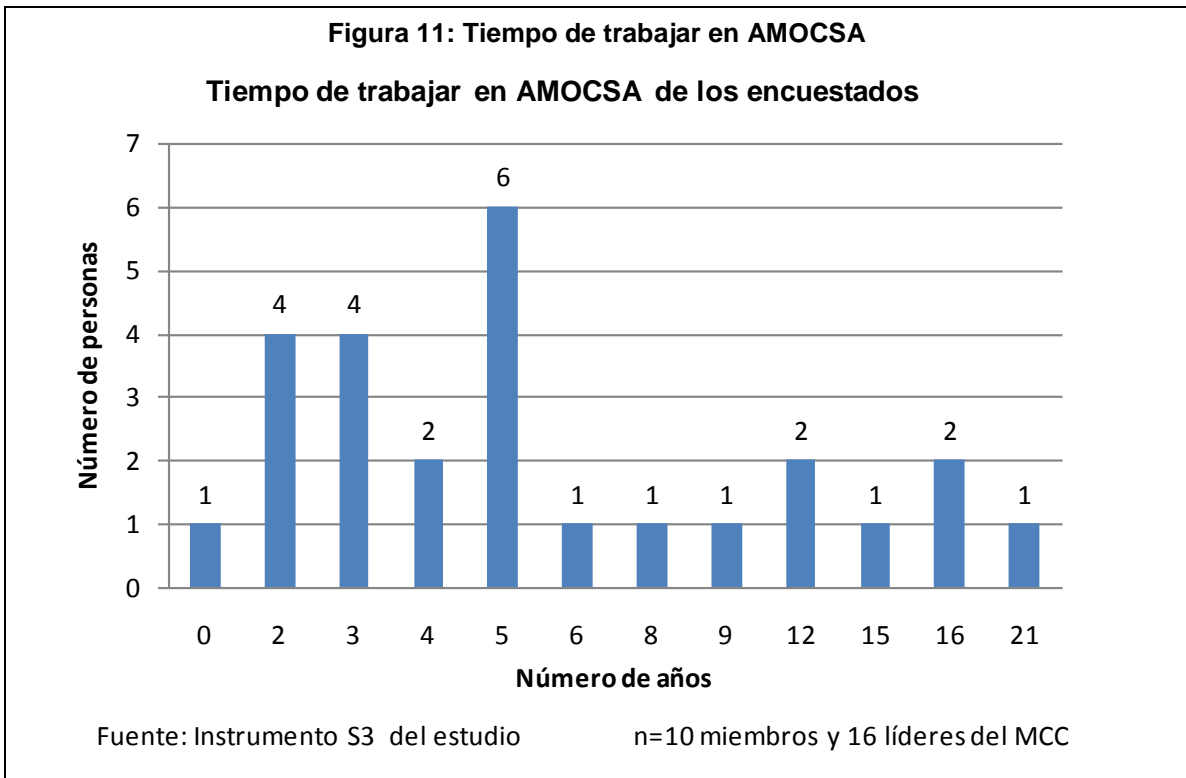
En AMOCSA la captación de recursos de salud asistenciales es muy difícil porque éstos se forman fuera del departamento y, al egresar prefieren trabajar en la capital o en su lugar de procedencia. El personal que renuncia generalmente lo hace por recibir otras ofertas de trabajo o porque se les presenta la oportunidad de becas para especializarse.

Según se observa en la Figura 11, la mayoría (73%) de los encuestados, tienen entre 2 y 9 años de trabajar en AMOCSA. Así mismo, del total de 26 encuestados, 15 (57%) han permanecido, por lo menos, durante 5 de los 6 años que abarcó la asistencia técnica de USAID (QAP/HCI) para el MCC.

5. Apoyo de las autoridades

En AMOCSA se cumple una de las condiciones importantes para el mejoramiento continuo de la calidad, como es el desarrollo de cualidades de liderazgo dentro del más alto nivel de administradores de las diferentes áreas de la organización. El principal equipo de MCC está integrado por los jefes de las áreas, ellos planean y organizan actividades, movilizan recursos y evalúan resultados.

En la Figura 12 se presenta la percepción de los encuestados acerca del apoyo que brindan las autoridades para que se implemente el MCC acerca de responsabilidad, supervisión y monitoreo y vigilancia. Las cifras más altas son para responsabilidad (permiten realizar mejoras) y, para monitoreo y vigilancia (76.9% ambas).



C. Evidencias de institucionalización del MCC y de las mejoras de la calidad

Para la presentación de evidencias de la institucionalización del MCC, los resultados del estudio referidos a este tema se agruparon en tres incisos. Uno es el MCC establecido como proceso de trabajo y, los otros dos son, la estandarización de procesos clínicos y la incorporación de mejoras en los procesos clínicos estandarizados.

Mediante una serie de preguntas formuladas en el instrumento S0, se reunió información cualitativa para describir estas evidencias.

1. El MCC establecido como proceso de trabajo

En AMOCSA Chinandega, el MCC funciona como un proceso en el que se reúnen las condiciones siguientes:

- a) La estructura organizativa que funciona para el MCC está conformada por un coordinador con 13 miembros y el resto del personal involucrado incidentalmente, según lo requieran los procesos a mejorar.
- b) Los temas principales que son objeto de monitoreo son los siguientes:
 - Indicadores de calidad de atención materno-infantil establecidos por el MINSA
 - Resultados de mejoras que se están probando
 - Resultados de mejoras organizacionales para favorecer las mejoras clínicas
 - Mejoras en otros procesos administrativos aunque no haya indicadores de calidad institucionalizados en el área
- c) El procedimiento utilizado para recolección de información para el monitoreo de indicadores de calidad es que cada persona involucrada en la aplicación del indicador reporta sus datos al coordinador del MCC y esta persona luego se reúne con ellos analizar los resultados. Ocurre también que el coordinador analiza solo la información.
- d) Para la socialización de los resultados del monitoreo de indicadores de calidad se presentan al equipo de MCC y se transmiten a todo el personal durante las entregas de turno, ya que se considera éste como la mejor forma de comunicación con todo el personal.
- e) Las formas más frecuentes de reaccionar ante los resultados del monitoreo de los indicadores de calidad son las siguientes:
 - Toman acciones de inmediato donde corresponda
 - Implementan un ciclo rápido de mejora
 - El coordinador busca la solución y orienta su aplicación
- f) Se supervisa para realizar el seguimiento y la evaluación de los compromisos del personal y las autoridades para elevar el nivel de cumplimiento de los indicadores de calidad.

Recuadro 1: Testimonio sobre la sostenibilidad del MCC en AMOCSA

“La “Entrega de Turnos” es nuestro foro por excelencia, no solo reportamos los pacientes, sino intercambiamos ideas, tomamos los puntos de vista del personal. En éste, la participación del Área de Atención al Cliente es uno de nuestros máximos aportes, ya que a diario encuestamos a nuestros pacientes, se leen y se realiza cualquier intervención, para dar respuesta a la problemática encontrada. Desde el primer momento del día de trabajo, inicia nuestro MCC. Sin temor a equivocarme, puedo asegurar que en Occidente, solamente en AMOCSA nos hemos propuesto trabajar en el MCC.” (Tomado del S3)

Recuadro 2: Testimonio sobre una respuesta a las quejas de los usuarios

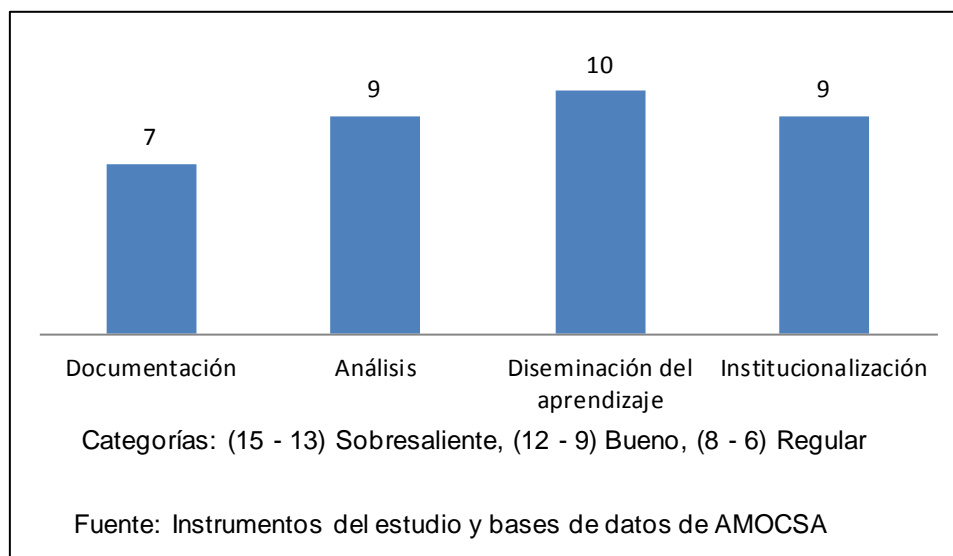
En la entrega de turnos, en varias ocasiones seguidas se leyó en las encuestas de satisfacción que los pacientes se quejaban de que en la sala de hospitalización, después de la limpieza diaria, se sentía muy fuerte el olor a cloro. Para atender esa queja, la Directora del Hospital y el Responsable de Mantenimiento se reunieron con el personal de limpieza y detectaron que estaban haciendo mal la dilución del cloro para utilizarlo en la limpieza. Consultaron la fórmula y orientaron nuevamente al personal para que se superara el problema. (Tomado de una entrevista inicial en AMOCSA).

- g) Se capacita al personal permanente y de nuevo ingreso involucrado en el MCC, mediante talleres, educación continua y apoyo técnico en el puesto de trabajo.
- h) Involucran a los usuarios en el MCC mediante encuesta diaria de satisfacción de usuarios, buzón de quejas, entrevistas telefónicas y visitas de terreno en el caso de embarazadas, púérperas y pacientes críticos.
- i) Cuentan con un área de satisfacción de usuarios y una persona encargada de la auditoría de procesos.
- j) La entrega de turnos en el hospital diariamente, primer momento del día laboral, es un espacio de detección de oportunidades de mejora, de seguimiento a las mejoras, de la práctica de valores que favorecen el MCC y de promoción de la cultura de la calidad en el hospital de AMOCSA.

Mediante la aplicación de la herramienta DASÍ (documentación, análisis, diseminación del aprendizaje e institucionalización del MCC) se calculó el puntaje que representa el avance alcanzado por AMOCSA según los criterios de esta herramienta referidos también a la institucionalización del MCC y de las mejoras de la calidad de la atención. (Ver explicación sobre el DASÍ en el inciso sobre metodología del estudio).

En la Figura 13 se presenta el puntaje por cada uno de los aspectos del DASÍ.

Figura 13: Puntaje obtenido según criterios del DASÍ



2. Estandarización de procesos clínicos

Las actividades que en AMOCSA Chinandega permiten que los procesos de atención se realicen según las normas (estandarizar), son las siguientes:

- a) Orientación de las normativas de los procesos de atención que orienta el MINSA
- b) Capacitación al personal cada vez que se comienza la aplicación de una nueva normativa
- c) Capacitación al personal de nuevo ingreso sobre las normativas y el MCC
- d) Tutoría al personal de nuevo ingreso
- e) Estudio en grupos de normas, protocolos, guías clínicas y algoritmos
- f) Implementación de mejoras en los procesos de atención según las normas
- g) Reorganización del trabajo y del personal

La estandarización de los procesos clínicos en AMOCSA también se ve favorecida por la excelente comunicación y coordinación que mantienen con las autoridades y funcionarios del SILAIS Chinandega. Esta relación se mantiene a través de las acciones siguientes:

- a) Supervisión y asistencia técnica de parte del SILAIS
- b) Presentación de reporte de cumplimiento de indicadores de calidad materno-infantil y otros por parte de AMOCSA
- c) Capacitación impartida por el SILAIS solamente para el personal de AMOCSA
- d) Invitación del SILAIS a participar en eventos de capacitación organizados para el departamento de Chinandega
- e) Invitación a compartir resultados del desempeño de indicadores de calidad con otras unidades (intercambio de experiencias y divulgación de resultados)
- f) Suministro de documentos normativos nacionales por parte del SILAIS
- g) Reporte diario de pacientes críticos, inasistentes a los programas de control prenatal y de púerperas, morbilidad general y mortalidad materna y neonatal
- h) Participación en reuniones semanales para verificación y actualización del censo gerencial de embarazadas y de productividad general de AMOCSA
- i) Presentación de reportes diarios, semanales, mensuales y anuales

3. Incorporación de mejoras en los procesos clínicos estandarizados

En AMOCSA Chinandega han implementado varias mejoras en la calidad de la atención. Para asegurar que esas mejoras se incorporen en los procesos clínicos y se mantengan como parte del trabajo diario (sostenibilidad de las mejoras), aplican los siguientes mecanismos:

- a) Capacitación al personal que implementará las mejoras para asegurar su estandarización
- b) Capacitación al personal que tiene dificultades para cumplir con las mejoras porque está afectando la estandarización
- c) Estudio en grupos de normas, protocolos, guías clínicas y algoritmos
- d) Supervisión y asistencia técnica sistemáticas
- e) Medición sistemática de indicadores de calidad
- f) Control durante las entregas de turno
- g) Visitas integrales a las salas
- h) Reorganización del trabajo y del personal
- i) Reforzamiento del trabajo en equipo
- j) Promoción de actitud positiva en el personal
- k) Llamados de atención directos

4. Recomendaciones para fortalecer la institucionalización del MCC y de las mejoras implementadas

A través de una pregunta abierta en el instrumento S3, los encuestados brindaron sugerencias para el fortalecimiento de la institucionalización del MCC y de las mejoras las cuales presentamos a continuación:

- a) Que se continúe trabajando en la gestión de calidad para conocer en cada área las debilidades y superarlas (medir indicadores, aplicar mejoras, etc.)
- b) Exigir resultados al equipo de MCC.
- c) Disminuir la rotación de personal.
- d) Crear un mecanismo de premiación para el personal y promover la competencia.
- e) Capacitación continua sobre calidad y temas clínicos.
- f) Asegurar la capacitación al personal de nuevo ingreso.
- g) Asegurar el trabajo en equipo, mediante la formación de equipos en todas las áreas.
- h) Cumplir las reuniones mensuales de los jefes de área o equipo de MCC con los directores.

- i) Revisar todos los procesos de atención a lo inmediato.
- j) Medir los indicadores ligados al desempeño de cada persona porque unos cumplen y otros no, con lo cual se baja el nivel de cumplimiento de los indicadores.
- k) Realizar asambleas con los trabajadores cada 3 meses para escuchar experiencias acerca de la atención porque hay usuarios que no llenan encuestas pero opinan.
- l) Mayor supervisión de los jefes para aplicar sanciones a los que no cumplen y estimular a los que sí lo hacen.
- m) Mejorar la comunicación interna.
- n) Mayor divulgación, a nivel interno y externo, del MCC y los logros obtenidos.
- o) Educar a los usuarios.

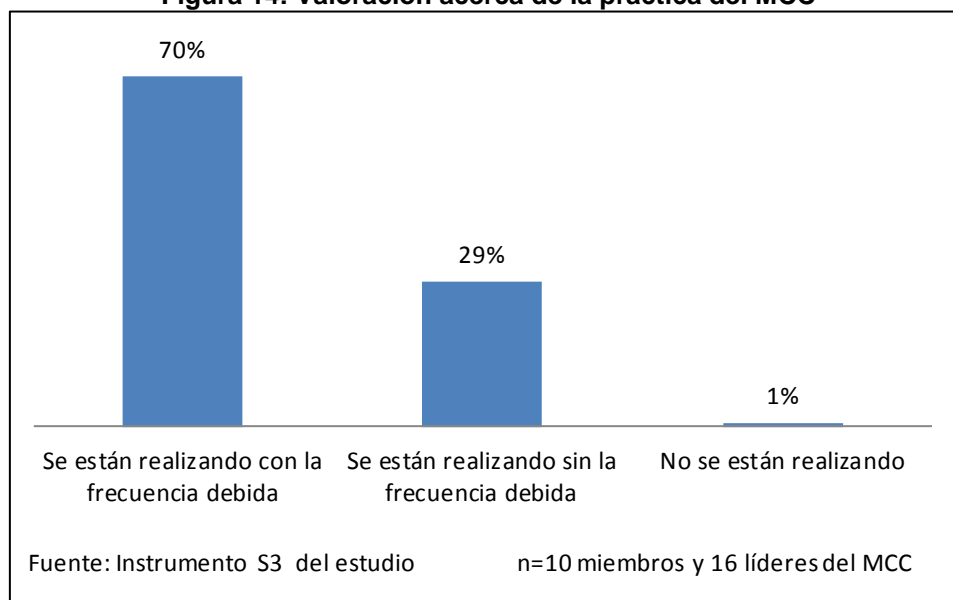
D. Evidencias de la sostenibilidad del MCC y de las mejoras de la calidad

Para identificar las evidencias de sostenibilidad, en este estudio se buscaron aspectos relacionados con los siguientes elementos: la práctica del MCC, la extensión del MCC a otras áreas, el funcionamiento del equipo de MCC, las competencias clínicas y en MCC, mantenimiento de los cambios organizacionales y el desempeño de los indicadores clínicos.

1. Práctica del MCC con la frecuencia debida y extendido a otras áreas

Tal como se puede observar en la Figura 14, sobre la base de 14 actividades básicas para realizar el mejoramiento continuo de la calidad, el 99% de los encuestados mediante el instrumento S3 respondieron que se están realizando, de éstos el 70% percibe que “con la frecuencia debida”.

Figura 14: Valoración acerca de la práctica del MCC



El porcentaje más alto en la categoría “con la frecuencia debida” (76.9%) lo tuvieron las actividades siguientes:

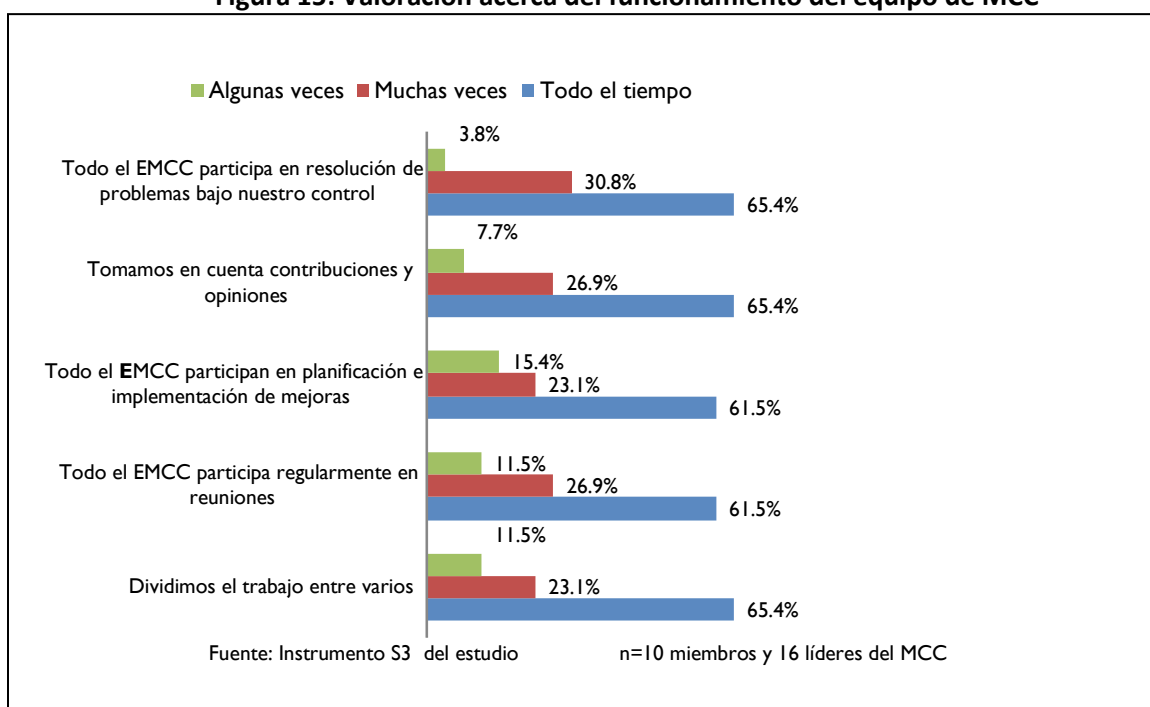
- a) Orientación de normas esenciales
- b) Implementación de ciclos rápidos de mejora (PEVA: planear-ejecutar-verificar-actuar)
- c) Mantenimiento de las mejoras de la calidad en el trabajo diario
- d) Realización de capacitaciones de forma continua para el MCC
- e) Orientación al personal nuevo acerca de los procesos de la atención estandarizados

El porcentaje más alto en la categoría “sin la frecuencia debida” lo tuvieron las actividades siguientes:

- a) Divulgación de los resultados con otras unidades de salud (38.5%)
- b) Asistencia técnica al personal para el MCC (34.6%)
- c) Selección de la muestra de expedientes para recolección de datos para medición de indicadores (34.6%)
- d) Uso de la base de datos en Excel para registrar el cumplimiento de los indicadores (34.6%)

En relación con las cinco condiciones básicas para el funcionamiento del equipo del MCC, en la Figura 15 se muestran las valoraciones obtenidas. El mayor porcentaje (65.4%) lo asignaron a la categoría “todo el tiempo” a tres de las cinco condiciones. La “participación en la resolución de problemas” es la condición a la que le asignaron el mayor puntaje en las categorías “todo el tiempo” (65.4%) y “muchas veces” (30.8%). El promedio de las valoraciones en cuanto a que cumplen las 5 condiciones en las calificaciones “todo el tiempo” fue de 63.8% y en las de “muchas veces” fue 26.2%.

Figura 15: Valoración acerca del funcionamiento del equipo de MCC



Otra de las evidencias de la institucionalización está relacionada con la expansión del MCC a otras áreas. En AMOCSA existe la política de que cada área debe reaccionar (implementando acciones e involucrando al personal correspondiente) ante las oportunidades de mejora que pertenecen a su ámbito de responsabilidad, ya sea porque se detectaron a lo interno del área o porque las señalaron los usuarios. Esto lo asegura el jefe del área que es un miembro del equipo de MCC (Consejo de Dirección) y está determinado en el Programa de Gestión de la Calidad elaborado con apoyo de USAID/HCI en el período de asistencia técnica.

Según el organigrama, existen dos direcciones generales con 21 instancias de trabajo en donde se promueve el MCC y la cultura de la calidad. Entre éstas existe una para control de calidad de la atención y una para auditoría de los procesos de atención.

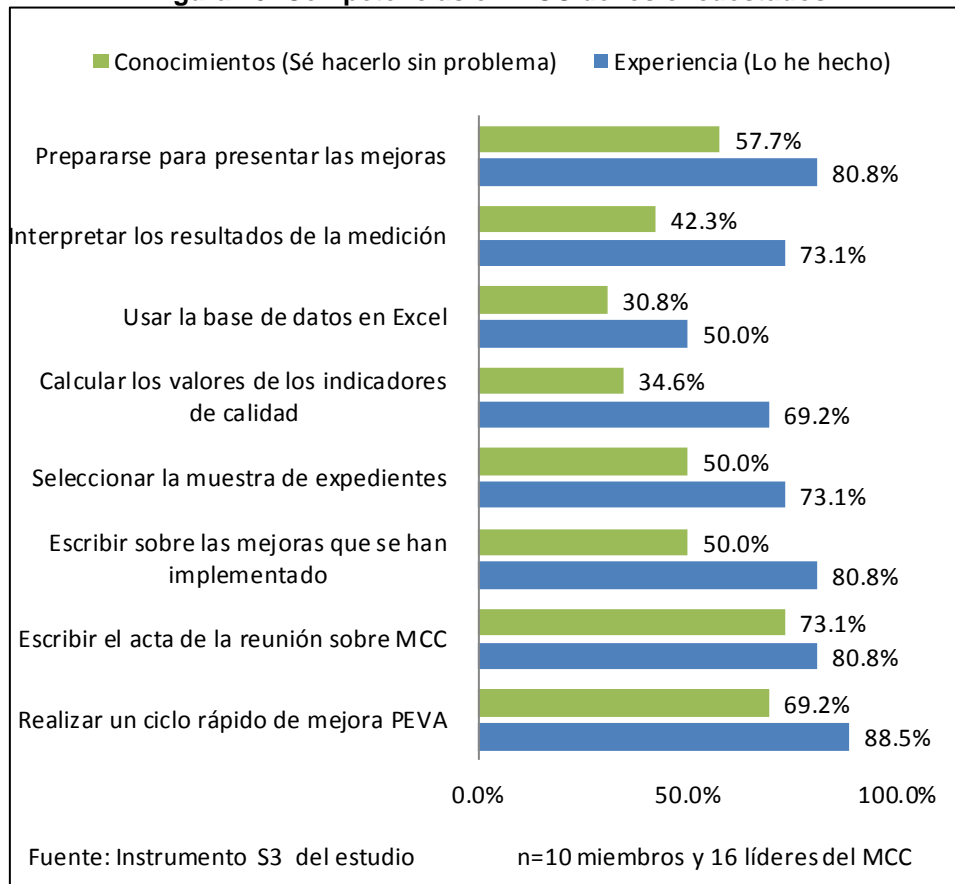
En cuanto a la aplicación del MCC, en las áreas administrativas se retoman aquellos aspectos que deben asegurar para que las demás puedan cumplir con los indicadores de calidad establecidos por el MINSA para brindar la atención. Por ejemplo los de atención materno-infantil, pacientes crónicos,

asepsia y antisepsia, VIH, planificación familiar, etc. Igualmente aquellos indicadores globales ligados con el desempeño empresarial.

2. Personal con competencias clínicas y en MCC

A continuación se presenta en la Figura 16, la información proporcionada en el instrumento S3 por los encuestados acerca de las ocho competencias básicas en MCC que han desarrollado por diferentes vías. Se les preguntó si tienen el conocimiento (saben hacerlo sin problema) y si tienen la experiencia (lo han hecho).

Figura 16: Competencias en MCC de los encuestados



Como se observa, el mayor porcentaje de ambos criterios no corresponde a la misma competencia. En experiencia es “realizar un ciclo rápido de mejora” (88.5%) y en conocimiento es “escribir el acta de la reunión” (73.1%). El porcentaje más bajo para experiencia (30.8%) y para conocimiento (50%) fue coincidente para “uso de la base de datos” para registrar la medición de indicadores. El porcentaje promedio de los 8 competencias básicas en MCC en conocimientos es 51% y en experiencia es 74.5%.

Así mismo, según datos del instrumento S3, el 88.5% de los encuestados afirma que ha recibido capacitación en MCC. En la Tabla 7 se presentan los datos cuantitativos acerca de las capacitaciones impartidas por los Asesores de USAID (QAP/HCI) al personal de AMOCSA.

Tabla 7: Datos sobre capacitación impartida por USAID (QAP/HCI)

Componente	Nº Temas	Nº Participantes/Curso
Salud Materna	12	180
Salud Infantil	4	185
Prevención de Infecciones	1	25
Planificación Familiar	1	12
Total	18	402

Fuente: Archivos USAID/HCI

3. Mantenimiento de los cambios organizacionales

A partir de la implementación del mejoramiento continuo de la calidad en la atención materna-infantil, AMOCSA fue identificando también oportunidades de mejora en aspectos organizacionales que consistieron en reordenamiento de personal, contratación de recursos especializados, acondicionamiento de ambientes, etc.

A medida que transcurrían las experiencias de MCC, AMOCSA en el 2007 elaboró su Programa de Gestión de la Calidad, el que fue definido como: “una guía, tanto para la Junta Directiva, Consejo de Dirección, como para los trabajadores en general, que orienta los pasos a seguir para incrementar la satisfacción de los clientes externos, sobre la base del incremento de la satisfacción de los clientes internos y de su efectividad y eficiencia.”¹¹

Este Programa orienta cambios organizacionales, sin embargo no ha sido evaluado su cumplimiento por lo que la Gerencia considera que es tiempo oportuno para actualizarlo según los resultados de este estudio y el contexto interno y externo de la empresa.

Así mismo, AMOCSA ha creado dos estructuras permanentes para fortalecer el MCC, como son el área de control de satisfacción de usuarios y la de auditoría de procesos. Del trabajo de estas estructuras han surgido oportunidades de mejora, que se han resuelto por acciones inmediatas o por ciclos rápidos de mejora. Por ejemplo, diariamente se aplica la encuesta de satisfacción de usuarios y se extraen quejas o recomendaciones para implementar mejoras.

Otro cambio organizacional fue la decisión tomada en cuanto a que el Consejo de Dirección asumiera el MCC en AMOCSA y por ello se constituyera también como Equipo de MCC, con lo cual se avanza en cuanto a la institucionalización y la sostenibilidad del mejoramiento continuo de la calidad, porque éste se incorpora como un contenido importante de trabajo del Consejo de Dirección.

4. Desempeño de los indicadores clínicos

En este inciso se presenta la información referida al desempeño de los indicadores de calidad de atención materna, perinatal e infantil. Para ello se consultaron las bases de datos de AMOCSA donde registran los resultados de medición que realizan cada mes, partiendo de septiembre del 2004. Cabe mencionar que este registro no se ha cumplido regularmente para todos los meses y los indicadores. Para presentar los datos en el estudio, se tomaron los indicadores más relevantes y se calculó el porcentaje promedio por cada año. Es importante notar que las listas de indicadores, tanto de atención materna y perinatal (Tabla 8), como la de atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia (Tabla 9), corresponden a las normativas del sistema de salud del país orientadas por el MINSa.

¹¹ AMOCSA. Programa de Gestión de la Calidad. Chinandega, Nicaragua. 2007.

A continuación en la Tabla 8, se enumeran los indicadores de atención materna y perinatal de los cuales se sacó el promedio.

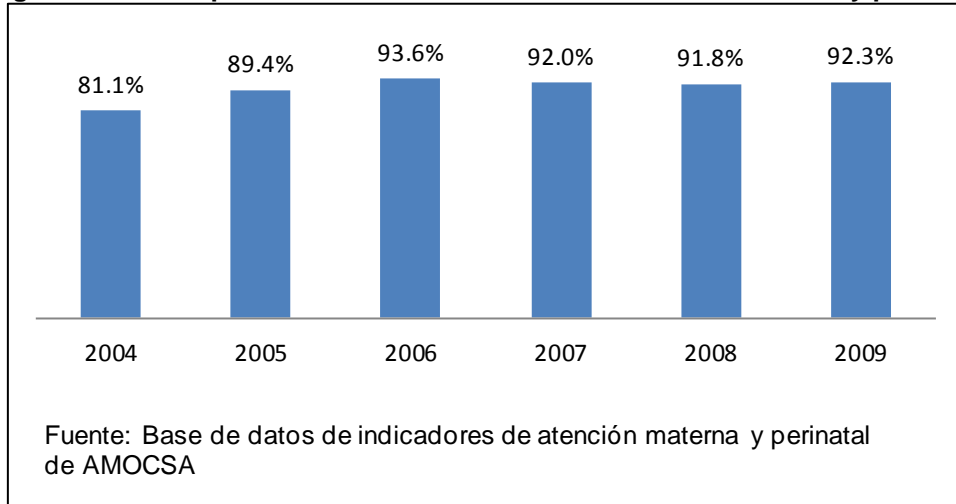
En la Figura 17 se presenta el cálculo del desempeño de los indicadores enlistados. Según los registros consultados, el porcentaje promedio del primer mes de medición (septiembre 2004) fue de 74.7%; los indicadores que obtuvieron porcentaje más bajo, según el listado anterior, fueron los No. 1 (55%), embarazadas en las que en su CPN se le llenó su HCPB y se registraron las 12 actividades normadas; el No. 8 (11%), embarazadas en trabajo de parto con partograma llenado e interpretado correctamente; el No. 9 (33%), parturientas a quienes se les aplicó en momento y dosis adecuada, oxitocina profiláctica; el No. 10 (50%), puérperas inmediatas con vigilancia adecuada. Los demás tuvieron entre 65% y 100%. Sin embargo, el promedio subió a 81.1% al cerrar el año 2004.

Tabla 8: Listado de indicadores de atención materna y perinatal

1. Porcentaje de mujeres embarazadas en las que en su CPN se le llenó su HCPB y se registraron las 12 actividades normadas
2. Porcentaje de usuarias con Hemorragias Obstétricas que recibieron tratamiento según protocolo del MINSA
3. Porcentaje de usuarias con SHG: Preeclampsia y Eclampsia que recibieron tratamiento según protocolo del MINSA
4. Porcentaje de usuarias con sepsis por causa obstétrica que recibieron tratamiento según protocolo del MINSA
5. Porcentaje de usuarias con atención Postaborto que recibieron tratamiento según protocolo del MINSA
6. Porcentaje de nacimientos (vaginales y cesáreas) en unidades de salud de AMOCSA
7. Porcentaje de embarazadas con Amenaza de Parto Pretérmino (APP) a quienes se les aplicó correctamente la Dexametasona
8. Porcentaje de embarazadas en trabajo de parto con partograma llenado e interpretado correctamente
9. Porcentaje de parturientas a quienes se les aplicó en momento y dosis adecuada, oxitocina profiláctica para reducción de hemorragia post parto
10. Porcentaje de puérperas inmediatas con vigilancia adecuada
11. Porcentaje de puérperas que recibieron consejería en planificación familiar antes de su egreso
12. Porcentaje de puérperas que egresaron con un método de planificación familiar
13. Porcentaje de recién nacidos/as a quienes se examinó y registró en la HCPB (expediente clínico) las 12 actividades seleccionadas
14. Porcentaje de recién nacidos egresados cumpliendo con los criterios establecidos

Fuente: Base de datos de AMOCSA

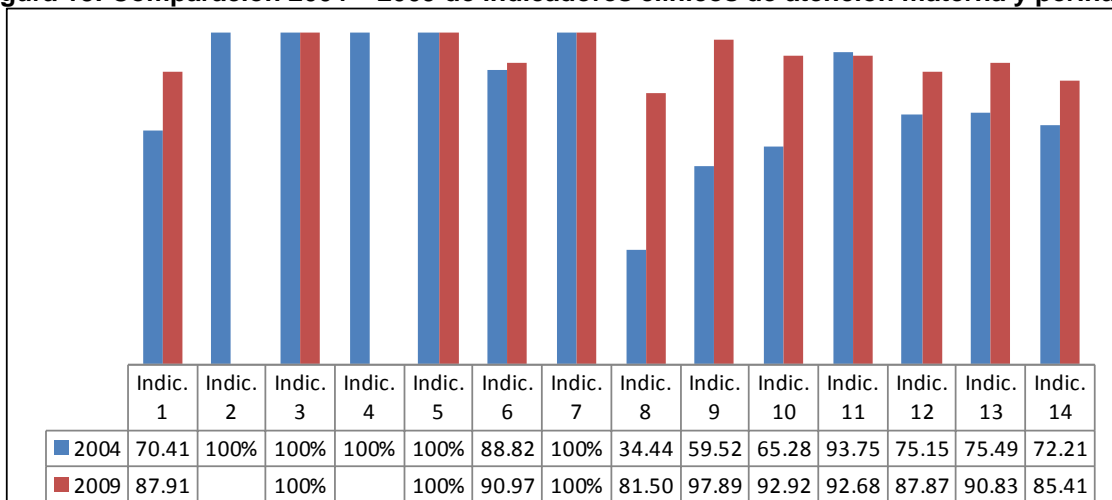
Figura 17: Desempeño de indicadores clínicos de atención materna y perinatal



Así mismo, después del 2004, el indicador No. 1 se mantuvo en un rango mensual del 100% al 80%, con excepción del mes de junio del 2008 que registró el 75%. El rango mensual del indicador No. 8 fue de 70% a 100%, con excepción del mes de febrero del 2005 (66%). Para el No. 9 fue de 80% a 100%, a excepción del año 2005 en enero (33%) y febrero 66%. Para el No. 10 fue de 85% a 100% a excepción del mes de julio de 2007 (81%).

En la Figura 18, se muestra el cambio o avance que ha tenido AMOCSA en el desempeño de los 14 indicadores materno y perinatal. Como se observa, el promedio del desempeño de todos los indicadores se mantuvo o se incrementó durante el período 2004 - 2009. Según la información de la base de datos, los indicadores en los que se incrementó más su desempeño fueron: el No. 8 (porcentaje de embarazadas en trabajo de parto con partograma llenado e interpretado correctamente), el No. 9 (porcentaje de parturientas a quienes se les aplicó en momento y dosis adecuada, oxitocina profiláctica para reducción de hemorragia posparto), y el No. 10 (porcentaje de puérperas inmediatas con vigilancia adecuada), aumentando 47.1, 38.3, y 27.7 puntos porcentuales respectivamente.

Figura 18: Comparación 2004 – 2009 de indicadores clínicos de atención materna y perinatal



Nota: En los indicadores 2 y 4 no se presentaron casos en el 2009.

Fuente: Base de datos de indicadores de atención materna y perinatal de AMOCSA

El nivel de desempeño de estos indicadores ha contribuido, junto a otros factores, a que de un total de 2377 partos atendidos en el período 2004 – 2010, solamente hayan tenido 2 muertes maternas, las cuales sucedieron en el 2004; esta fue la razón por la que el SILAIS Chinandega promovió la implementación del mejoramiento continuo de la calidad en la atención materno-infantil en AMOCSA y con éste la integración permanente de esta IPSS a las diferentes acciones del SILAIS en relación con los servicios de salud del departamento de Chinandega.

A continuación en la Tabla 9, se enumeran los indicadores de la atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) de los cuales se sacó el promedio.

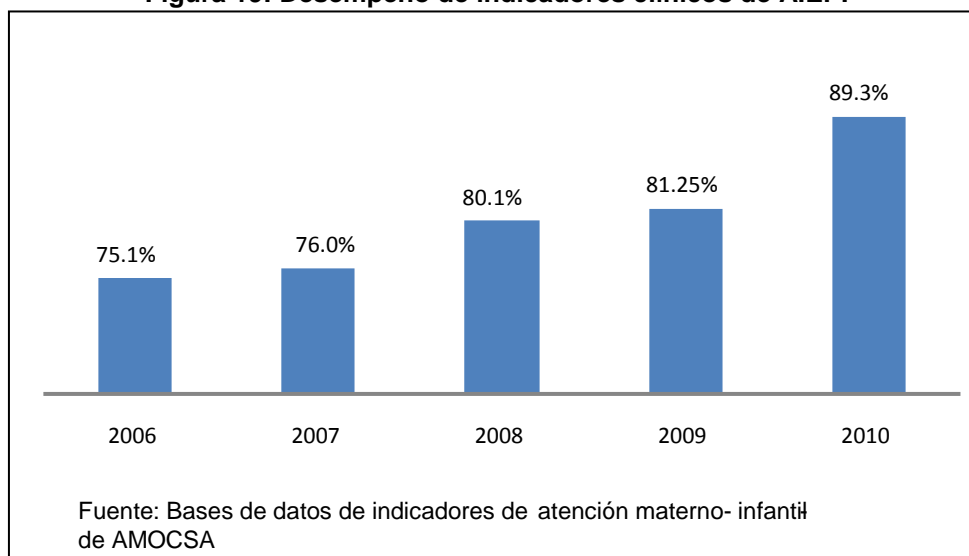
En la Figura 19, se presenta el desempeño de los indicadores de calidad para el AIEPI desde el 2006 que se inició el mejoramiento continuo de la calidad en esta área de atención. El porcentaje alcanzado en el mes de marzo 2006, que comienzan a medir los tres indicadores, el promedio de 72.61%. Al final de 2006 llegaron a 75.10%.

Tabla 9: Listado de indicadores de AIEPI (2006 – 2009)

1. Porcentaje de niños(as) con diagnóstico de neumonía No grave que recibieron el tratamiento adecuado.
2. Porcentaje de niños(as) con diagnóstico de crisis de asma bronquial que recibieron el tratamiento adecuado.
3. Porcentaje de niños(as) con diagnóstico de diarrea con o sin deshidratación que recibieron el tratamiento adecuado.

Fuente: Base de datos de AMOCSA

Figura 19: Desempeño de indicadores clínicos de AIEPI



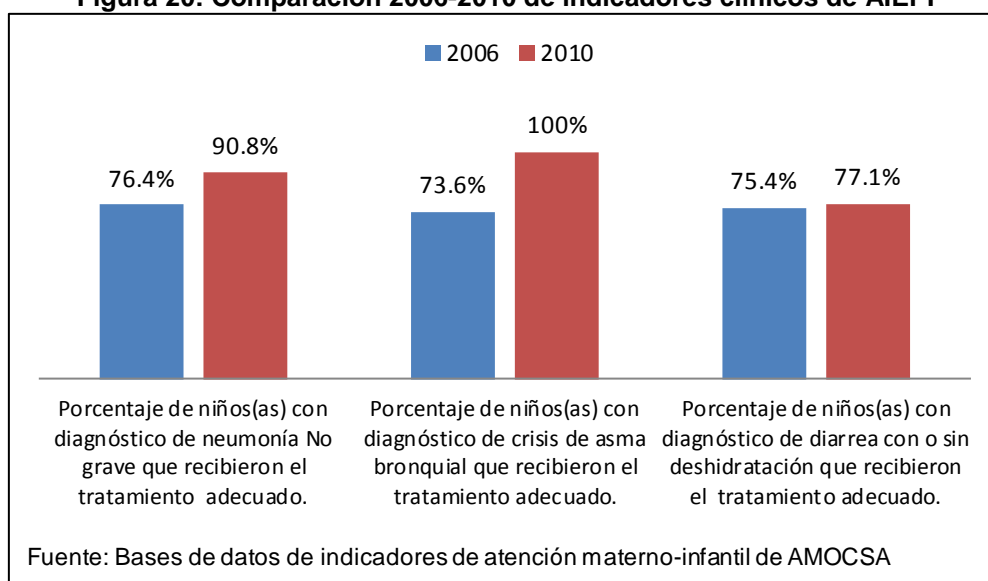
En la Figura 20, se muestra el cambio o avance que ha tenido AMOCSA en el desempeño de los tres indicadores AIEPI. Como se observa, todos los indicadores incrementaron durante el período 2006 - 2010. Los indicadores que incrementaron más el porcentaje de su desempeño fueron: el porcentaje de niños(as) con diagnóstico de neumonía No grave que recibieron el tratamiento adecuado (14.4 puntos porcentuales) y porcentaje de niños(as) con diagnóstico de crisis de asma bronquial que recibieron el tratamiento adecuado (26.4 puntos porcentuales).

V. DISCUSIÓN

El estudio realizado en AMOCSA Chinandega ha mostrado evidencias del nivel de avance en la institucionalización y sostenibilidad de las acciones y capacidades para impulsar el MCC y las mejoras de la calidad de la atención logradas, siendo las más relevantes las que se resumen a continuación.

1. El MCC se ha establecido como un proceso de trabajo permanente. Según la Figura 7, solamente el 6.7% de los líderes y el 5.7% de los miembros encuestados, expresaron que los roles los cumplen “algunas veces”. La mayoría los ubicaron en las categorías “todo el tiempo” y “muchas veces”. Así mismo, según la Figura 14, el 70% del total, también expresó que las actividades de MCC se realizan con la “frecuencia debida”. Para el funcionamiento del equipo de MCC, Figura 15, el mayor promedio de encuestados expresó que cumplen las cinco condiciones básicas para el funcionamiento del equipo del MCC en las calificaciones “todo el tiempo” (63.8%) y “muchas veces” (26.2%), ambos resultan del cálculo del promedio de las categorías respectivas.

Figura 20: Comparación 2006-2010 de indicadores clínicos de AIEPI



2. Se evidencia también, que los procesos clínicos de atención se han estandarizado siguiendo las normativas del sistema de salud del país; de igual forma, según el caso, de acuerdo con los indicadores empresariales, dado que AMOCSA pertenece al sector privado nacional. Todo esto genera, de forma continua, una serie de mejoras en los procesos clínicos de atención, así como en los gerenciales y los administrativos. De ahí que, el desempeño de los indicadores refleja cambios importantes al relacionar los porcentajes alcanzados en el 2004 con los de 2009 y 2010. Según la Figura 17, en atención materna y perinatal el promedio pasó de 81.1% en 2004 a 92.3% en 2009. En los indicadores clínicos de AIEPI, pasó de 75.1% en 2006 a 89.3% en 2010, según la Figura 19. Estos datos también se relacionan con la sostenibilidad de las mejoras aplicadas.
3. Por otra parte, el MCC ha adquirido fuerza, porque se inició en la atención materno-infantil, sin embargo se ha extendido a todas las 13 áreas de AMOCSA,¹² ya que los miembros del Equipo de MCC, Consejo de Dirección, han asumido el compromiso de involucrarse de forma integral en el MCC para todos los procesos.

¹² Consulta Externa, Enfermería, Farmacia, Laboratorio, Recepción, Riesgos, Filial Corinto, Filial El Viejo, Filial Chichigalpa, Atención al Cliente, Auditoría de Procesos, Mantenimiento, e Higiene y Seguridad.

4. El desarrollo del entrenamiento clínico y en MCC es uno de los soportes importantes para la sostenibilidad del aseguramiento de la calidad. Es un sistema que funciona permanentemente, para contribuir a cerrar las brechas en la calidad, cuando la solución puede estar por la vía de la capacitación. Un promedio del 76.0%, calculado con los datos de la Figura 6, percibe que las formas de capacitación se realizan con la frecuencia debida. Según datos del instrumento S3, el 88.5% afirma que ha recibido capacitación en MCC. Estos datos recabados en AMOCSA muestran la importancia que asignan a la capacitación. El 100% de los trabajadores están involucrados en el MCC y todo del personal de nuevo ingreso ha sido capacitado en MCC.
5. Finalmente, hay evidencias en los elementos que conforman el ambiente facilitador para el MCC, el promedio de las percepciones sobre la práctica de los cuatro valores básicos para el MCC, se ubicó, en su mayoría, en “todo el tiempo” (73.1%) y “muchas veces” (24.0%), calculado según los promedios de los datos de la Figura 8. La del apoyo de las autoridades estuvo en “todo el tiempo” (76.9%) y “muchas veces” (19.2%), según la Figura 12. La menor valoración, según la Figura 10, estuvo en la percepción sobre los estímulos y reconocimientos, que fue en la calificación de “algunas veces” (46.2%).

Dado que en un estudio similar realizado en el MINSA, se incluyó al SILAIS Chinandega, donde también está ubicada AMOCSA, a continuación se presentan comparaciones entre aquellos resultados que son coincidentes.

En las tres unidades de salud del SILAIS Chinandega, participantes en el estudio del MINSA, los equipos de MCC se crearon solamente en las áreas de atención materna-infantil y se ha extendido solamente a un área más de la unidad. Sin embargo, en AMOCSA el equipo de MCC es el mismo que funciona como Consejo de Dirección, lo que facilita que se practique en las instancias de apoyo, por ejemplo en mantenimiento, estadística, recepción, atención al cliente, auditoría de procesos, higiene y seguridad, etc., así como en las instancias asistenciales como consulta externa, laboratorio, farmacia, programas preventivos, etc. y que las mejoras surjan en todas éstas.

La percepción sobre el apoyo de las autoridades al MCC en AMOCSA es 74.4% en la calificación “todo el tiempo”, promedio de los porcentajes para supervisión, responsabilidad y monitoreo que aparecen en la Figura 12.¹³ La percepción sobre el apoyo de las autoridades al MCC en las unidades del SILAIS de Chinandega es de 83.3% en la calificación “todo el tiempo”.

En cuanto a la práctica de los cuatro valores “todo el tiempo”, es de 62.5% de los encuestados del SILAIS Chinandega¹⁴ y de 73.1% de AMOCSA. En los dos estudios, la valoración sobre estímulos y reconocimientos es baja; en AMOCSA el 46.2% percibe que se realiza solo “algunas veces” (Figura 10) y en el SILAIS el 57% expresó estar en “desacuerdo” con que se recompensa, frente al 13.6% que expresó “de acuerdo”.

En general, los resultados obtenidos del estudio muestran que AMOCSA tiene una plataforma firme para fortalecer el MCC y sostener los niveles de calidad, así mismo, que la intervención de los Proyectos de USAID (QAP y HCI) ha impactado en toda la organización. Sin embargo, hay una serie de factores, que mencionaremos a continuación, que por diversas formas pueden estar influyendo para que AMOCSA no alcance todavía mayor madurez en la implementación del MCC o que vayan más rápidos.

Entre los factores más importantes podemos referirnos a la tecnificación de la información, porque se dispone de gran cantidad de ésta, pero no está produciendo datos que puedan ayudar en la toma de decisiones. Otro es la supervisión, que no está obteniendo los resultados esperados en cuanto a

¹³ Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud (USAID/HCI). 2011. Resultados del Estudio sobre Sostenibilidad de las Mejoras en la Atención Materno-Infantil e Institucionalización del Mejoramiento Continuo de la Calidad en 30 unidades de 10 SILAIS del Ministerio de Salud de Nicaragua. Managua, Nicaragua.

¹⁴ *Ibidem*.

que se cumpla un alto nivel de estandarización de los procesos. Por ejemplo, solamente el 65.4% de los encuestados expresó haber recibido apoyo técnico en el puesto de trabajo. Aquí hay que revisar si así ocurre en las áreas asistenciales o en las de apoyo administrativo.

Así mismo, la instancia creada con el nombre de Auditoría de Procesos todavía no desempeña su rol con fuerza en el mejoramiento continuo de los procesos en general, utilizando las metodologías del MCC, para que éste vaya siendo del dominio de todo el personal, ya que tienen experiencias importantes relacionadas con MCC. En este sentido, el Equipo de MCC—el Consejo de Dirección—carece de un nivel homogéneo de especialización sobre las metodologías de mejoramiento continuo de la calidad. Esto influye para que en algunas áreas de AMOCSA, el MCC esté en un nivel incipiente. Por otra parte, el Programa de Gestión de la Calidad requiere actualización para estar acorde con el avance que ha tenido AMOCSA y, que el programa recupere su carácter orientador en función de fortalecer esa cultura de la calidad que está en proceso de construcción.

Siguiendo un enfoque sistémico, los sistemas organizacionales de AMOCSA no siempre están ajustados para que funcionen en estrecha articulación con el sistema de mejoramiento continuo de la calidad. Por ejemplo, el sistema de recursos humanos con sus procesos de selección y contratación de personal, evaluación al desempeño, capacitación, reconocimiento y estímulos, etc. debe implementar acciones para evitar que la estandarización de procesos, las metodologías de MCC, la práctica de valores, etc. se debiliten por la rotación de personal o por una captación deficiente.

Si bien el estudio no refleja información causal en cuanto al por qué de las respuestas de los encuestados, AMOCSA está en la mejor disposición para tomar los resultados y emprender un proceso de fortalecimiento del MCC, indagando causas y partiendo lo que ha logrado hasta el momento del estudio.

Es posible que en AMOCSA, haya mayor conocimiento y experiencia en MCC en el personal asistencial materno-infantil y menos en el de apoyo administrativo. Lo cual no debe ocurrir porque se puede debilitar el nivel de sostenibilidad e institucionalización que se busca, ya que puede suceder que el personal de apoyo administrativo y los procesos que implementan no se correspondan con los requerimientos de calidad de las otras áreas clínicas. Si es así, se debe identificar cuáles son las áreas de apoyo administrativo que deben tener mayor prioridad para el fortalecimiento del MCC. En esto puede favorecer que el Equipo del MCC o Consejo de Dirección conozca muy bien la situación y tenga capacidad para asumir el reto de fortalecer el MCC en las áreas que estén más débiles.

En la literatura enfocada en el desempeño de sistemas de salud en el mundo, hay muchos estudios y documentación examinando las similitudes y las diferencias entre sistemas públicos y privados. Hay ventajas y desventajas de cada sistema. Este estudio en AMOCSA es el comienzo para tener una idea detallada del MCC en el sistema privado. Sin embargo, hay algunas limitaciones en el estudio de AMOCSA. Primero, el número total de personas entrevistadas es muy bajo (n=26). Así mismo, obtener los resultados de solo una IPSS del país no es representativo de la experiencia del total de 25 IPSS que al cierre del 2010 están funcionando en Nicaragua. Sería interesante realizar un estudio más amplio, comenzando por investigar más sobre las diferencias en la institucionalización de MCC entre empresas privadas versus las unidades de salud públicas.

VI. CONCLUSIONES

Tanto para AMOCSA como para las demás IPSS del sistema de salud de Nicaragua, este estudio constituye la primera experiencia para indagar sobre la implementación del MCC. Se ha aplicado un enfoque particular para medir y mostrar resultados. Desde la concepción del estudio, las variables e indicadores, así como las técnicas e instrumentos utilizados hasta la elaboración de este informe de resultados, constituye un conocimiento y una experiencia generados a partir de los antecedentes de este tipo de estudios en otros países apoyados por el Proyecto de USAID de Mejoramiento de la Atención en Salud.

Los resultados aquí presentados señalan varias acciones que las autoridades de AMOCSA pueden tomar de inmediato para continuar su avance en el mejoramiento continuo de la calidad:

1. Actualizar el Programa de Gestión de la Calidad mediante una metodología participativa.
2. Divulgar el Programa de Gestión de la Calidad siguiendo un plan para este fin.
3. Actualizar el diseño organizacional y metodológico de la instancia de Auditoría de Procesos en concordancia con el Programa de Gestión de la Calidad.
4. Diseñar el sistema de información de AMOCSA y actualizar las bases de datos existentes para un mejor desempeño de las mismas.
5. Iniciar la revisión de procesos de trabajo desde el enfoque del MCC.
6. Fortalecer metodológicamente el proceso de supervisión.
7. Incorporar al MCC las variables e indicadores utilizados en el estudio y construir su base de datos para el monitoreo.

BIBLIOGRAFÍA

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

<http://www.hciproject.org/node/2126>.

Franco LM, Márquez L, Ethier K, Balsara Z, Isenhowe W. Results of Collaborative Improvement: Effects on Health Outcomes and Compliance with Evidence-based Standards in 27 Applications in 12 Countries. *Collaborative Evaluation Series*. Publicado por el Proyecto de USAID de Mejoramiento de la Atención en Salud. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC). Diciembre 2009. Disponible en la página web: <http://www.hciproject.org/node/1397>.

Franco LM, Silimperi DR, Veldhuyzen van Zanten T, MacAulay C, Askov K, Bouchet B, Márquez L. Sostenibilidad de la Calidad en la Atención de Salud: Institucionalización de la Garantía de la Calidad. Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional por el Proyecto de Garantía de Calidad. Bethesda, MD: Center for Human Services. Junio 2004. Disponible en la página web: <http://www.hciproject.org/node/1458>.

Huntington D, Zaky HHM, Shawky S, Fattah FA, El-Hadary A. Impact of a Service Provider Incentive Payment Scheme on Quality of Reproductive and Child-health Services in Egypt. *Journal of Health, Population and Nutrition*. 2010. 28 (3).

Kalk A y col. 2010. Paying for Performance in Rwanda: Does it Pay off? *Tropical Medicine and International Health*. 2010. 15(2): 182-90.

Lin Y, Hermida J, Hernández F, Núñez O, Urbina L. Using Quality Assessment to Improve Maternal Care in Nicaragua. Quality Assurance Project Case Study. Bethesda, MD: Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional por el Proyecto de Garantía de Calidad. 2003. Disponible en la página web: <http://www.hciproject.org/node/529>.

Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). Value for Money in Health Spending. 2010.

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

Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud (USAID/HCI). Informes anuales USAID/HCI-Nicaragua. 2008-2010.

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

University Research Co., LLC
De donde fue la Vicky-1 cuadra abajo, 1 cuadra al sur
Plaza San Ramón, 2do piso, Módulo No. 6
Managua, Nicaragua
Tel: 22-787-112

University Research Co., LLC
7200 Wisconsin Avenue, Suite 600
Bethesda, MD 20814 EE.UU.
Tel: (301) 654-8338
Fax: (301) 941-8427
www.hciproject.org