



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

PROYECTO ASSIST
DE USAID

*Aplicando la Ciencia para Fortalecer
y Mejorar los Sistemas de Salud*

GUÍA PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD.

**MEJORANDO LA ATENCIÓN EN SALUD
CON APLICACIÓN A LA ATENCIÓN EN EL CONTEXTO
DE LA EPIDEMIA DEL ZIKA**

ECUADOR - ABRIL 2019

AVISO

Los contenidos de esta guía de capacitación son de exclusiva responsabilidad de University Research Co., LLC (URC) y no reflejan necesariamente los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional o del Gobierno de los Estados Unidos.

El contenido del presente documento desarrollado por Personal Técnico de University Research Co URC-CHS laborando bajo el Proyecto de USAID Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud ASSIST, el cual es posible gracias al apoyo del pueblo americano por medio de la Oficina de Sistemas de Salud del Buró de Salud Global de la USAID. El proyecto es manejado por URC bajo los términos del Contrato Número AID-OAA-A-12-00101. Los socios de URC para las actividades de Zika incluyen a la Academia Americana de Pediatría; FHI 360; Institute for Healthcare Improvement y WI-HER, LLC.

Para mayor información sobre el trabajo del Proyecto ASSIST de USAID, por favor visite la dirección www.usaidassist.org o escriba a assist-info@urc-chs.com.

La versión original de la guía de capacitación en Mejoramiento de la Calidad en Zika está disponible en: <https://www.usaidassist.org/resources/guia-de-capitacion-del-participante-mejorando-la-atencion-en-salud>.

El Proyecto colabora con los países en desarrollo elegibles para recibir asistencia de USAID, ofreciendo asistencia técnica para la mejora continua de la calidad en la provisión de los servicios de salud.

Para la elaboración de los Módulos desarrollados por el personal de URC-CHS se han tomado también como base documentos producidos por los Proyectos de Garantía de la Calidad (QAP) y ASSIST financiados por USAID.

Se autoriza el uso del contenido de esta Guía para la Capacitación en Mejoramiento de la Calidad en Salud, citando la fuente.

Agradecimientos:

El primer borrador de esta Guía fue elaborado por Liz Taylor, quien asistió a la capacitación de dos días sobre mejoramiento dictada por Rashad Massoud, y tradujo el curso presencial para convertirlo en una guía amigable con el usuario dirigida a los participantes. El personal de University Research Co., LLC (URC) actualizó y completó la Guía con apoyo de WI-HER, LLC en el marco del Proyecto Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud (ASSIST) de USAID, financiado por el pueblo norteamericano a través de la División de Salud Global, Oficina de Sistemas de Salud, de USAID.

Cita recomendada:

Massoud R, Hermida J, Vieira LF, Ayabaca P, Vargas F, 2019. ***Guía para la Capacitación en Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud.*** Mejorando la Atención en Salud con aplicación a la atención en el contexto de la Epidemia del Zika. Publicado por el Proyecto ASSIST de USAID. Chevy Chase, MD: University Research Co., LLC (URC).

ISBN 978-9942-36-145-5

TABLA DE CONTENIDOS

Siglas	iv
INTRODUCCIÓN	5
Objetivos de aprendizaje de la Guía	6
MÓDULO 1: ATENCIÓN DE SALUD DE CALIDAD EN EL CONTEXTO DEL ZIKA.	7
Calidad de la Atención en Salud: Perspectivas del Proveedor del Servicio y del Cliente o Usuario	7
Dimensiones de la Calidad	7
Principios del Mejoramiento de la Calidad	8
Factores Determinantes de una Atención en Salud de Alta Calidad	9
Atención de Calidad en el Sistema de Prestación de Servicios en el Contexto del Zika:	
Insumos – Procesos – Resultados	11
La Ciencia del Mejoramiento	12
El Modelo de Mejoramiento y el Ciclo PEVA	13
Sistema de Prestación de Servicios I-P-R para el Tamizaje de Microcefalia en Recién Nacidos	17
MÓDULO 2: ¿CÓMO SE PUEDE MEJORAR LA ATENCIÓN EN SALUD? EL MODELO DE MEJORA CONTINUA.....	18
Sección 1: Definir el Objetivo de Mejoramiento	19
Sección 2: Formando el Equipo de Mejoramiento	23
Sección 3: Entendiendo el Proceso Actual.....	26
Sección 4: Desarrollar Indicadores	32
Sección 5: Desarrollar, Poner a prueba, e Implementar un Cambio. ¿Qué cambios podemos hacer para mejorar el proceso de atención?	41
Sección 6: Trazando Gráficos de Series de Tiempo	48
MÓDULO 3: ENFOQUE COLABORATIVO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD.....	51
Qué es un colaborativo y su valor agregado al mejoramiento de la calidad en salud	50
Modelo y Fases para el Mejoramiento Colaborativo Exitoso	52
La propuesta de trabajo del Proyecto ASSITS con el Enfoque de Tres Colaborativos	55
Colaborativo de Atención Prenatal	55
Colaborativo de Recién Nacido	56
Colaborativo de Cuidado y Apoyo	57
BIBLIOGRAFÍA	58

Siglas

APN	Atención prenatal
APP	Atención posparto
ASSIST	Proyecto de USAID Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud
CUS	Cobertura Universal de Salud
EEUU	Estados Unidos de América
GO	Gineco-Obstetricia
HCI	Proyecto de USAID Mejoramiento de la Atención en Salud
MC	Mejoramiento de la Calidad
MCC	Mejoramiento de la Calidad Continuo
MEF	Mujeres en edad fértil
NEJM	Revista de Medicina de Nueva Inglaterra
OMS	Organización Mundial de la Salud
PEVA/PDSA	Planificar – Ejecutar – Verificar - Actuar PEVA
PF	Planificación familiar
POE	Procedimiento operativo estandarizado
PP	Posparto
PT	Partera tradicional
SCaZ	Síndrome Congénito asociado a Zika
URC	University Research Co., LLC
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

INTRODUCCIÓN

Este guía es una introducción a la temática relacionada con la implementación del mejoramiento de la calidad aplicado a la atención en servicios de atención prenatal y del recién nacido, en lo que se relaciona a acciones para la prevención, tamizaje, diagnóstico y manejo inicial de problemas relacionados a la infección con el virus del Zika. Está dirigido a profesionales que tengan el rol de Facilitadores a los Equipos de Mejora Continua de la Calidad de la Atención, o a miembros de dichos Equipos. La guía está estructurada con el fin de proporcionar una visión general de la ciencia del mejoramiento, y revisar principios clave y métodos necesarios para comprender e implementar un proyecto de mejoramiento.

La guía inicia introduciendo la parte conceptual del Mejoramiento Continuo de la Calidad en salud; la definición de calidad de la atención, diferentes perspectivas sobre el problema de cómo lograr la calidad de la atención en salud, y cómo la calidad es esencial para alcanzar las prioridades globales en salud. Seguidamente, se describen resultados que ilustran lo que se puede lograr al implementar el mejoramiento dentro de un sistema de atención en salud. En este punto se cubrirá el modelo para el mejoramiento, junto con los principios clave para mejorar la atención.

Seguidamente, se conduce al participante a lo largo de un estudio de caso detallado sobre la mejora de servicios en el contexto del Zika en un establecimiento de salud en América Latina. Si bien la guía utiliza un ejemplo de un país en vía de desarrollo y en contexto de la Epidemia del Zika; la teoría, métodos y principios aquí analizados pueden ser aplicados en cualquier contexto y país. El ejemplo analiza las decisiones y pasos que tomó el equipo de mejoramiento para alcanzar los resultados. Los ejercicios inician con la construcción de un enunciado de la meta u objetivo e incluyen la producción de un flujograma, el desarrollo de indicadores, y el trazado de resultados en un gráfico de series de tiempo.

Finalmente, se presenta el Enfoque de Trabajo Colaborativo para fortalecer y mejorar la calidad en salud. Las intervenciones que desarrolla el proyecto ASSIST se basan en tres momentos clave de la atención a pacientes embarazadas, recién nacidos e infantes que podrían estar afectados por el virus:

1. Atención Prenatal;
2. Atención al Recién Nacido;
3. Cuidado y Apoyo al niño afectado por SCaZ y su familia

Sobre la base de la experiencia generada en el trabajo se presentan los Objetivos, Líneas de Acción, Indicadores y Perfiles de los Miembros de los Equipos por cada uno de los tres colaborativos, que ilustran operativamente el enfoque definido conceptualmente con anterioridad.

Objetivos de aprendizaje de la Guía.

Esta Guía introduce al Mejoramiento Continuo de la Calidad y su aplicación para optimizar la Atención en Salud; y el curso está diseñado alrededor de estudios de caso de servicios en el contexto Zika. Conduce al Facilitador y a los Equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad, a través de ejercicios de simulación basado en una experiencia real de mejoramiento de servicios en el contexto Zika. Los fundamentos y métodos para el mejoramiento de la atención en salud se ven ilustrados a lo largo de una serie de módulos sobre mejoramiento.

Después de realizar este curso, los participantes serán capaces de:

1. Conocer las bases conceptuales y metodológicas del Mejoramiento Continuo de la Calidad de Atención (MCC), con aplicación a la atención en el contexto Zika.
2. Conocer y discutir el rol del Facilitador y de Equipos de Mejora en el contexto del proyecto ASSIST/Zika en el Perú, incluyendo técnicas de formación de equipos de mejora y apoyo continuo a los mismos.
3. Conocer y practicar el uso de herramientas de medición y análisis de la calidad: estándares e indicadores, gráficos de series de tiempo en el contexto Zika.
4. Conocer y practicar el Modelo de Mejora de la Atención, aplicado al contexto Zika.
5. Planificar la organización de actividades, formación de los equipos de mejoramiento de calidad y procesos colaborativos de MCC.

Módulo 1: Atención de Salud de Calidad en el Contexto del Zika.

Calidad de la Atención en Salud: Perspectivas del Proveedor del Servicio y del Cliente o Usuario.

La calidad es un atributo de la atención en salud, que se produce cuando dicha atención se ejecuta en la práctica de acuerdo a normas (protocolos, estándares) basados en evidencia científica. Además, dicha atención, para ser de calidad, debe responder a las expectativas de quienes reciben el cuidado, es decir los usuarios.

Entre los aspectos básicos de la calidad de la atención están la Calidad Técnica, que se refiere a que los contenidos técnicos y la ejecución de la atención de salud deben ceñirse a las normas basadas en la evidencia científica, y la Calidad percibida por el usuario, que se refiere más bien a cómo la usuaria/o percibe aspectos relativos al trato interpersonal, tiempos de espera, comodidades, limpieza, satisfacción con la atención recibida, y otros.

Una atención de salud con calidad no se produce al azar, ni es solamente el resultado de la buena o mala voluntad de los trabajadores de la salud. La calidad en la atención es el resultado de un esfuerzo estructurado de planeación, ejecución, control y mejora continua. A este esfuerzo le llamamos Gestión de la Calidad en Salud, que incluye todas las acciones que se llevan a cabo para mejorar la atención de salud. Como lo menciona Berwick,¹ esta es una transformación gerencial sistemática, que aborda las necesidades y oportunidades de todas las organizaciones en la medida que éstas intentan enfrentarse a los constantes cambios, complejidades y tensiones dentro de sus entornos.

Un Sistema de Gestión de la Calidad en Salud se construye en la estructura funcional del sistema de salud, cuya autoridad sanitaria es el Ministerio de Salud Pública, y permea la formulación de políticas públicas, normativas técnicas, instrumentos legales, procesos y herramientas técnicas sobre la gestión en la atención integral de salud; desarrollando una cultura de calidad orientada hacia resultados deseados en la salud de la población y la satisfacción del/a usuario/a.

Dimensiones de la Calidad.

Si bien diversos expertos en la garantía de calidad pueden tener definiciones distintas del término calidad, en general están de acuerdo con un constructo integral que refleja la complejidad inherente en cualquier esfuerzo para mejorar o aumentar al máximo el estado de salud. Basándose en más de un decenio de experiencia en el uso de los métodos de garantía de la calidad para mejorar la asistencia sanitaria en los países en desarrollo y con ingresos medios de todo el mundo, el Proyecto

1 Berwick DM. Medical associations: guilds or leaders? BMJ. 1997. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/314/7094/1564>

de Garantía de Calidad ² ha identificado nueve dimensiones que abarcan la atención de calidad, según se expone en el siguiente cuadro.³

CUADRO 1.- Dimensiones de la Calidad.

DIMENSIÓN	DEFINICIÓN
1. Desempeño técnico	Cumplimiento de las normas técnicas.
2. Acceso a los servicios	Eliminación de las barreras geográficas, económicas, sociales, organizativas o lingüísticas, a la atención.
3. Eficacia de la atención	Grado de logro de los resultados de la salud.
4. Eficiencia de la atención	Uso de recursos mínimos para lograr los resultados deseados.
5. Relaciones interpersonales	Comunicación eficaz, escucha, establecimiento de la confianza, respeto, sensibilidad y confidencialidad.
6. Continuidad de los servicios	La uniformidad del proveedor, según convenga y sea factible, así como referencias oportunas y apropiadas.
7. Seguridad	El grado en que el riesgo de lesión, infección o efectos colaterales se reduce al mínimo.
8. Infraestructura física - comodidad	Aspectos diversos de la atención, tales como el aspecto físico, el aseo, la comodidad y la intimidad.
9. Elección	La elección del proveedor, el tratamiento o el plan de seguro, según convenga y sea factible. El acceso a la información que permita al cliente una autonomía en el ejercicio.

Aunque las diferentes dimensiones de calidad pueden separarse para fines conceptuales, en la práctica, todos estos elementos deben fusionarse en el lugar de prestación del servicio para que se produzca una atención de calidad.

La calidad, sin embargo, implica la prestación oportuna de una atención eficaz y segura (calidad técnica), en condiciones físicas y éticas adecuadas (calidad percibida). En realidad, la calidad de la atención es un concepto multidimensional, que abarca estos atributos y más.

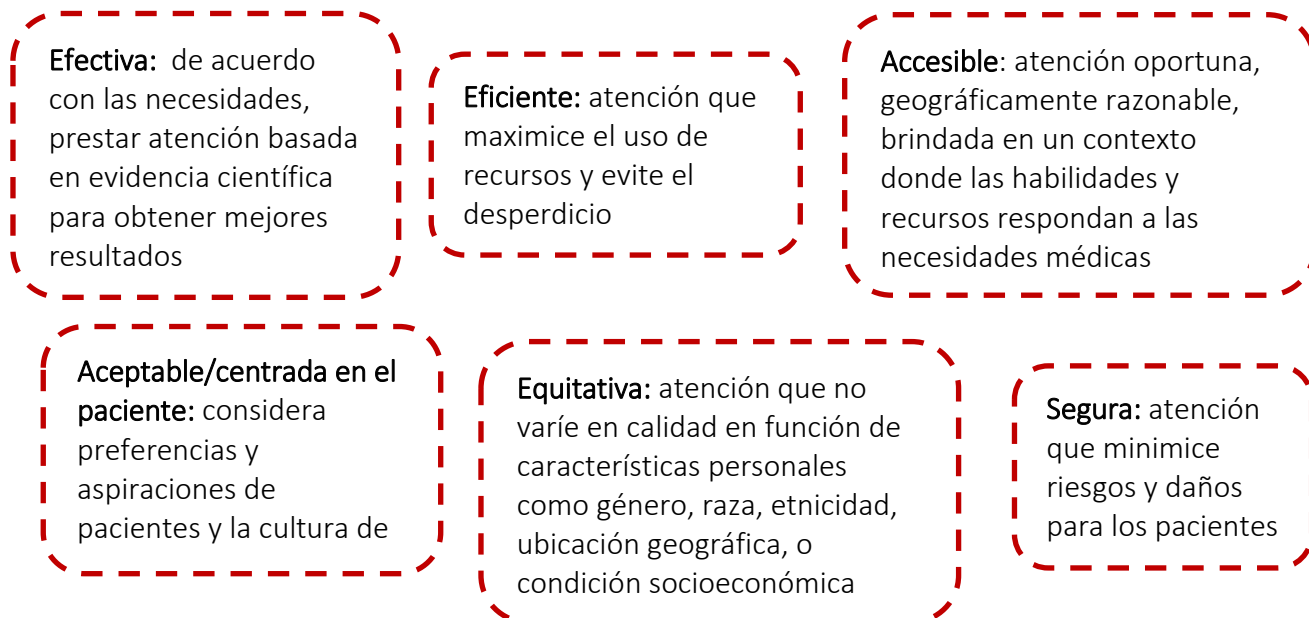
La Organización Mundial de la Salud (OMS) desagrega en seis dimensiones la definición de calidad de la atención en salud; (presentadas en la Figura N°1) los sistemas de salud deben procurar hacer mejoras en estas dimensiones de la calidad establecidas. Es importante reconocer que la seguridad

² El Proyecto de Garantía de Calidad (Quality Assurance Project QAP) operó entre los años 1990 y 2008 para mejorar la calidad de la atención de salud a nivel mundial. Esta experiencia generó conocimientos e información sobre la aplicación de conceptos de Mejora Continua de la Calidad en Sistema de Salud, en sitios tan diversos como Nigeria, Ecuador, Chile, Rusia, Jordania y Guatemala.

³ Proyecto de Garantía de Calidad. 2005. Maximización de calidad de la atención en la reforma del sector salud: La función de las estrategias de garantía de calidad. Informe LACRSS No. 64. Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) por el Proyecto de Garantía de Calidad. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/64-Maximizacion_Calidad_Atencion_RSS-Funcion_Estrategias_Garantia_Calidad.pdf

es una propiedad de un sistema; el no reconocer los defectos en el sistema dificultará el mejoramiento de la calidad. El trabajo de mejoramiento debe tomar en consideración todas las dimensiones abajo mencionadas.

Figura N° 1: Dimensiones de la Calidad OMS.



OMS, Departamento de Prestación y Seguridad de los Servicios (2013)

Factores Determinantes de una Atención en Salud de Alta Calidad.

¿Cuáles son los factores determinantes de una atención de alta calidad? ¿Cómo pueden hacerse explícitos los procesos necesarios para que un sistema complejo funcione como es debido? Los expertos en garantía de la calidad han identificado seis factores determinantes de la atención de calidad. Cinco de ellos son características del sistema de salud: motivación del personal, competencia del personal, recursos suficientes, contenido apropiado de la atención y una atención fluida y bien organizada.

El sexto factor se refiere al cliente y a la comunidad, cuya plena participación en el proceso de atención es un importante factor determinante de la atención de calidad. Estos factores determinantes se exponen en el cuadro 2.

CUADRO 2.- Factores Determinantes de una Atención de Calidad ⁴

FACTOR DETERMINANTE	DEFINICIÓN
Motivación del personal.	El personal debe estar dispuesto a ejercer el esfuerzo necesario para llevar a cabo los servicios según las normas y de una manera respetuosa hacia el usuario.

⁴ Proyecto de Garantía de Calidad. 2005. Maximización de calidad de la atención en la reforma del sector salud: La función de las estrategias de garantía de calidad. Informe LACRSS No. 64. Pag. 6

Competencia del personal.	El personal debe tener la capacidad para hacer lo que se necesita, incluidas las aptitudes para saber lo que los clientes necesitan y tratarlos con respeto.
Recursos adecuados.	Se dispone de recursos (humanos y materiales) para prestar una atención apropiada, de manera equitativa y accesible.
Definición adecuada del contenido y el proceso de atención.	Debe definirse el “qué” de la atención (incluidas la comunicación interpersonal, la promoción de la salud, etc.), basándose en la evidencia de lo que se sabe que es eficaz y apropiado para ese entorno.
Fluidez y buena organización de los servicios a lo largo de un proceso continuo de la atención.	El sistema de prestación y apoyo de la atención debe organizarse de tal manera que pueda prestar unos servicios eficaces y aceptables a los clientes, garantizar la equidad, el acceso, la continuidad, la referencia apropiada y la buena coordinación, a lo largo de un proceso continuo de la atención.
Participación en la definición y en la recepción de atención por el cliente y la comunidad.	Los clientes y las comunidades están motivados y empoderados para participar activamente en la determinación de qué servicios se ofrecen y de qué manera, en las decisiones sobre la atención, y en el cumplimiento de un plan de tratamiento negociado y acordado mutuamente.

Principios del Mejoramiento de la Calidad.

Los siguiente son los **CINCO** principios claves del mejoramiento de la Calidad en Salud:

1. Comprender el trabajo en términos de procesos y sistemas.

Todo el trabajo desarrollado al prestar atención en salud puede expresarse en términos de procesos y sistemas. Cada proceso y sistema tiene un cierto nivel de desempeño característico.

2. Desarrollar soluciones provenientes de los equipos de proveedores de salud y pacientes.

Tanto los proveedores de salud como los pacientes necesitan ser parte de la búsqueda de soluciones. Ellos son quienes proveen y reciben tratamiento médico y son quienes más conocen lo que es factible o no de realizarse dentro de su contexto específico, incluyendo las posibles limitaciones de recursos y las barreras culturales.

3. Enfocarse en las necesidades de los pacientes.

La atención de salud de alta calidad toma en cuenta las necesidades de los pacientes. El mejoramiento debe considerar estas necesidades a lo largo del proceso de mejora de la calidad. Mientras más se satisfacen las necesidades y expectativas de los pacientes, más se optimiza la calidad de la atención.

4. Poner a prueba y medir los efectos de los cambios.

El desempeño de cada proceso y sistema puede ser medido. Si se busca alcanzar un resultado diferente, entonces se deben introducir cambios dentro de los procesos y del sistema. Estas mediciones deben recolectarse en tiempo real para comprender los efectos de los cambios puestos a prueba. Los datos se deben recolectar diariamente y luego deben ser agregados de forma mensual.

Una manera fácil para visualizar los cambios hechos a lo largo del tiempo es el uso de un gráfico de series de tiempo.

Un gráfico de series de tiempo es un gráfico lineal que muestra el cambio en la medición a lo largo del tiempo. Este gráfico permite a los equipos demostrar claramente cuándo inició el trabajo del equipo de mejoramiento, cuándo se llevó a cabo un cambio, y el efecto que tuvo posteriormente.

Los gráficos de series de tiempo también permiten a los equipos de mejoramiento marcar aquellos eventos significativos que ocurrieron durante el proceso de mejora que podrían haber perturbado o acentuado los resultados de su trabajo. Por ejemplo, un equipo trabaja para mejorar los diagnósticos de laboratorio de pacientes de quienes se sospecha tienen Zika. No obstante, el laboratorio sufre un incendio y no puede procesar los exámenes de pacientes durante el mes que toman las reparaciones, ocasionando que el número de pacientes a quienes se realizan los exámenes descienda a cero.

Es importante comprender la diferencia entre una causa común y una causa especial de una mejora o de un descenso en la calidad de la atención. Cuando los datos se desagregan por sexo, raza, y otros factores socioeconómicos, los gráficos de series de tiempo pueden evidenciar la diferencia en cuanto a mejoras según diferentes grupos de pacientes. Esto puede ayudar a los equipos a evaluar qué cambios se necesita poner a prueba por grupos.

El cambio se encuentra en el corazón del mejoramiento; y para saber los resultados es necesario medirlos. La medición por sí mismo no constituye una mejora; nada cambia solamente llevando a cabo la medición. Existe un proverbio palestino que dice “puede pesar una vaca cada día, pero eso no lo va a hacer más gorda”. Si continuamos haciendo la misma cosa, continuaremos teniendo los mismos resultados a pesar de que los sigamos midiendo y reportando.

Sin embargo, la medición es importante. Si ponemos a prueba cambios, debemos medirlos para saber si se está logrando una mejora. La clave para llegar al mejoramiento es el cambio, pero no todo cambio constituye una mejora. En el Módulo 3 de esta guía, se desarrollará ampliamente los conceptos de medición en el mejoramiento de la calidad y los gráficos de series.

5. Aprendizaje compartido.

El tiempo ha demostrado el poder que tienen los equipos que trabajan y aprenden conjuntamente conjunto el fin de mejorar la atención. Actualmente no se diseñaría una mejora sin incluir el aprendizaje compartido como uno de los componentes clave.

El Módulo final de esta Guía, presenta la base conceptual sobre el enfoque colaborativo para el mejoramiento de la calidad y la gestión del conocimiento.

Atención de Calidad en el Sistema de Prestación de Servicios en el Contexto del Zika: Insumos – Procesos – Resultados. ⁵

El mejoramiento de la calidad ha evolucionado durante los años para llegar a las ideas que se presentan en esta guía. En un comienzo, se creía que el mejoramiento dependía de agregar más cosas, como nuevos equipos, procedimientos, capacitación o suministros. La idea era que un aumento en la cantidad de estos recursos mejoraría la calidad. Las personas dedicadas a mejorar la calidad aprendieron que el aumento de los recursos no siempre asegura su uso eficiente y, por consiguiente, puede no redundar en un mejoramiento de la calidad. Por ejemplo, la compra de un equipo de diagnóstico en un hospital no mejora por sí sola la calidad de la atención. A fin de aprovechar los avances tecnológicos del equipo, los empleados necesitan capacitación para aprender a usarla; los pacientes deben poder acceder a los servicios que ésta presta y, el sistema de prestación de atención de salud debe cambiar para permitir el uso adecuado de esta nueva tecnología. En otras palabras, el mejoramiento implica no sólo agregar nuevos recursos a un sistema, sino también hacer los cambios en la organización que permitan usar los recursos en forma óptima.

De hecho, una lección clave es que en muchos casos es posible mejorar la calidad haciendo cambios en los sistemas de atención de salud sin que necesariamente se aumenten los recursos. Es interesante destacar que al mejorar los procesos de atención de salud no sólo se generan mejores resultados, sino que además se reducen los costos de la prestación de salud al eliminar las pérdidas, el trabajo innecesario y la duplicación de los esfuerzos.

Otra forma que la administración ha aplicado para identificar y solucionar problemas es inspeccionar las principales actividades o procesos. Con este método se pretende aumentar el control sobre el personal y es frecuente que se culpe a las personas por los errores. Esta filosofía para mejorar la calidad ha demostrado ser poco exitosa, debido a que no necesariamente identifica los obstáculos al mejoramiento ni genera el apoyo de los trabajadores que se resisten a ser evaluados o controlados. Con los actuales enfoques para el mejoramiento de la calidad se examina la forma de cambiar las actividades para que los trabajadores puedan desempeñar mejor su trabajo. Por ejemplo, el mal desempeño laboral puede ser la consecuencia de una carencia de recursos, procesos ineficientes o la falta de capacitación o entrenamiento, más que del desempeño del trabajador mismo.

La filosofía que subyace al enfoque de mejoramiento de la calidad que se presentan en esta guía, reconoce que tanto los recursos (insumos) como las actividades que se llevan a cabo (procesos) deben ser abordados en conjunto para garantizar o mejorar la calidad de la atención (producto/ resultado). En la Figura 2.1, basada en las ideas del Dr. Avedis Donabedian (1980), ⁶ se muestra la

⁵ Massoud, R., K. Askov, J. Reinke, L. M. Franco, T. Bornstein, E. Knebel y C. MacAulay. 2002. Un paradigma moderno para mejorar la calidad de la atención de salud. Serie de monografías de garantía de calidad 1(1): Bethesda, MD: Publicado para la Agencia para el Desarrollo Internacional de EE.UU. (USAID) por el Proyecto de Garantía de Calidad. Disponible en: <https://www.usaidassist.org/resources/un-paradigma-moderno-para-mejorar-la-calidad-de-la-atencion-de-salud>

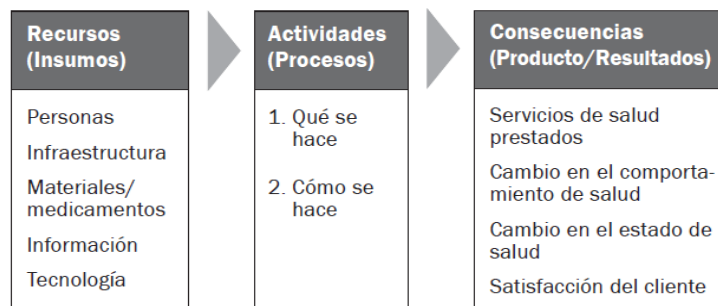
⁶ https://en.wikipedia.org/wiki/Donabedian_model

manera de considerar la calidad de la atención en la forma de insumos, procesos y productos/ resultados.

En esta figura se demuestra cómo tanto los insumos como los procesos están vinculados al producto

y resultado deseado: una atención de calidad. Por ejemplo, es evidente que los avances tecnológicos (como nuevos medicamentos o técnicas de diagnóstico) generan mejoramientos. Pero también hay mejoras si la organización tiene la habilidad de incorporar en forma eficiente y eficaz determinados insumos, como la tecnología, a la prestación de la atención.

Figura 2.1 Insumos, procesos y productos/resultados



Fuente: Donabedian (1980)

Para abordar el contenido de la atención, el qué se hace, revisamos y actualizamos el manejo clínico de los pacientes en relación con los mejoramientos centrados en la atención clínica. Al hacerlo, usamos literatura médica basada en la evidencia y el nivel más alto de evidencia disponible, a fin de poner al día las prácticas clínicas. Al examinar el proceso de atención, el objetivo es mejorar la capacidad de la prestación de salud de modo que permita la implementación del contenido actualizado. Este contenido actualizado se evidencia de diferentes formas por ejemplo para la práctica clínica están los Protocolos, Algoritmos, Flujogramas de Atención, Esquemas Estandarizados de Tratamiento; en cuanto a niveles técnicos de país están los Lineamientos Técnicos, las Normas Técnicas Nacionales o Guías de Práctica Clínica.

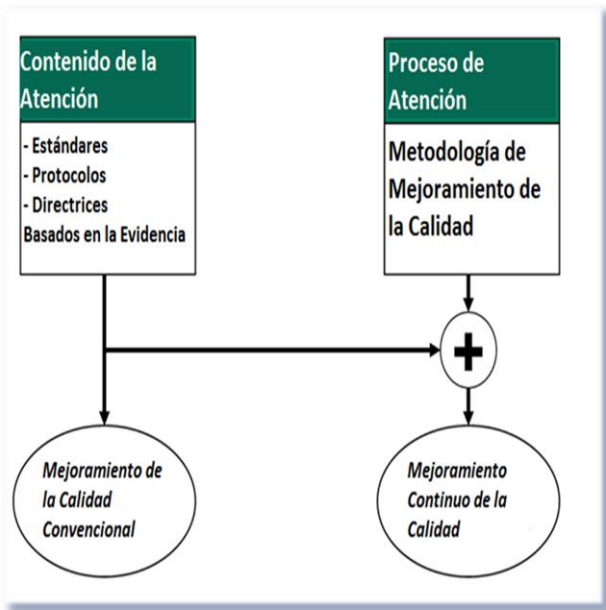
En lugar de centrarse sólo en una parte del sistema, el cambio efectivo toma en cuenta la forma en que las partes se coordinan y vinculan entre sí. Por ejemplo, los cambios en los conocimientos y habilidades del personal a través de la capacitación sólo producirán un mejoramiento si la falta de capacitación era la principal causa del mal desempeño del sistema. Si además no se abordan los problemas en los procesos, incluso un personal capacitado no será capaz de realizar su trabajo explotando al máximo sus habilidades.

En síntesis, es importante recordar que el concepto fundamental del mejoramiento de la calidad implica lo siguiente:

1. El desempeño es una característica del sistema;
2. Para poder mejorar, el sistema debe cambiar en formas que produzcan mejores resultados;
3. Los diferentes insumos incorporados a un sistema producen mejoras sólo en la medida en que puedan efectuar cambios en ese sistema;
4. Los cambios deben abordar no sólo las partes individuales de un sistema (insumos, procesos y resultados), sino también las relaciones entre ellos.

La Ciencia del Mejoramiento.

Las actividades contienen dos componentes principales: lo que se hace (contenido) y cómo se hace (proceso de atención). Las mejoras se pueden lograr abordando cualquiera de estos componentes. El mejoramiento de la calidad integra tanto el **contenido de la atención**, como el **proceso de prestación de la atención**, estableciendo así lo que se sabe que funciona para que llegue a las personas que lo necesitan.



El contenido de la atención es el conocimiento de la materia sobre medicina. Incluye las intervenciones, los diagnósticos, y la comprensión de aquello que funciona para mejorar la atención. Es el cómo organizamos la prestación de atención para garantizar que todos los pacientes reciban la atención que necesitan. Esto se desarrollará detenidamente más adelante. Sin embargo, el proceso de atención es el tema más importante en la atención de la salud. ¿Cómo podemos hacer funcionar un sistema de manera que obtengamos los resultados que deseamos?

El efecto más poderoso, sin embargo, se produce al acometer al mismo tiempo tanto el contenido

como el proceso de atención. Este paradigma del mejoramiento de la calidad hace que las organizaciones sean más eficientes y capaces de entregar una atención de calidad con un mayor acceso y menos pérdidas y a menudo a un menor costo.

Para abordar el contenido de la atención, revisamos y actualizamos el manejo clínico de los pacientes en relación con los mejoramientos centrados en la atención clínica, a través por ejemplo de las Guías de Práctica Clínica.

Al hacerlo, usamos literatura médica basada en la evidencia y el nivel más alto de evidencia disponible, a fin de poner al día las prácticas clínicas. Al examinar el proceso de atención, el objetivo es mejorar la capacidad de la prestación de salud de modo que permita la implementación del contenido actualizado.

El Modelo de Mejoramiento y el Ciclo PEVA.

El Modelo de Mejoramiento es un enfoque para poner a prueba cambios y lograr resultados buscados. El modelo contempla específicamente 4 pasos definidos que responden a tres preguntas operativas y desarrolla al final ciclos de prueba de cambios.

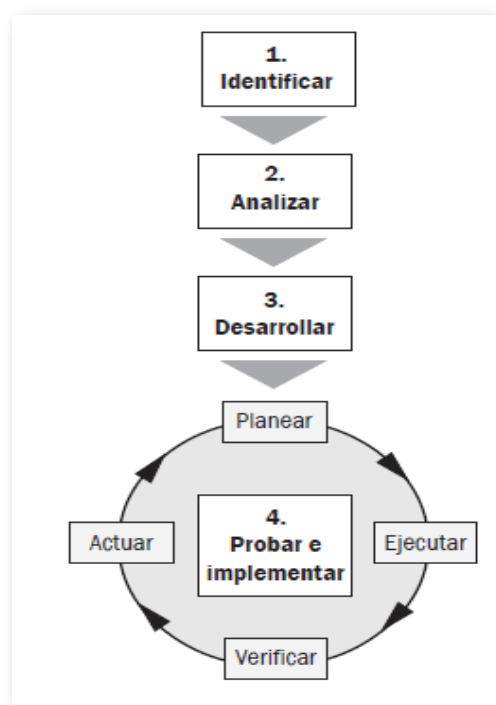
Las tres preguntas iniciales son:

- 1. ¿Qué queremos mejorar?**
- 2. ¿Cómo Sabremos que el Cambio Implica una Mejora?**
- 3. ¿Qué Cambio Podemos Hacer que Resulte en una Mejora de la Calidad en Salud?**

En el ciclo de prueba de cambios, el primer paso es planificar cómo poner a prueba el cambio o cambios que se han identificado y que se espera produzcan los resultados buscados (**planificar**), luego implementar el cambio (**ejecutar**), analizar si el cambio ha alcanzado el resultado que se buscaba (**verificar**) y, de haber logrado buenos resultados, entonces expandirlo (**actuar**). De no haber alcanzado los resultados deseados, considere poner a prueba un nuevo cambio y empezar el proceso nuevamente.

En “Un Paradigma Moderno para Mejorar la Calidad de la Atención en Salud” publicado en el 2002, por el Proyecto de Garantía de Calidad QAP, Massoud y otros colegas utilizaron un modelo de mejoramiento anterior, que es muy práctico de usar para fines metodológicos, pedagógicos y de formación.

Los pasos de este modelo de mejoramiento involucran el identificar un problema, analizar las causas y raíces del problema, y desarrollar una solución o ideas de cambios, que se pondrá a prueba e implementarán utilizando los ciclos que desarrollan cuatro momentos: Planificar; Ejecutar, Verificar y Actuar, conocidos como ciclos PEVA.



Fuente: “Un Paradigma Moderno para Mejorar la Calidad de la Atención en Salud”, Massoud et al. (2002)

El modelo permite pensar sobre el contexto específico del sistema de prestación de servicios en el que se está trabajando, así como mapear los procesos que operan actualmente. Este modelo se desarrollará ampliamente en el próximo Módulo, y se presenta a continuación los 4 Pasos del Modelo, articulándolos a las cinco Secciones que se desarrollarán a profundidad en el Módulo 2 de esta Guía:

- **Paso 1: Identificar:**

La meta del primer paso es determinar qué hay que mejorar. Esto puede implicar un problema que necesita solución, una oportunidad de mejoramiento que requiere definición o un proceso o sistema que necesita mejorar. Responde operativamente a la pregunta: **¿Qué queremos mejorar?**

- Sección 1: Definiendo el objetivo(s) de mejoramiento.
- Sección 2: ¿Cómo se conforma, integra y funciona un Equipo de Mejoramiento Continuo de Calidad? ¿Cuál es el rol del facilitador de MCC?

- **Paso 2: Analizar:**

Una vez identificado un problema u oportunidad donde amerita un mejoramiento, el segundo paso es analizar lo que se debe saber o comprender antes de considerar los posibles cambios.

- Sección 3: Entendiendo los procesos de atención en salud.
- Sección 4: ¿Cómo se mide la calidad? Desarrollando Indicadores de Calidad en Salud.

Responde operativamente a la pregunta: *¿Cómo Sabremos que el Cambio Implica una Mejora?*

- Paso 3: Desarrollar:

Los primeros dos pasos nos ayudaron a:

- a) Identificar lo que queríamos mejorar y
- b) Analizar la información que necesitamos para entender cómo realizar y medir el mejoramiento de la calidad en salud.

Este tercer paso denominado Desarrollar usa el Objetivo de Mejoramiento Planteado en el paso 1 Identificar, para preguntarse qué cambios servirán para lograr el mejoramiento y para desarrollar las ideas de cambio. Responde operativamente a la pregunta: *¿Qué Cambio Podemos Hacer que Resulte en una Mejora de la Calidad en Salud?*

- Paso 4: Probar e Implementar:

Este paso consiste en probar una idea de cambio para ver si produce una mejora y sobre la base de los resultados decidir si se abandona el cambio, se lo modifica para nuevamente implementarlo (Paso 3 desarrollar nuevas ideas de cambio) o se profundiza la identificación y análisis del problema (Pasos 1 y 2).

- Sección 5: ¿Qué cambios podemos hacer para mejorar el proceso de atención?
Desarrollando, poniendo a prueba e implementando cambios

Al cerrar este Módulo presentamos una visión del Mejoramiento de la Calidad en la prestación de los servicios en el contexto del Zika, con un ejemplo que concreta el proceso de Tamizaje de Microcefalia en el Recién Nacido.

INSUMOS	PROCESOS ⁷	RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Cintra métrica del CLAP; • Historia Clínica Perinatal; • Hojas para graficar el perímetro cefálico PC de Fenton y OMS; • Tablas de Interpretación del PC de OMS, Intergrowth; • Sistema digitalizado de registro, que permita el uso de un decimal; • Personal que recibe al RN capacitado en la técnica correcta de medición del PC; • Formularios para el registro del PC al nacimiento y a las 24 horas. 	<p>1. Qué se Hace:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Correcta medición del PC en todo recién nacido (RN); • Determinación de la edad gestacional del RN; • Interpretación del valor medido del PC de acuerdo con valores estandarizados en tablas internacionales; • Documentación del PC en la historia clínica, con un decimal, indicando si el RN tiene microcefalia; • Acciones inmediatas según la norma nacional. 	<ul style="list-style-type: none"> • En todo Recién Nacido se mide correctamente su PC, se grafica e interpreta y se toman decisiones de seguimiento, según sea RN normal o con Microcefalia.

⁷ Los procesos de atención al recién nacido pueden consultarse en detalle en documentos técnicos:

- Normas Nacionales o Lineamiento Técnicos para la atención integral de personas con Zika;
- Lineamiento de vigilancia de microcefalia en recién nacidos en entornos con riesgos de circulación de virus Zika, OMS 2016;
- Vigilancia del crecimiento fetal, CLAP/SMR-OPS/OMS; 2013
- Atención en el embarazo en el contexto del brote de virus de Zika, OMS 2016;
- Guía para la vigilancia de la enfermedad por virus del Zika y sus complicaciones, OPS/OMS 2016;

MÓDULO 2: ¿CÓMO SE PUEDE MEJORAR LA ATENCIÓN EN SALUD? EL MODELO DE MEJORA CONTINUA

El módulo 2 se compone de las seis secciones siguientes:

- Sección 1: Definiendo el objetivo(s) de mejoramiento
- Sección 2: ¿Cómo se conforma, integra y funciona un Equipo de Mejoramiento Continuo de Calidad? ¿Cuál es el rol del facilitador de MCC?
- Sección 3: Entendiendo los procesos de atención en el contexto Zika
- Sección 4: ¿Cómo se mide la calidad? Desarrollando Indicadores de calidad aplicados a Zika
- Sección 5: ¿Qué cambios podemos hacer para mejorar el proceso de atención? Desarrollando, poniendo a prueba e implementando cambios
- Sección 6: Preparando y trazando un gráfico de series de tiempo

Objetivos de aprendizaje

A lo largo del estudio de caso Ud. practicará el desarrollo de las siguientes habilidades:

- Definir el objetivo(s) de mejoramiento
- Formar equipos de mejora
- Trazar un gráfico de series de tiempo
- Analizar procesos de atención
- Ensayar e implementar cambios para mejorar el trabajo diario
- Monitorear y evaluar los resultados de un cambio puesto a prueba

Sección 1: Definir el Objetivo de Mejoramiento

Establecer un buen enunciado del objetivo de mejora

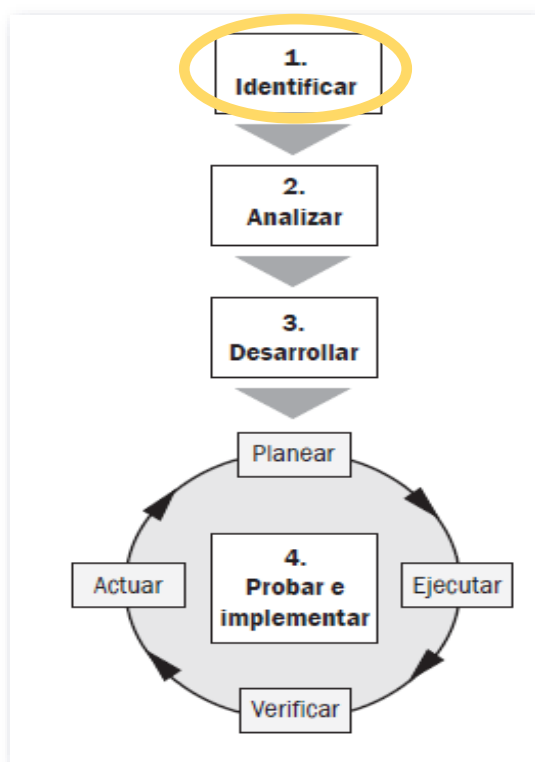
Toda mejora en los servicios empieza con el enunciado de un objetivo del mismo.

Si no sabemos hacia dónde nos dirigimos, cualquier camino nos llevará a cualquier parte. Para iniciar el camino con un objetivo o meta, es necesario dar un primer paso.

- Defina claramente el objetivo de mejoramiento

¿Qué puede ayudarnos a desarrollar objetivos de mejoramiento?

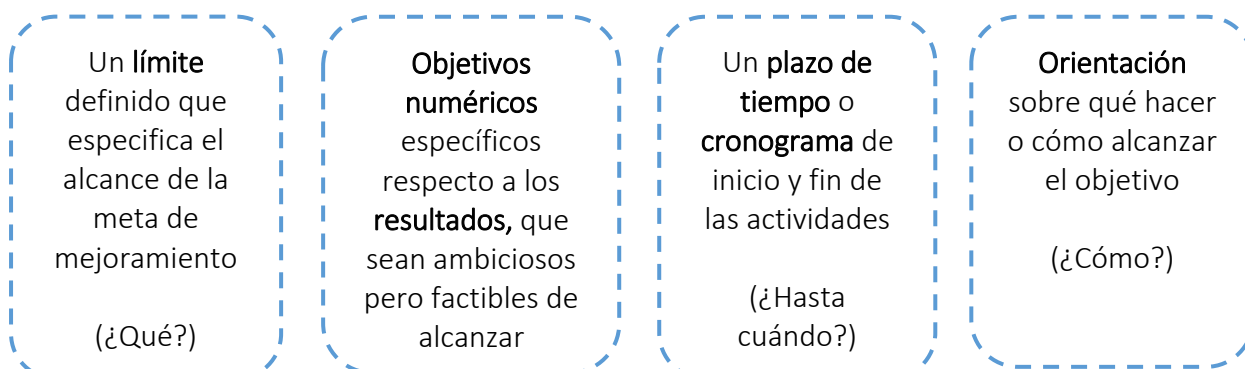
- Resultados de la medición de los indicadores del proyecto ASSIST/ZIKA
- Información o datos que muestran dónde hay mayores necesidades de las usuarias de control prenatal, recién nacido, control de niño sano (p. ej., informes o datos epidemiológicos, evaluaciones, Indicadores de uso de servicios, etc.)
- Información proporcionada por pacientes y personal de salud mediante encuestas o entrevistas
- Las prioridades del Ministerio de Salud



Un buen enunciado del objetivo de mejoramiento se pregunta **qué es lo que vamos a mejorar**. Nos ayuda a especificar el alcance y definir los límites de nuestro accionar. Establecer metas numéricas es muy importante, ya que brindan una idea clara de lo que se pretende alcanzar.

Es difícil determinar cuánto cambio se puede lograr. Algunas veces se superará lo esperado y, a veces, su objetivo puede resultar demasiado ambicioso y no puede ser alcanzado o tener éxito. Las metas numéricas deben basarse en la evidencia de las mejores prácticas.

Elementos de un buen enunciado del objetivo de mejoramiento



TRABAJO DE GRUPO N° 1:

Ejercicio en base a un estudio de caso: Definir un objetivo de mejoramiento

La gerencia del Hospital Provincial San Francisco, del Distrito 21, convocó a los líderes de los servicios de Ginecobstetricia, Neonatología, Consulta Externa y les presentó los resultados de la línea de base de los indicadores de gestión de la atención de las Usuaris del Hospital afectadas por Zika, los cuales se presentan a continuación.

- El porcentaje de mujeres (mujeres embarazadas, madres de recién nacidos, MEF) que reciben consejería sobre prevención de la transmisión del virus de Zika es del 0 %.
- El porcentaje de mujeres embarazadas a quienes se entrega condones para protección del Zika durante la consulta de atención prenatal es del 0 %.
- Los proveedores de salud capacitados para proporcionar consejería sobre Zika a mujeres en edad fértil (MEF) y mujeres embarazadas es del 20%.
- El porcentaje de mujeres (mujeres embarazadas, madres de recién nacidos, MEF) que reciben consejería de calidad sobre los mecanismos de transmisión del Zika y medidas de protección, con base en el contenido de la Guía de Consejería sobre Zika es del 10%.
- El porcentaje de mujeres (mujeres embarazadas, madres de recién nacidos, MEF) que pueden identificar el riesgo de transmisión sexual del Zika y al menos un método de prevención de la transmisión sexual del Zika es del 45%.
- El porcentaje de mujeres embarazadas que son evaluadas adecuadamente para detectar signos y síntomas del Zika durante las consultas de atención prenatal es del 35%.
- El porcentaje de casos sospechosos de Zika identificados durante las consultas de atención prenatal donde se toma una muestra (sangre u orina) y luego se envía al laboratorio en concordancia con los estándares de calidad es del 18%.
- El porcentaje de mujeres embarazadas (casos sospechosos y confirmados de Zika) y madres de recién nacidos con Síndrome Congénito Asociado al Zika (SCaZ) que son referidas a servicios de apoyo psico-social es de 56%.
- El porcentaje de recién nacidos con Síndrome Congénito asociado al Zika (SCaZ) que son referidos a servicios de atención de recién nacidos es del 35%.
- El porcentaje de recién nacidos que son evaluados adecuadamente para detectar la microcefalia llegan a un 45%.

Se le indicó por parte de la Gerencia y Dirección Médica a los Líderes Médicos (Dr. Zambrano) y de Enfermería (Lic. Montes), que deben mejorar la calidad de atención de las usuarias en riesgo de Zika, ya que es una prioridad distrital del año 2018

El Líder del Servicio estaba consciente de que su servicio presentaba varios problemas a ser superados:

- Un equipo sobrecargado de trabajo técnico y administrativo,

- Miembros del equipo que indican existen múltiples problemas a lo largo de la prestación de servicios por la alta rotación de personal, carencia de insumos y se debe añadir a esto
- Una alta demanda de atención de pacientes.
- Al mismo tiempo considera importante la captación de embarazadas con riesgo de Zika, la detección de embarazadas con serología positiva para Zika, así como la asesoría y entrega de preservativos como parte de la atención de calidad de los servicios de salud.

El Dr. Zambrano sabía que, pese a estos desafíos y problemas, sí pueden hacerse mejoras para garantizar que todas las usuarias de su servicio tuviesen una buena consejería y atención, lo que a su vez tendría un impacto en los resultados clínicos obtenidos por sus pacientes.

El Dr. Zambrano se reunió con el jefe del servicio de gineco-obstetricia, pediatría y consulta externa y acordaron trabajar con el personal de salud en base a la medición de los indicadores seleccionados por el Ministerio de Salud Pública y el Proyecto ASSIST-ZIKA que se indicaron previamente.

• • •

Instrucciones

Al responder a estas preguntas, recuerde que sus objetivos de mejora deben ser ambiciosos, pero factibles de alcanzar. Un objetivo ambicioso que no es realista le restará motivación a usted y a los miembros del equipo de mejora, mientras que una meta realista, pero que no es ambiciosa, no logrará motivar para implementar un cambio significativo como el que tiene la capacidad de lograr.

Desarrolle un enunciado del objetivo de mejoramiento para las actividades del servicio del Dr.

Zambrano respondiendo a las siguientes preguntas.

¿Dónde se implementará su cambio?: (A)

(Una ubicación como poblado, clínica, u oficina)

¿Qué resultado estamos tratando de cambiar?: (B)

(Debe ser un resultado tangible, como un descenso o aumento en algún aspecto significativo de la atención de salud)

¿En qué medida o cantidad lo estamos intentando cambiar?: (C)

(Debe ser un porcentaje u otro valor numérico)

¿Cuándo espera ver este resultado en la práctica?: (D)

(Una cantidad de tiempo o una fecha límite)

Articule sus respuestas para completar el enunciado del objetivo para el proyecto de mejoramiento del Dr. Zambrano.

En (A) _____, nosotros lograremos (B)

en (C) _____ en un plazo de / hasta

(D) _____

Al finalizar el Trabajo de Grupo, se deberá escribir el/los Objetivos de Mejoramiento de la Calidad planteados en un papelógrafo.

Sección 2: Formando el Equipo de Mejoramiento

Estableciendo el equipo de mejoramiento

Ahora que sabemos qué es lo que haremos para mejorar la calidad de atención en las usuarias que acuden a los servicios de pediatría, ginecología y consulta externa del Hospital, necesitamos pensar en las personas que son necesarias en el **Equipo de Mejoramiento** para ayudarnos a desarrollar el trabajo propuesto.

Los invitaremos o convocaremos a ser parte del equipo de mejoramiento, ya que son ellos quienes estarán directamente involucrados en el trabajo.

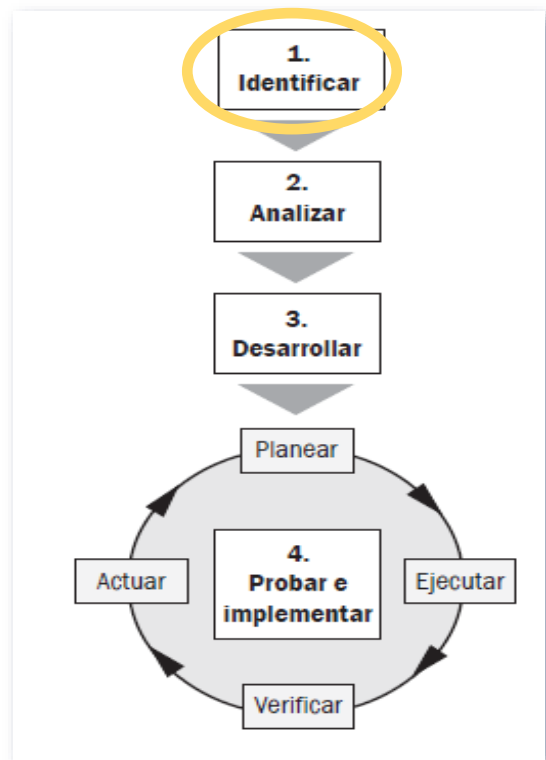
La persona que propone o desarrolla la solución para sus propios problemas será aquella que tiene más probabilidad de implementarla exitosamente.

La noción de empoderamiento es muy fuerte en este punto ya que las personas empiezan a comprender que ellas pueden hacer el cambio que desean ver realizado.

- Determine el o los procesos (o sistema) en el que se genera el objetivo de mejoramiento
- De los participantes o actores de esos procesos, decida quiénes debe estar en el equipo de mejoramiento continuo que resolverá el problema

La importancia del trabajo en equipo

El mejoramiento implica descifrar las relaciones e interdependencias existentes en los servicios y que producen el resultado final. Es importante, por ende, incluir como miembros del equipo de mejoramiento, a personal que participan y entienden cómo funcionan los diferentes procesos o partes del sistema, y que pueden dar su aporte con respecto a los cambios necesarios para mejorar la calidad de atención de las usuarias de los respectivos servicios.



RECORDAR QUE:

- Los procesos de atención en los servicios de salud se componen de múltiples pasos interdependientes ejecutados por diferentes personas que a su vez desempeñan distintas funciones.

- Los defectos o deficiencias en la calidad de la atención a las usuarias a menudo ocurren cuando se transfiere la atención de una persona a otra persona a lo largo de los diferentes pasos.
- Dada la experiencia en el trabajo, el personal fácilmente puede identificar los problemas y generar ideas para resolverlos.
- La participación de los trabajadores de la salud optimiza las ideas, fomenta la aceptación de las propuestas y reduce la resistencia al cambio.
- Alcanzar las metas de forma conjunta y mediante el trabajo en equipo, aumenta la confianza y automotivación de cada miembro del equipo, lo cual empodera a las organizaciones.

El equipo de mejoramiento debe incorporar como miembro del mismo, a un representante de cada uno de los diferentes pasos del proceso de atención a la paciente.

Roles y responsabilidades dentro del equipo

Miembro del Equipo de Mejoramiento

Personas que trabajan en el equipo de mejoramiento y comparten su conocimiento y experiencia mientras trabajan para alcanzar las metas del

Líder del Equipo de Mejoramiento

Miembro del equipo de mejoramiento que conduce y motiva, organiza las actividades del equipo, mantiene los archivos del equipo, y sirve como vínculo para comunicarse con autoridades asistencia técnica y niveles altos

Al formar un equipo también debe incluirse un representante de cada una de las funciones involucradas en el proceso. Ninguna función debe faltar; de lo contrario, se carecerá del conocimiento y la percepción adecuada sobre estos distintos pasos específicos del proceso.

El líder del equipo establece la agenda de trabajo, coordina a las partes interesadas y constituye un vínculo entre todos los miembros.

En la atención de salud, mientras más podamos involucrar a los pacientes, más beneficiosa será la mejora alcanzada. La participación de los pacientes hace una gran diferencia en el resultado final de un proceso de cambio, dado que los pacientes poseen una perspectiva poderosa y diferente a la perspectiva del trabajador de la salud.

La participación de los pacientes puede darse bajo la forma de encuestas, entrevistas, seguimientos de casos de usuarias o recién nacidos con Síndrome congénito, o incluso participación dentro de los equipos de mejora. Deberá escogerse pacientes que tienen familiaridad con el contexto de los establecimientos y que han sido usuarios de los servicios en más de una ocasión, ya sea personalmente o a través de sus familiares o amigos.

TRABAJO DE GRUPO N° 2:

Ejercicio en base a un estudio de caso: Formar el equipo de mejoramiento

El Doctor Zambrano como líder del servicio de Gineco-Obstetricia (GO) analizó con el equipo de mejoramiento el proceso para brindar atención en el servicio de consulta externa de ginecobstetricia (atención prenatal) a las embarazadas con o sin sospecha de Zika. Para formar el equipo de mejoramiento, tomaron en cuenta el objetivo de mejora que se ha identificado.

Ellos observaron el flujo general de la unidad operativa y del servicio de GO para identificar a todas las personas que contribuyen a la atención de la mujer embarazada. Existe una cadena de miembros del personal con quienes interactúan los usuarios al llegar a la clínica, desde el personal de guardias de seguridad, del personal administrativo de la recepción, el personal de enfermería, el personal clínico y el personal de farmacia.

A fin de que la atención de la usuaria con o sin sospecha de Zika se integre a la atención del servicio de GO, algunos miembros del personal de la clínica y del servicio verán afectada la forma en que realizan sus actividades. De hecho, los cambios afectan incluso al personal administrativo de ciertas maneras. El Dr. Zambrano, jefe de servicio sabían que cualquier cambio efectivo que tome en consideración las contribuciones de todas estas personas, demandaría su participación directa en este proyecto de mejoramiento.

Al contemplar estos factores, hicieron una lista de las personas involucradas y tratando de limitar el tamaño del equipo de modo que incluya a todas las personas posibles, pero sin hacer el equipo demasiado grande.

Instrucciones

Retomando el enunciado del objetivo que escribió previamente, considere el proceso de atención que desea mejorar. Piense en los responsables de cada paso de ese proceso. Piense qué otra persona sería importante incluir en el equipo de mejoramiento del Dr. Zambrano como, por ejemplo: la gerencia del talento humano, profesionales médicos, enfermeras, laboratoristas, auxiliares de servicios, pacientes o grupos que representan a pacientes, u otras personas involucradas en el sistema de atención. El equipo debería incluir un representante de cada función involucradas en el sistema de atención.

¿Quién está involucrado en el proceso que queremos cambiar (atención prenatal) y debería ser parte del equipo?

¿Qué parte del proceso de atención? / qué rol cumple?	¿Quién es la persona que desempeña o cumple determinada función?

¿Hay otras personas que participan o colaboran en la atención de las usuarias y que están indirectamente involucrados en el proceso, y pueden contribuir o ayudar a obtener resultados exitosos? De ser posible, considere el sistema más amplio en el que trabaja el Dr. Zambrano.

¿Cómo afecta a otros componentes de la atención este proceso?	¿Quiénes son las personas en estos otros componentes?

Quando haya llenado arriba el nombre de todas las personas involucradas, de ser necesario reduzca el grupo a quienes son imprescindibles integrar al equipo.

Teniendo en cuenta a las personas restantes, ¿considera que el equipo podrá funcionar bien y producir un cambio real y efectivo sin ellos? Asegúrese de que todas las personas necesarias para el mejoramiento están incluidas, sin que el equipo sea demasiado grande o demasiado pequeño como para poder funcionar adecuadamente. Un tamaño ideal para el equipo es de 5 a 9 personas.

Sección 3: Entendiendo el Proceso Actual

Entendiendo el trabajo en términos de sistemas y procesos

Necesitamos analizar nuestro proceso de atención y su situación actual, para poder comprender dónde nos encontramos.

Paso 2. Analizar el problema

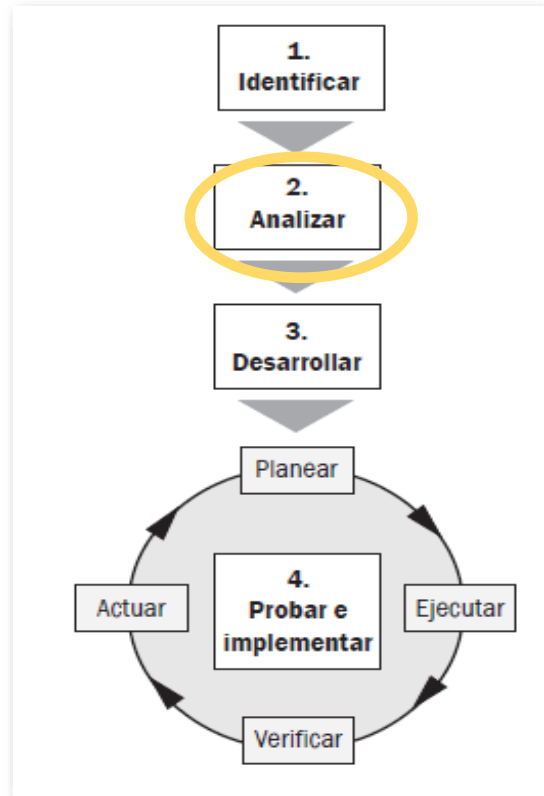
- Es muy importante comprender el proceso(s) y/o sistema de atención en el cual se genera el objetivo de mejoramiento

Proceso

Es una secuencia de pasos a través de los cuales los insumos o materiales se convierten en resultados para los pacientes o usuarios

Sistema

Es la suma de todos los procesos que interactúan entre sí, para producir un resultado o producto final.



Todos los procesos reunidos componen un sistema.

Por ejemplo, el manejo de las embarazadas y/o recién nacidos que requieren atención ante una infección posible o confirmada por Zika es un proceso que se inserta dentro de un sistema más amplio de atención que es la unidad operativa o el hospital. Si bien los trabajadores de la salud pueden separar los procesos, en lo que concierne al paciente todos son parte del mismo servicio que se le brinda.

Todos los servicios ofrecidos por una unidad operativa pueden ser concebidos como procesos y sistemas y pueden expresarse como pasos individuales. Por ejemplo, la llegada del paciente a un servicio de consulta externa de una unidad operativa como un hospital, se compone de múltiples pasos individuales.

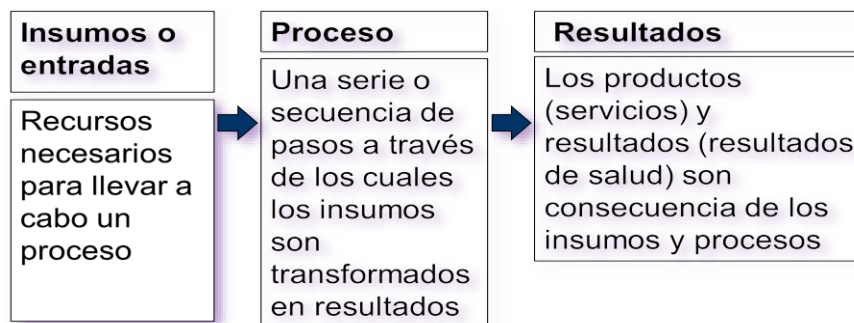
Pasos y participantes de la atención de una usaria afectada por ZIKA a una unidad operativa



Cada trabajador de salud en la unidad operativa está desempeñando una función o actividad diferente; no obstante, desde el punto de vista del paciente, acudir al servicio de salud constituye un solo producto. La interacción de todas las personas del servicio de salud produce el producto requerido, que es un servicio oportuno, necesario y adecuado. Sería perjudicial para el proceso de atención en general, si hubiese falencias a lo largo del proceso o inconsistencias en el servicio durante el todo el trayecto.

El modelo Donabedian de un sistema

Recordemos a Avedis Donabedian, uno de los padres del mejoramiento de la calidad, quién escribió que todos los sistemas pueden ser concebidos en términos de insumos, procesos, y resultados/productos.



Los procesos son de importancia clave porque representan el *cómo* utilizar sus insumos. Es verdad que una falta de recursos ocasionaría problemas en la calidad de la atención; sin embargo, incluso si todos los recursos estuviesen disponibles, ello no garantiza que lograremos brindar una atención de calidad con procesos deficientes.

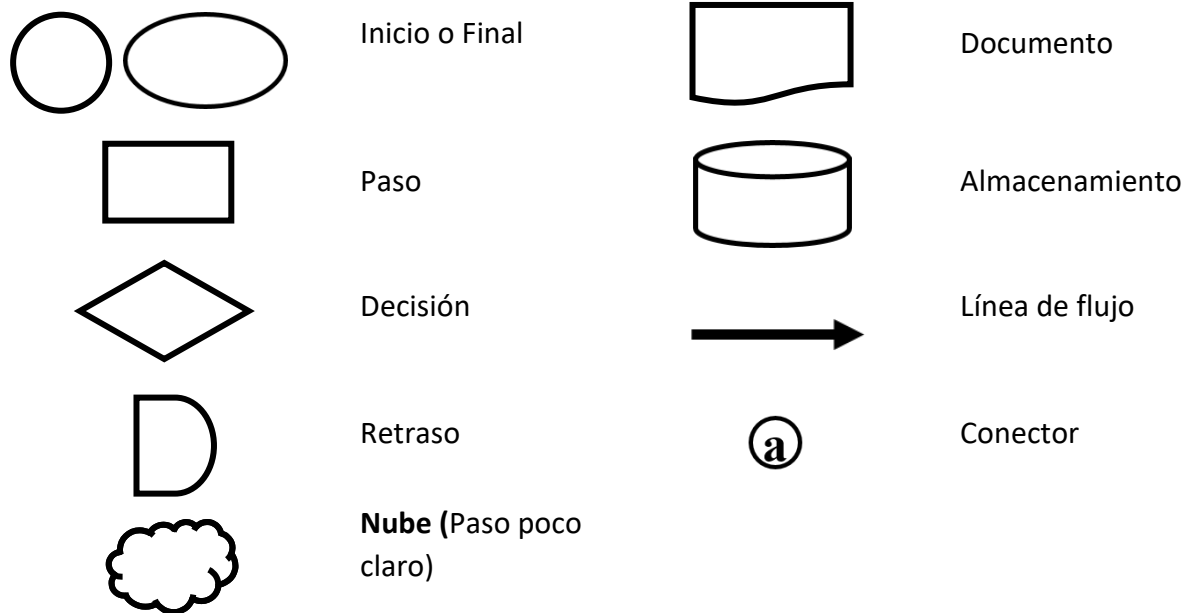
Por ejemplo, disponer de los medicamentos no significa que el diagnóstico sea correcto, o que el tratamiento sea el adecuado, o que la medicación administrada sea la que le corresponde o que vaya a ser proporcionada de forma oportuna, etc.

Una de las formas de entender un proceso es convertirlo en un diagrama. La figura que representa un proceso y su secuencia se conoce como diagrama de flujo o flujograma.

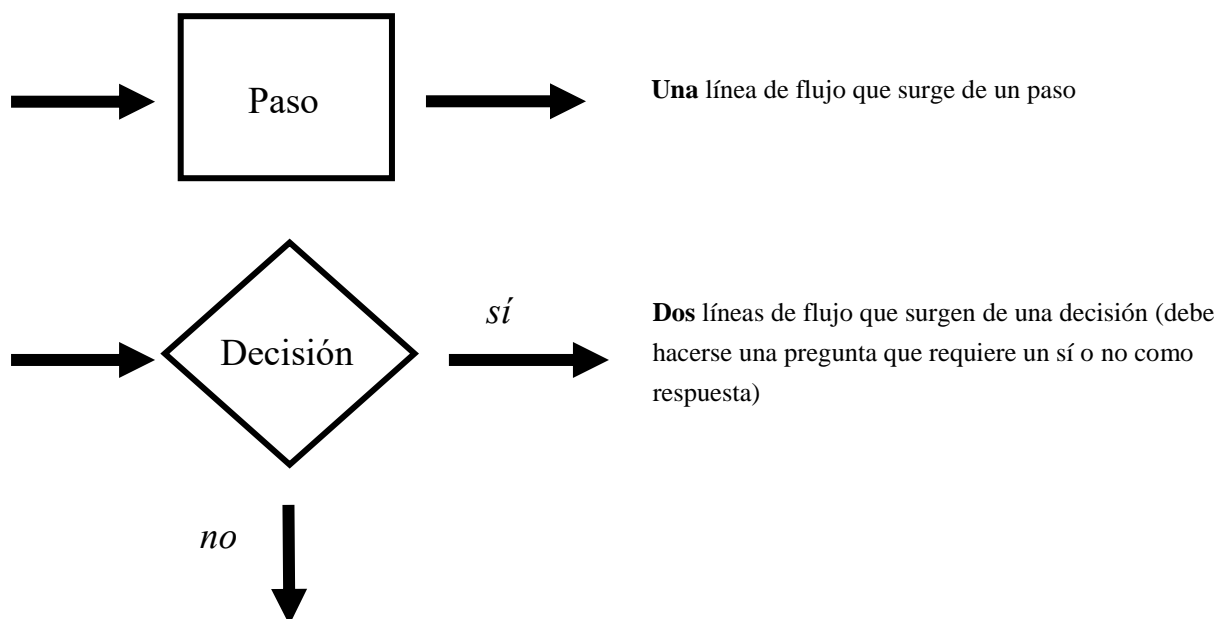
Cómo crear el crear el flujograma de un proceso de atención en salud

1. Decidir cuáles son los puntos de inicio y final del proceso a diagramar.
2. Identificar los pasos y la secuencia del proceso.
3. Enlazar los pasos mediante flechas que indican la dirección.
4. Revisar el diagrama para asegurarse que verdaderamente representa el proceso.

Símbolos de un flujograma



Líneas de flujo



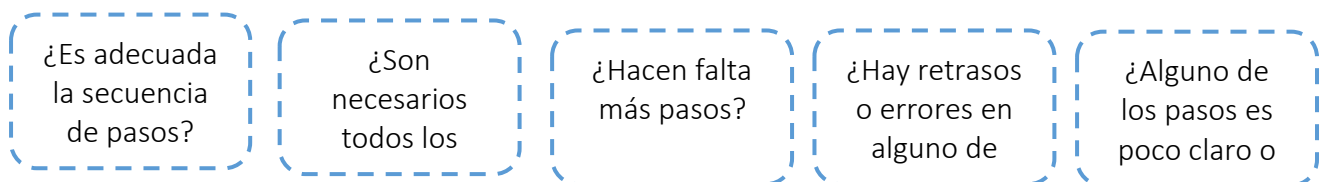
Tipos de flujogramas

- Algoritmos clínicos.** Por ejemplo, un paciente llega con fiebre al servicio de salud; usted se pregunta, ¿cuáles son las opciones diagnósticas? Pueden ser: a) malaria, b) infección del tracto respiratorio, c) infección intestinal, d) infección de vías urinarias, etc. ¿Qué es lo que usted hace? Realiza un examen de sangre. ¿Qué pasa si el examen es negativo? O si es positivo. Así es como piensa un médico ante la presentación de un paciente para llegar a un diagnóstico.

- **Flujo de materiales.** Los recursos son solicitados, luego preparados y posteriormente transportados al hospital. Por ejemplo, comida, ropa para lavar, medicamentos, etc.
- **Recorrido del paciente.** Pacientes que fluyen a través del servicio o sistema de salud.
- **Flujo de información.** Por ejemplo, un paciente es registrado en admisión en el sistema electrónico o libro de registro. Posteriormente buscamos y localizamos su historia clínica de atención ambulatoria. Esa historia va a la estación donde se toma los signos vitales temperatura, peso, etc). Luego, el historial pasa al consultorio donde el profesional brinda la consulta, etc.
- **Flujos múltiples.** Por lo común, no estamos solo registrando procesos sencillos. Muchos procesos se encuentran entrelazados. Por ejemplo, primero se realiza el diagnóstico clínico, posteriormente la farmacia genera la receta, y el expediente clínico del paciente registra ambos procesos.

Analizando un flujograma:

Es necesario realizarse varias preguntas de control cuando se elabora un flujograma, por ej:



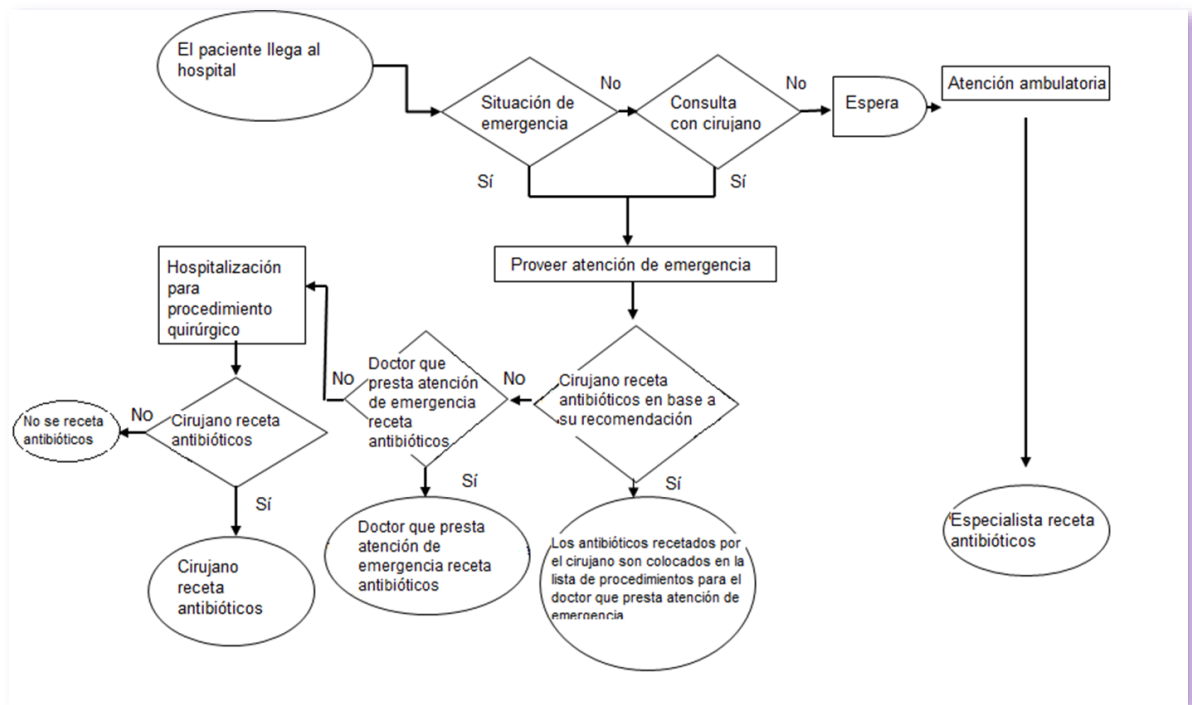
Ejemplo: Proceso para recetar antibióticos en caso de una cirugía, antes de que fuesen introducidos cambios.

Lea sobre el siguiente proceso y trate de entender el flujo de los pasos.

El proceso para recetar antibióticos en caso de cirugía inicia cuando un paciente llega para recibir atención en el hospital. Esto puede suceder en la sala de emergencia o en la sala de consulta ambulatoria del cirujano. Si no se recetan antibióticos en estos lugares, entonces significa que el paciente habrá llegado al hospital para ser admitido, en cuyo caso, los antibióticos habrán sido recetados en un contexto ambulatorio fuera del hospital y la receta es simplemente administrada en el hospital. Si se trata de una emergencia y el paciente llega a la sala de emergencia, entonces los antibióticos son recetados por el cirujano en la sala de emergencia. Si no se trata de una emergencia y la cirugía ha sido programada, el paciente es recetado antibióticos por parte del cirujano en la consulta externa del hospital, o los antibióticos habrán sido recetados previamente y son sencillamente administrados en el hospital.

Si el paciente no está hospitalizado, entonces el cirujano puede recetar un antibiótico para tomar en casa o el paciente puede ser dado de alta de la clínica ambulatoria sin recibir antibióticos.

Este mismo proceso ha sido diagramado en el flujograma. ¿Cuál de las dos opciones es más fácil de comprender?



TRABAJO DE GRUPO N° 3:

Ejercicio en base a un estudio de caso: Entendiendo el proceso actual

El equipo de mejoramiento decidió estudiar el proceso actual mediante el cual las usuarias embarazadas o no con infección sospechada o confirmada por Zika reciben atención. Después del registro inicial en el área de recepción, la paciente es atendida en la consulta por personal médico, quien la examina, diagnostica y prescribe un tratamiento, exámenes, medicamentos u otras intervenciones, según sea necesario.

La usuaria luego va a la Postconsulta y procede a ver a la enfermera o personal encargada de mejorar la adherencia al tratamiento, conversando con la paciente sobre el uso de la medicación, exámenes que debe realizarse, medidas educativas y otros asuntos. Al finalizar, el paciente acude a la farmacia, donde recoge el medicamento prescrito antes de salir del centro de salud.

A continuación, dibuje un flujograma de una paciente embarazada en el contexto de la epidemia Zika, utilizando los símbolos que figuran en las páginas previas, ilustrando el flujo del paciente con infección confirmada o sospechosa de Zika a lo largo del proceso actual. Por favor dibuje el flujograma tal como se da en realidad en una unidad de salud del País, o en la que Usted trabaja.

Sección 4: Evaluación del mejoramiento: uso de Indicadores

Indicadores para poner a prueba y evaluar el mejoramiento

Este paso constituye el núcleo central del mejoramiento de la calidad. Es la manera de saber si los cambios que estamos implementando generan la mejora que buscamos.

- Determine los indicadores que nos permitirán saber si hemos alcanzado la mejora que hemos programado o estamos buscando.

¿Por qué realizamos mediciones?

- Si no se mide los resultados o efectos de las acciones de mejora que se realiza, ¿cómo se sabrá si ha realizado o alcanzado una mejora?

Pregúntese a sí mismo, ¿cuál es la cantidad mínima de mediciones que necesita para responder estas preguntas?

La regla general es recolectar la cantidad mínima de datos necesaria para poder contestar la pregunta.

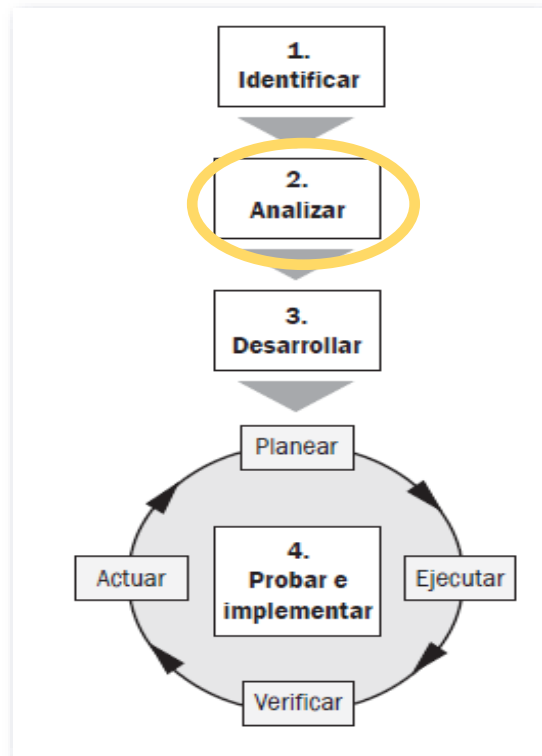
La recolección de datos implica una carga laboral para cada miembro del equipo de mejoramiento. Nadie ingresa en el campo de atención de la salud para recolectar datos; la gente lo hace para ayudar a los pacientes. Sin embargo, necesitamos recolectar datos para saber si lo que realizamos está funcionando o no. El compromiso e involucramiento de los trabajadores de salud será mayor si saben por qué están recolectando los datos necesarios y útiles para el mejoramiento. Si están conscientes de que ha habido algún tipo de mejora, serán más propensos a recolectar los datos.

Sin importar qué tan bien se procese la información, si se recuperan e ingresan datos inservibles se tendrá como resultado datos poco o nada útiles para la toma de decisiones.

La clave es ser juicioso con respecto a los datos que se pide al personal recolectar. No debemos abrumar a los equipos de mejoramiento con demasiada recolección de datos. En su lugar, evalúe qué datos ya existen. ¿Qué datos son útiles? ¿Qué otros datos más se necesitan?

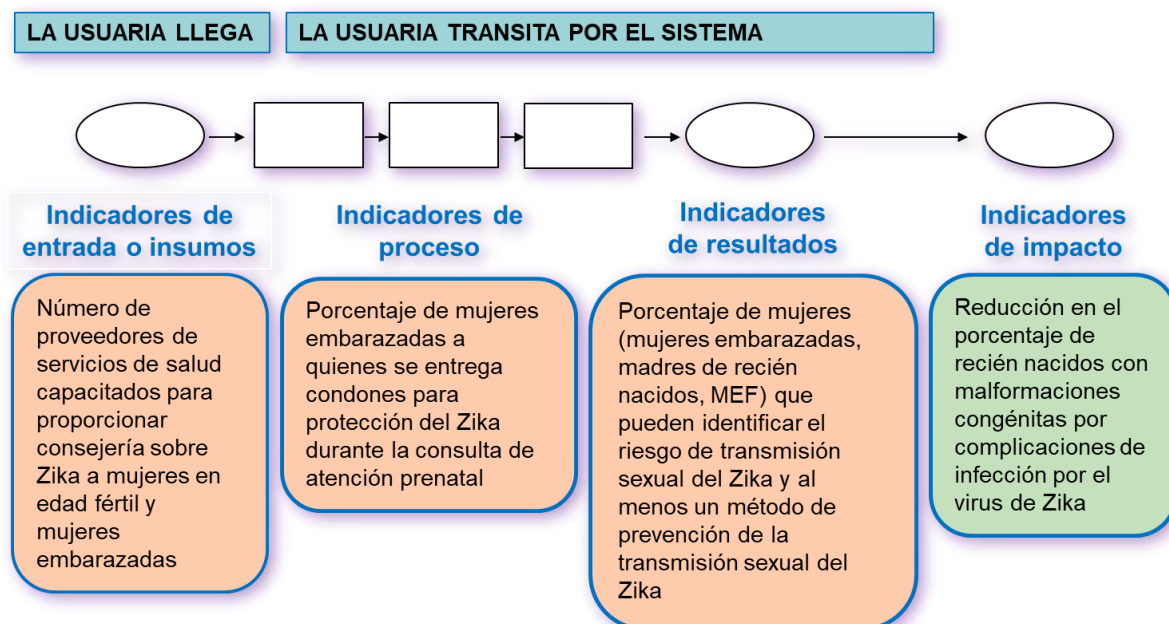
Cómo debe funcionar la medición

- Debe estar directamente vinculada a los objetivos de mejoramiento de la atención en Zika
- Debe ser usada para orientar el mejoramiento y poner a prueba las ideas de cambios



- Debe ser integrada a la actividad cotidiana de los profesionales y equipos de mejoramiento
- Debe permitir que los equipos de Mejoramiento de la Calidad aprendan
- Debe concentrarse en mediciones o indicadores *clave* – no abrume a los equipos con una recolección y análisis de datos interminable y no útiles.

Utilizando el modelo Donabedian en el que figuran insumos, procesos, y resultados, podemos establecer indicadores a cada uno de estos niveles. Nótese que los indicadores pueden ser cantidades o proporciones; las proporciones a menudo se expresan como porcentajes. Los indicadores también pueden evidenciar un aumento en un resultado positivo, o una reducción en un resultado negativo –ambos casos constituyen una mejora. La figura que aparece incluye ejemplos de cada tipo de indicador.



Cualidades de un buen indicador

- Claro e inequívoco (los equipos no confundirán lo que significa el indicador)
- Cuantificable o medible
- Identifica la fuente de los datos
- Identifica la forma de recolectar los datos y la persona responsable de su recolección
- Identifica claramente un numerador y denominador
- Identifica la frecuencia o periodicidad con la que se debe recolectar los datos

Tabla de indicadores a ser evaluados por el proyecto ASSIST /ZIKA

No.	Indicador	Definición	APN	RN	Apoyo y Segui.
1	Porcentaje de embarazadas a quienes en la APN se les entregó condones para prevención de la transmisión sexual del Zika	Número de embarazadas en unidades de salud apoyados por el proyecto que reciben condones durante al menos una consulta prenatal	X		
2	Número de proveedores de salud que atienden usuarias de PF, embarazadas y madres de recién nacidos capacitados para proporcionar Consejería para la prevención del Zika	Número de proveedores de salud capacitados para brindar consejería en Zika a mujeres en edad fértil	X	X	
3	Porcentaje de embarazadas que reciben Consejería sobre Zika en la atención prenatal	Número de embarazadas en unidades de salud apoyos por el proyecto a quienes se les brinda consejería o se les da información sobre Zika durante al menos una consulta prenatal	X		
4	Número de individuos afectados que son referidos a servicios de apoyo psicosocial	Número de individuos afectados que son referidos a servicios de cuidado y apoyo (no clínico) Este indicador mide el número de referencias hechas a individuos afectados en las áreas del proyecto para uno de los siguientes tipos de servicios: ● Cuidado y apoyo no clínico, incluso servicios de apoyo psicosocial para madres con infección por Zika sospechosa o confirmada y madres de bebés con Síndrome Congénito asociado con Zika	X	X	
5	Número de bebés nacidos con sospecha o caso confirmado de microcefalia o Síndrome Congénito asociado con Zika que son referidos a servicios clínicos adecuados en concordancia con la norma nacional	Número de individuos afectados que son referidos a servicios de cuidado y apoyo (clínico) Este indicador mide el número de referencias hechas a individuos afectados en las áreas del proyecto para uno de los siguientes tipos de servicios: ● Cuidado y apoyo clínico, incluso servicios de cuidado a recién nacidos para bebés con Síndrome Congénito sospechoso o confirmado		X	

6	Porcentaje de cumplimiento con los criterios de consejería durante consultas de PF, APN y puerperio, identificados en la Guía de Consejería en Zika		X	X	
7	Porcentaje de usuarias de PF, APN y APP que pueden identificar el riesgo de transmisión sexual del Zika y el uso del condón para la prevención		X	X	
8	Porcentaje de embarazadas que son evaluadas adecuadamente durante la consulta de APN para detectar signos y síntomas del Zika durante el embarazo		X		
9	Porcentaje de recién nacidos que son evaluados adecuadamente para detectar microcefalia			X	
10	Porcentaje de infantes con sospecha o caso confirmado de Microcefalia o Síndrome Congénito asociado a Zika que reciben cuidado clínico adecuado según edad en concordancia con la norma nacional.	Cohorte de infantes vinculados a los servicios de salud, previamente identificados y localizados, (en la región/provincia/departamento) con sospecha o caso confirmado de Microcefalia o Síndrome Congénito asociado a Zika que reciben cuidado clínico adecuado según edad en concordancia con la norma nacional.			X
11	Porcentaje de individuos afectados, incluidas embarazadas con sospecha de infección por el virus Zika, y/o madres de bebés con Síndrome Congénito asociado a Zika que asisten a consultas de seguimiento, y/o madres de bebés que son tamizados durante control de bebé sano y se presentan con atraso en desarrollo neuromotor, que son atendidos por un proveedor capacitado para brindar apoyo sico-emocional durante cada visita a la unidad de salud	La Familia de los infantes de la Cohorte vinculados a los servicios de salud, en la región - provincia – departamento, con sospecha o caso confirmado de Microcefalia o Síndrome Congénito asociado a Zika que reciben apoyo sico-emocional durante cada visita a la unidad de salud.			X

Matriz Operativa de Indicadores de Calidad Proyecto ASISST - ZIKA

N°	INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	MÉTODO Y FUENTE	PERIODICIDAD
1	ENTREGA DE CONDONES Porcentaje de embarazadas a quienes en la APN se les entrega condones para prevenir la transmisión sexual del Zika	Número total de historias clínicas que cumplen (SI)	Número total de historias clínicas revisadas	<u>Muestra aleatoria de 20 historias clínicas.</u> Solo serán susceptibles de medición las historias clínicas de primera atención en el mes , no de seguimiento en el mismo mes.	Mensual
3	CONSEJERÍA PRENATAL Porcentaje de embarazadas que reciben consejería sobre Zika en la atención prenatal (Primera ó subsecuente)	Número total de historias clínicas que cumplen (SI)	Número total de historias clínicas revisadas	<u>Muestra aleatoria de 20 historias clínicas, ó de todas las del mes si es menor de 20.</u> La consejería debe ser registrada durante el mes que se está evaluando. Se debe evitar la duplicidad tomando en cuenta sólo historias clínicas de embarazadas que asistieron a la primera consulta de APN en ese mes.	Mensual
4	REFERENCIA A APOYO SICOEMOCIONAL Número de embarazadas (casos sospechosos y confirmados de Zika), madres de Recién Nacidos (RN) con microcefalia y/o SCZ y sus familias referidos a apoyo psico-emocional en los establecimientos de salud.	Número total de historia clínicas que cumple		<u>Revisión de documentación de referencias de apoyo psicoemocional</u> en la historia clínicas de embarazadas sospechosas o confirmadas de Zika, puérperas con RN con microcefalia y/o SCZ.	Mensual
5	REFERENCIA CLÍNICA Número de recién nacidos con probable afectación por Zika hijos de madres sospechosas o confirmadas y RN con sospecha, probable o caso confirmado de Síndrome Congénito asociado con Zika y/o microcefalia, son referidos a servicios clínicos adecuados	Número total de historia clínicas que cumple (SI)		<u>Revisión de Historia clínicas de puérperas sospechosas o confirmadas de Zika o RN con microcefalia y/o SCZ.</u> Revisión del sistema de referencia y retorno de la unidad operativa.	Mensual

6	CONSEJERÍA SOBRE ZIKA Porcentaje de cumplimiento con los criterios de consejería durante consultas de planificación familiar, atención prenatal y puerperio durante la atención.	Número de criterios cumplidos durante la consulta	Número de criterios que figuran en el listado de chequeo (18) por el número de consultas observadas.	Este indicador no se medirá por historia clínica. Observación directa de atenciones en PF, APN, posparto de una muestra a conveniencia de hasta seis observaciones por servicio que aplica durante el día de medición En caso de que un establecimiento no ofrece un servicio, dejarlo en blanco (Si el centro de salud no atiende partos, no habrá púerperas, etc.)	Mensual
7	CONOCIMIENTO SOBRE ZIKA Porcentaje de usuarias Planificación familiar, Atención Prenatal y Control Posparto que pueden identificar el riesgo de transmisión sexual del Zika y el uso del condón para la prevención.	Número total de entrevistadas que pueden identificar la transmisión sexual del virus y el uso de condón como métodos de prevención (SI)	Número total de entrevistadas	Entrevista de usuarias de PF, APN y control posparto, de una muestra a conveniencia según el volumen de atenciones del día de la medición. Hasta 10 entrevistas de PSA, APN y PP.	Mensual
8	TAMIZAJE PARA ZIKA Porcentaje de embarazadas en las que durante la APN se investigó la presencia de los tres signos y síntomas más comunes de Zika durante el embarazo	Número total de historia clínicas que cumple (SI)	Número total de historia clínicas revisados	<u>Muestra aleatoria de 20 historias clínicas.</u>	Mensual
9	TAMIZAJE PARA MICROCEFALIA Porcentaje de recién nacidos a los que se les midió y clasificó apropiadamente el perímetro cefálico según sexo y edad gestacional y tomó acciones correspondientes	Número total de historia clínicas que cumple (SI)	Número total de historia clínicas revisados	<u>Muestra aleatoria de 20 historias clínicas.</u>	Mensual

TRABAJO DE GRUPO N° 4:

MEDICIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD EN EL CONTEXTO DEL ZIKA ¿Qué medimos? ¿Qué esperamos obtener de la medición de indicadores?

REVISIÓN DE LOS INDICADORES DEL PROYECTO: ATENCIÓN PRENATAL / RECIÉN NACIDO	PREGUNTAS PARA DISCUSION
1. Revise la Matriz Operativa de Indicadores tanto para Prenatal / Recién Nacido, observe las definiciones, los detalles del numerador, denominador, fuente de datos, método, fuente de información y periodicidad para la medición de cada indicador propuesto y desarrolle las siguientes preguntas:	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Entendemos el indicador? • ¿De dónde obtenemos estos datos? • ¿Quién se encargará de recoger estos datos? • ¿Con qué frecuencia? • ¿Qué necesitamos organizar para que la recogida de datos se dé sin dificultades? • ¿Cómo vamos a interpretar los indicadores, en qué reuniones, con qué frecuencia, en dónde? • ¿Quién va a introducir los datos a la base Excel?

Objetivo: El objetivo de esta actividad es analizar los indicadores que seleccionamos previamente: entrega de condones (#1), consejería sobre Zika (#3 y #6), referencia del RN con Microcefalia o SCaZ (#5), Tamizaje para Zika en la embarazada (#8) y Tamizaje de microcefalia en el recién nacido (#9).

Es indispensable que durante esta actividad los participantes conozcan y se familiaricen con los indicadores, los instrumentos para la medición y la base de datos en Excel del Proyecto ASSIST/Zika/Ecuador, que permitirán la medición mensual para el Mejoramiento Continuo de la Calidad en el contexto de Zika.

Instrucciones: Los participantes formarán 6 grupos de 8 ó 10 personas cada uno; dispondrán de lista de Indicadores, los instrumentos y la base de datos de los indicadores del Proyecto ASSIST/Zika/Ecuador. El análisis será grupal con los siguientes Indicadores.

INDICADOR	COLABORATIVO
<i>Entrega de condones (#1)</i>	Prenatal
<i>Documentación de la consejería sobre Zika (#3)</i>	Prenatal
<i>Consejería de calidad sobre Zika (#6)</i>	Prenatal
<i>Tamizaje para Zika en la embarazada (#8)</i>	Prenatal
<i>Tamizaje de microcefalia en el recién nacido (#9).</i>	Recién nacido
<i>Referencia Clínica (#5)</i>	Recién nacido

- Cada Grupo tiene un Facilitador y un Apoyo Técnico del Proyecto y deberá nombrar un secretario relator, que presentará en plenaria las conclusiones del trabajo Grupal.

- El Facilitador y los participantes discutirán y analizarán los indicadores, los instrumentos, que son parte de la base de datos, con el fin de dejar en claro lo que se mide y para qué lo hacemos.
- En un segundo momento, los grupos realizarán el Estudio de Caso abajo detallado, que ayudará a comprender la medición de indicadores tanto para prenatal y como para recién nacido y el llenado de la base de datos en Excel.
- El Grupo también deberá discutir, analizar e interpretar los resultados de la medición de indicadores, tratando que todos los participantes del grupo a su cargo hayan comprendido la importancia de tener datos numéricos que evidencien lo que sucede en sus servicios y sirvan para generar el mejoramiento continuo de la calidad de la atención
- Todos los participantes registran sus respuestas en la guía del trabajo en grupos, además de ejecutar el ejercicio en la base de datos (documento Excel) del Proyecto ASSIST/Zika/Ecuador.
- En la Plenaria se presentarán aportes sobre el proceso de Medición de Indicadores de la Calidad en el contexto Zika.

MEDICIÓN DE INDICADORES EN EL CONTEXTO DE ZIKA

REVISIÓN DE LOS INDICADORES DEL PROYECTO: ATENCIÓN PRENATAL / RECIEN NACIDO	PREGUNTAS PARA DISCUSION
<p>2. Estudio de Caso: Prenatal.</p> <p>El Dr. Hernández del H.G. Dr. Favio Moreno designó a la Lcda. Landeta como responsable del EMCC, quien con un grupo de profesionales deberá realizar el Mejoramiento Continua de la Calidad en el Hospital. Para esto como parte de sus roles y responsabilidades el EMCC debe realizar la medición de los indicadores y los ciclos rápidos de mejoramiento.</p> <p>El EMCC, solicitó 20 historias clínicas al azar en el área de estadística y archivo, para iniciar la medición. Observó que, de los 20 expedientes, 4 corresponden a “atención de seguimiento” y 16 a “atención de primera vez durante el mes de junio.</p> <p>De las 16 carpetas analizadas, 4 tienen registro escrito de <i>la prescripción de preservativos</i>, no hay certeza de cuántas mujeres a las que se les prescribió preservativos los recibieron, aunque la encargada de farmacia dice que ninguna se acercó con tal prescripción durante el mes (<i>Indicador #1</i>).</p> <p>Además, en las 20 historias clínicas (primera consulta y seguimiento) en ninguna se documentó <i>consejería prenatal para el Zika (Indicador #3)</i>. Solamente un expediente registraba <i>tamizaje para Zika (Indicador #8)</i>, en</p>	<p>Con los datos expuestos en el Estudio de Caso, llene la base de datos en Excel) para los indicadores seleccionados por proceso de atención prenatal e interprete los resultados.</p> <p>El Grupo deberá analizar los resultados y retomar las preguntas planteadas en el 1er punto de esta guía.</p>

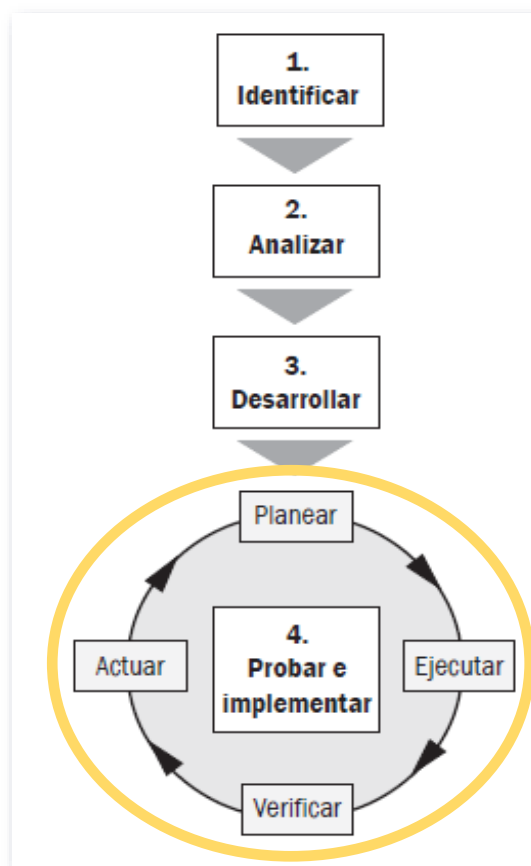
<p>ésta se indagó sobre rash pruriginoso, conjuntivitis no purulenta y fiebre.</p> <p>El EMCC, también solicitó 6 historias clínicas de planificación familiar, 6 de atención prenatal y 6 de atención del puerperio, del día de la medición, con el fin de analizar el indicador de <i>consejería de calidad sobre el Zika (Indicador #6)</i> identificándose que 2 de las carpetas de planificación familiar tienen registrado el uso de condón como método de prevención de transmisión de ETS (incluido Zika), y en las de control prenatal solo 1 tiene registrada la búsqueda de signos y síntomas de Zika; finalmente ninguna historia de atención de puerperio tiene registrada ningún tipo de consejería sobre Zika.</p>	
<p>3. Estudio de Caso: Recién Nacido.</p> <p>También, en el Hospital General Dr. Favio Moreno, se conformó el EMCC de Recién Nacido, la responsabilidad de liderar este equipo recayó sobre el Dr. Miguel Arcos, quien determinó la importancia de medir los indicadores de <i>referencia a atención clínica adecuada (Indicador #5)</i> y el indicador de <i>tamizaje para microcefalia (Indicador #9)</i>.</p> <p>Las historias clínicas revisadas arrojan que el único niño afecto de microcefalia fue referido de forma oportuna a los servicios clínicos correspondientes en el nivel de atención superior, pero no se encuentra el dato en el formulario 053 de la HCL.</p> <p>En otras historias clínicas revisadas de recién nacido, solo en 10 de las 20 analizadas se registró el perímetro cefálico al nacimiento con un decimal; en ninguna historia se registró al alta; solo en 4 historias constaba la referencia a control de niño sano en el primer nivel de atención.</p>	<p>Con los datos expuestos en el Estudio de Caso, llene la base de datos en Excel) para los indicadores seleccionados por proceso de atención prenatal e interprete los resultados.</p> <p>El Grupo deberá analizar los resultados y retomar las preguntas planteadas en el 1er punto de esta guía.</p>

Sección 5: Desarrollar y poner a prueba un Cambio. ¿Qué cambios podemos hacer para mejorar el proceso de atención en Zika?

Desarrollar un cambio que esperamos produzca una mejora, y ponerlo a prueba

En esta sección pasamos al desarrollo, prueba, e implementación del cambio para mejorar la calidad de atención.

- Considere los posibles cambios (intervenciones) que pensamos podrían generar una mejora en la atención en los servicios
- Organice los cambios de acuerdo con su importancia y orientación práctica en la unidad operativa
- Las ideas para desarrollar cambios provienen de:
 - La medicina basada en evidencia
 - Directrices Ministeriales o documentos normativos
 - Estándares o puntos de comparación/referencia
 - Experiencias positivas de otros equipos
 - La lluvia de ideas del equipo de mejoramiento



Los cambios deben ser algo que se no haya probado antes, o que han sido exitosos si se han probado en contextos similares, que se pueda realizar inmediatamente, que haya funcionado en otro servicio o unidad, y que se siente como adecuado o lógico. Los cambios no deben ser algo que ya se ha realizado o probado y que resultó de bajo impacto, o que sea difícil implementar o esté lleno de trabas técnicas o administrativas.

La implementación en los primeros 6 países de la Región del Proyecto permitió un aprendizaje colaborativo de ideas de cambio tanto eficaces, como aquellas que generaron dificultades y se las ha sistematizado en dos documentos:

1. Resumen de Aprendizajes para el Colaborativo de Atención Prenatal, que contiene aprendizajes en la siguiente cascada de atención:
 - Prevención de una infección del Virus Zika durante el embarazo, que incluye: Consejería sobre la infección por el virus del Zikas; entrega de condones;
 - Tamizaje para detectar signos y síntomas de Zika;
 - Referencia a servicios de apoyo psico-emocional;

2. Resumen de Aprendizajes para el Colaborativo de Atención al Recién Nacido y Tamizaje para Microcefalia y SCaZ, que contiene aprendizajes en la siguiente cascada de atención:
 - Medición, documentación e interpretación del perímetro cefálico de todo recién nacido;
 - Cumplimiento de acciones inmediatas al RN con Microcefalia;
 - Enlace con los servicios de evaluación, cuidado y apoyo a los RN con Microcefalia o SCaZ.

TRABAJO DE GRUPO No 5

PLANTEAMIENTO DE LAS IDEAS DE CAMBIO Desarrollar y poner a prueba una idea de cambio

Objetivo: El objetivo de esta actividad es que los participantes puedan desarrollar claramente una idea de cambio que podría ser implementada para generar el mejoramiento continuo de la calidad de la atención con base en los indicadores y la interpretación de los mismos realizadas en el ejercicio anterior.

Instrucciones: Los participantes formaran 6 grupos de 8 ó 10 personas cada uno. Dispondrán de la base de datos de los indicadores del Proyecto ASSIST/Zika/Ecuador y del análisis e interpretación previamente realizado.

- El Grupo deberá tener a mano el objetivo de mejora identificado, el Flujograma de Proceso, el grupo deberá copiarlo en un papelote para visualizarlo o utilizar el que previamente elaborado en los anteriores trabajos de grupos.
- Se espera que el participante piense rápidamente e intervenga con prontitud cuando el facilitador le dé la información y le formule las preguntas.
- Examine los documentos que se facilitarán para cada grupo de trabajo:
 1. Resumen de Aprendizajes para el Colaborativo de Atención Prenatal;
 2. Resumen de Aprendizajes para el Colaborativo de Atención al Recién Nacido y Tamizaje para Microcefalia y SCaZ.
- Se deberá generar una discusión entre los miembros del grupo sobre las posibles ideas de cambio, para el cumplimiento del objetivo y para mejorar los Indicadores medidos.
- En un papelote escriba las Ideas de Cambio discutidas y seleccionadas por el grupo.
- Desarrolle la Matriz de Planificación del Paso 1 del PEVA.
- Otra variante es el desarrollar el siguiente caso de estudio:

CASO DE ESTUDIO: PLANTEAMIENTO DE LAS IDEAS DE CAMBIO

CASO DE ESTUDIO.	
<p>En la reunión del EMCC de Atención Prenatal se analizaron los siguientes resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Al 20% de las pacientes se les prescribió en la historia clínica preservativos en el control prenatal. El 0% de embarazadas recibió condones en la farmacia de la unidad operativa. El 0% de embarazadas se le entregó condones. • El 0% de mujeres recibieron consejería sobre Zika en atención prenatal. • El 5% de embarazadas se buscaron signos y síntomas de Zika. • El 17% de mujeres que acudieron a atención prenatal recibieron tamizaje para Zika durante la consulta, y el 33% de mujeres en consulta de planificación familiar se les indicó que el condón servía para prevenir la transmisión de enfermedades de transmisión sexual (incluyendo Zika) 	<p>Para Atención Prenatal.</p> <p>Identifique los procesos de atención deficientes y priorícelos. Consigne una o varias ideas de cambio para el proceso seleccionado, tomando el objetivo de mejora identificado en el día anterior.</p>
<p>En la reunión del EMCC de recién nacido se determinó que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El 0% de los recién nacidos son referidos a atención clínica de calidad. • El 50% de los recién nacidos reciben medición del perímetro cefálico con un decimal, 0% al alta. • En el 0% de los recién nacidos se registró e interpretó el perímetro cefálico. • Y solo el 20% recibió referencia para control a su unidad correspondiente. 	<p>En atención de Recién nacido:</p> <p>Identifique los procesos de atención deficientes y priorícelos. Consigne una o varias ideas de cambio para el proceso seleccionado, para el proceso seleccionado, tomando el objetivo de mejora identificado en el día anterior.</p>

Una vez el cambio ha sido definido, pasamos a refinarlo y probarlo utilizando el Ciclo PEVA.

Ciclo Planificar-Ejecutar-Verificar-Actuar (PDSA) para el aprendizaje y el mejoramiento



El Ciclo **PEVA** es una metodología que ayuda a probar, implementar los cambios, y aprender de la experiencia. A veces son necesarios varios ciclos para tener un cambio exitoso. El ciclo permite generar nuevo conocimiento a través de la etapa Estudiar

Las ideas de cambio se deben probar antes de su implementación a gran escala, para saber si efectivamente conducen a las mejoras que buscamos, con los pacientes, en un servicio, en una etapa del proceso.

¿Por qué son importantes los ciclos PEVA?

A través de las pruebas rápidas a pequeña escala, una persona o un equipo puede determinar si la idea conducirá a la mejora de su área problemática y los posibles efectos secundarios a mitigar antes de hacer un cambio permanente. Probar el cambio con el personal involucrado en el proceso puede ayudar a reducir la resistencia al mismo.

Al programar una prueba de la idea de cambio, también se debe estar preparado para la posibilidad de que la idea de cambio fracase o genere efectos adversos.

Poner a prueba e implementar los cambios

Consejos para poner a prueba un cambio

- ✓ Ponga a prueba los cambios GRANDES inicialmente a escala pequeña, luego incremente la escala gradualmente
- ✓ Cuando sea posible, ponga a prueba cada cambio por separado
- ✓ Los resultados negativos son una oportunidad para aprender
- ✓ Piense cómo cambian las condiciones a través del tiempo (mensualmente, patrones estacionales, variables externas)

Con las ideas de cambio identificadas, discutidas y priorizadas, podemos empezar nuestro ciclo PEVA (Planear, Ejecutar, Verificar y Actuar).

Paso 1: PLANIFICAR.

En este primer paso del ciclo PEVA se planifican las actividades que vamos a realizar para implementar y probar la idea de cambio. Este plan de acción para la prueba de las ideas de cambio inicia con describir las actividades a realizar para la implementación de las ideas de cambio, dónde y cuándo se las harán, quien es el responsable de ejecutarlas. Se puede ayudar usando la matriz siguiente:

IDEAS DE CAMBIO	ACTIVIDADES	¿DÓNDE?	¿CUÁNDO?	RESPONSABLE

Proceda de la siguiente manera: Coloque las ideas de cambio consensuados en la primera columna y luego proceda a describir las actividades necesarias para implementar dichas ideas de cambio. Indique en dónde se llevarán a cabo esas actividades, coloque fechas de inicio y fin de estas actividades. Por último, indique el responsable, de preferencia una persona y no un grupo de trabajo, de manera tal que permita identificar y dar seguimiento al responsable de la actividad.

Paso 2: EJECUTAR.

Este paso del Ciclo PEVA consiste en:

- En este paso se prueba la idea/as de cambio, es decir se ejecuta el Plan definido en el paso anterior;
- Se verifica que se esté cumpliendo con lo planificado;
- Se recopilan datos sobre los cambios que no se incluyeron en el plan original pero que se implementaron.

Paso 3: VERIFICAR.

Este paso del Ciclo PEVA consiste en:

- Verificar que el cambio/os se hayan probado según el plan diseñado;
- Verificar que los datos recopilados sean precisos y estén completos;
- Medir el/los indicadores definidos para determinar si se ha producido una mejora en la calidad;
- Realizar una comparación de los resultados reales con los resultados previstos o deseados / metas.

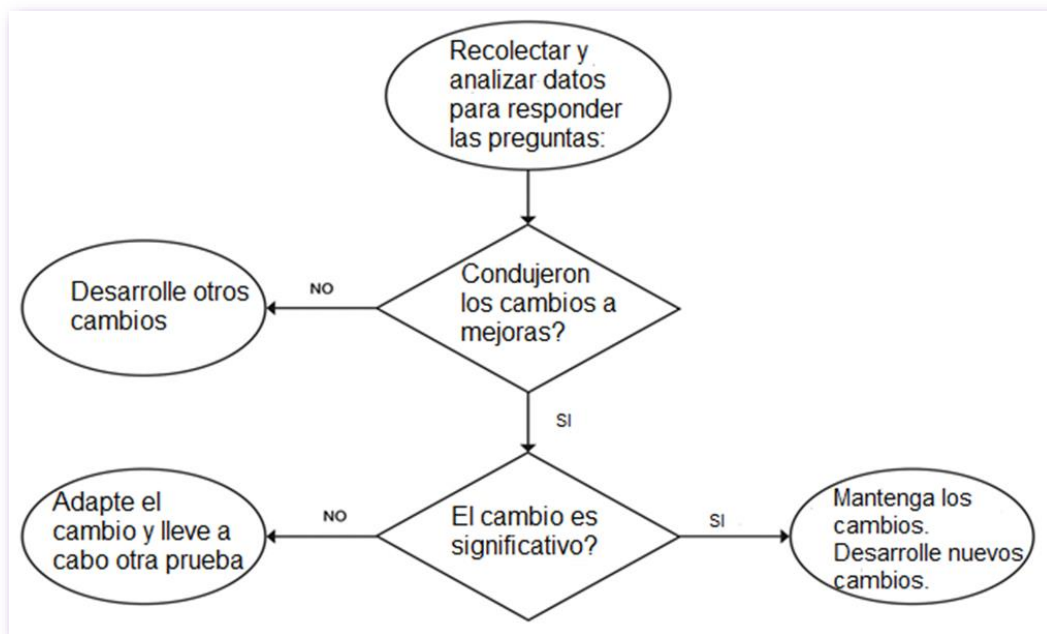
Paso 4: ACTUAR.

Este paso del Ciclo PEVA consiste en:

- Empezar a resumir lo aprendido en el modelo de mejoramiento y concretamente en el Ciclo de Mejora;
- Definir los próximos pasos de acuerdo con las siguientes consideraciones:
 - Si la idea de cambio produjo una mejora de la calidad y del indicador, pero amerita ser modificada, el Equipo de Mejora de la Calidad EMC debe regresar al **Paso 1 del Ciclo PEVA** y Planificar las modificaciones a ser desarrolladas;
 - Si los resultados fueron pocos y generaron dificultades, el EMC debe regresar al **Paso 3 del Enfoque de Mejoramiento: Desarrollar** para pensar en nuevas ideas de cambio y desarrollar un nuevo Ciclo PEVA;
 - Si se agudizaron los problemas de calidad y los indicadores no mejoraron sino empeoraron, pero el EMC considera que se está trabajando en la parte correcta del proceso de atención, regresar al **Paso 2 del Enfoque de**

Mejoramiento: Analizar y profundizar las causas de la mala calidad a través de más herramientas de análisis;

- Si la idea de cambio / ciclo de mejora fue exitosa, los desafíos para el EMC son:
 - Desarrollar una secuencia de Ciclos PEVA para aumentar el nivel de confianza;
 - Probar diferentes ideas de cambio de manera simultánea;
 - Implementar la mejora a mayor escala y establecerla como una norma de trabajo permanente;
 - Asegurar el monitoreo y vigilancia permanente, establecer un sistema de monitoreo de la calidad;
- Comunicar lo aprendido en el Proceso de Mejoramiento de la Calidad;
- Trabajar en el proceso de sostenibilidad e institucionalización de la calidad.
- Desarrolle el análisis de las pruebas realizadas alrededor de los cambios



Sección 6: Trazando Gráficos de Series de Tiempo

Todo proceso tiene intrínseca la variación, la cual consiste en el aumento y disminución que se da de manera natural en su desempeño. Por ejemplo, si usted camina de su casa al mercado puede tomarle 30 minutos en promedio; sin embargo, si lo mide diariamente cada vez que usted hace el recorrido el tiempo varía a 30 minutos un día, 28 otro, 33 el siguiente y así sucesivamente. Cada aumento y disminución si usted la gráfica no representa un cambio en el proceso.

Para cambiar el desempeño del proceso de manera significativa usted tendría que hacer algo diferente como correr, ir en bicicleta, viajar en auto, o utilizar una ruta distinta.

Los cambios en un proceso pueden conducir a una mejora o disminución en el desempeño o puede que no hagan ninguna diferencia y persista la variabilidad inicial. Y deben ser monitoreados a lo largo del tiempo para observar si las mejoras se realizan o no, usando un gráfico de series de tiempo.

La variación es importante entenderla porque un ligero aumento o disminución en los datos puede corresponder a la variación normal y no significa necesariamente una mejora.

¿Qué es un gráfico de series de tiempo?

Un gráfico de series de tiempo es una herramienta visual que nos ayuda a dar seguimiento a los datos a través de una escala del tiempo. Puede ser trazado de manera diaria, semanal, o mensual. El eje x (eje horizontal) es el tiempo. En el gráfico que aparece abajo, la unidad de tiempo es el mes. El eje y (eje vertical) es el dato o valor del indicador monitoreado por el equipo de mejoramiento.

¿Para qué nos sirve un gráfico de series de tiempo?

El Equipo de Mejora comprueba en el gráfico de series de tiempo si los cambios que ha puesto a prueba resultaron en una mejora evidenciada en el comportamiento del indicador, o al contrario no produjeron mejoras, o incluso si el desempeño del indicador hubiera empeorado. De esta manera el equipo tiene una evidencia cuantitativa del grado de mejora que se produce luego de la puesta a prueba de un cambio, lo cual le ayuda a tomar decisiones correctas.

Normas para la presentación de gráficos de series de tiempo

El propósito de estas normas es garantizar que los miembros del EMCC y quienes examinan nuestros gráficos tengan la suficiente información para poder interpretar correctamente la mejora realizada.

Todos los gráficos de series de tiempo deben tener:

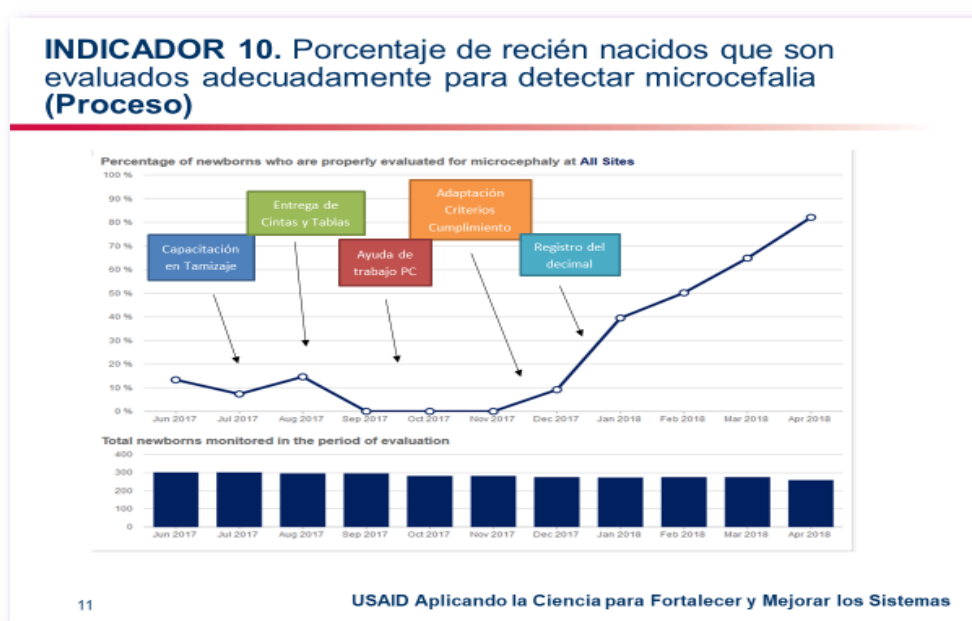
- **Un título claro y bien definido:** un título claro y bien definido que expresa quién, qué, cuándo y dónde.

- **Rotulación del eje x y eje y:** los ejes deben incluir una “escala”, como por ejemplo 0-100%, y una “etiqueta” que describa qué variable o indicador está siendo representado en cada eje.
- **Definición del denominador:** los criterios o valores para ser contabilizado en el denominador.
- **Definición del numerador:** los criterios o valores para ser contabilizados en el numerador.
- **Valores del denominador:** si el indicador es un porcentaje, se debe presentar el denominador correspondiente a cada período de medición.
- **Fuente de los datos:** descripciones breves de la fuente de los datos (p. ej., Historia Clínica, registro de pacientes o carnets de atención)
- **Estrategia de muestreo:** si los datos del denominador provienen de una muestra en lugar de incluir todos los casos que se ajustan a la definición del denominador durante ese período, exponga cómo se realizó el muestreo (p. ej., muestreo sistemático de 10 registros)

Los gráficos de series de tiempo que muestran los datos para un sitio o un equipo de MC también deben incluir:

- Notas o comentarios sobre cambios clave puestos a prueba: las notas se dividen en dos categorías: notas sobre el momento elegido para los cambios clave, y notas sobre otros eventos clave que pueden explicar las variaciones en los resultados a lo largo del tiempo. Los cambios clave representan intervenciones que a su vez se relacionan con cambios sustanciales en el valor del indicador, sean positivos o negativos. Los gráficos de series de tiempo que muestran datos agregados de varios sitios también deben incluir:
- El número de sitios que reportan datos para cada período de medición. Para cada punto en el gráfico, se debe presentar el número total de sitios que componen la medición agregada.

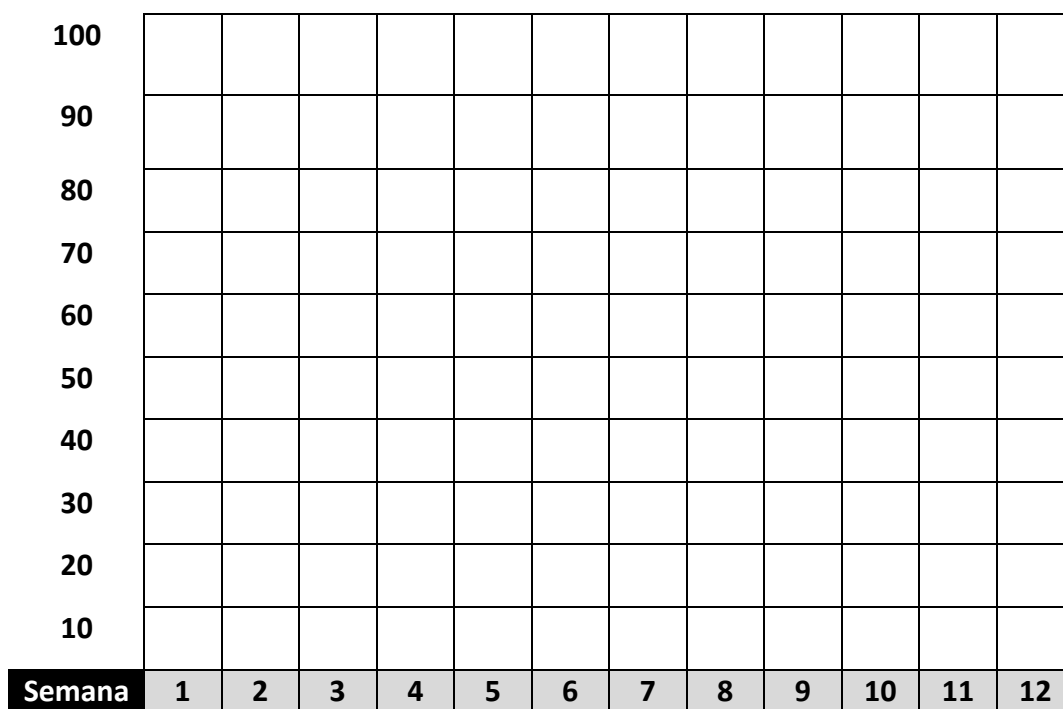
Ejemplo de un gráfico de serie de tiempo bien definido



Ejercicio en base a un estudio de caso, sección 6: Recolectar y trazar los datos

Con los datos proporcionados, elabore un gráfico de serie de tiempo.

Porcentaje de recién nacidos que son adecuadamente evaluados el diagnóstico de Microcefalia en la Unidad Operativa durante los meses de Junio, Julio y Agosto del 2016



	Semana	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Numerador: # de recién nacidos en los que se realizó adecuadamente la evaluación de microcefalia.		0	50	100	125	250	250	240	280	300	290	280	200
Denominador: Total de recién nacidos.		300	280	290	200	280	260	255	290	310	300	290	205
Indicador (Proceso): Porcentaje de recién nacidos que se realizó el tamizaje de microcefalia de acuerdo a normas del MSP.													

Módulo 3: ENFOQUE COLABORATIVO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD.

El mejoramiento colaborativo implica los mismos principios que fueron mencionados en el Módulo 3, pero existen varios equipos de mejorar trabajando en el mismo objetivo y el aprendizaje compartido resulta un componente principal. El mejoramiento colaborativo funciona cuando varios sitios se encuentran simultáneamente poniendo a prueba cambios, utilizando indicadores comunes y, luego, compartiendo y obteniendo aprendizaje cooperativo sobre cómo mejorar una determinada área de atención.

Qué es un colaborativo y su valor agregado al mejoramiento de la calidad en salud.

Un “colaborativo de mejoramiento” es un sistema de aprendizaje compartido que reúne a un gran número de equipos para trabajar juntos a fin de lograr rápidamente mejoras significativas en los procesos, calidad, y eficiencia de un área de atención específica, con la intención de difundir estos métodos a otros sitios.

Los colaborativos de mejoramiento buscan adaptar y difundir el conocimiento existente a múltiples sitios. Dicho conocimiento puede componerse de prácticas clínicas basadas en evidencia científica, prácticas probadas que son ampliamente consideradas como “buenas” o incluso “mejores”, o cualquier otro cambio a la manera existente de hacer las cosas que ha demostrado producir una mejor atención de salud. Este conocimiento constituye el “paquete de implementación”⁸ del colaborativo: cambios en los procesos y la organización de la atención que el colaborativo pretende introducir, afinar, y difundir.

En un colaborativo, los equipos de cada sitio elaboran y ensayan formas de operativizar o poner en práctica los conceptos incluidos en el paquete de implementación, y de superar barreras para hacerlos funcionar en sus escenarios locales.

Los colaborativos se utilizan como estrategias de mejoramiento de tiempo limitado, logrando resultados significativos típicamente en 9 a 18 meses, aunque a menudo las mejoras se ven mucho antes. No obstante, en casos de rediseño de sistemas complejos (por ejemplo, que involucran múltiples enfermedades crónicas), los colaborativos han continuado más allá de este lapso, empleando usualmente un enfoque por fases.

¿Cuándo constituye un colaborativo de mejoramiento el enfoque correcto para mejorar la atención de salud?

Cuando:

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

⁸ El paquete de implementación es también llamado “paquete de cambio”.

Los equipos que son parte de un colaborativo utilizan un conjunto común de indicadores principales –idealmente el menor número de indicadores que puedan informar sobre el

Rasgos Esenciales de un Colaborativo de Mejoramiento Exitoso

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

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

Existen muchos modelos de mejoramiento, y varios se han usado para probar e implementar cambios a través de colaborativos. Todos los modelos de mejoramiento comparten un rasgo común subyacente que es la introducción de una

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

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

A medida que la salud pública y la medicina moderna introdujeron la era de la medicina basada en evidencia durante las dos últimas décadas del Siglo 20, expertos en MC de los EEUU y del extranjero rápidamente vincularon el MC al conjunto creciente de estándares, protocolos, y guías basados en evidencia.

Dado que, por definición, los estándares basados en evidencia han demostrado empíricamente ser capaces de mejorar los resultados en salud (a menudo mediante pruebas clínicas aleatorias), los métodos modernos de MC buscan mejorar los procesos de atención para alcanzar el cumplimiento óptimo de los estándares basados en evidencia como meta última del mejoramiento de calidad en atención clínica y preventiva.

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



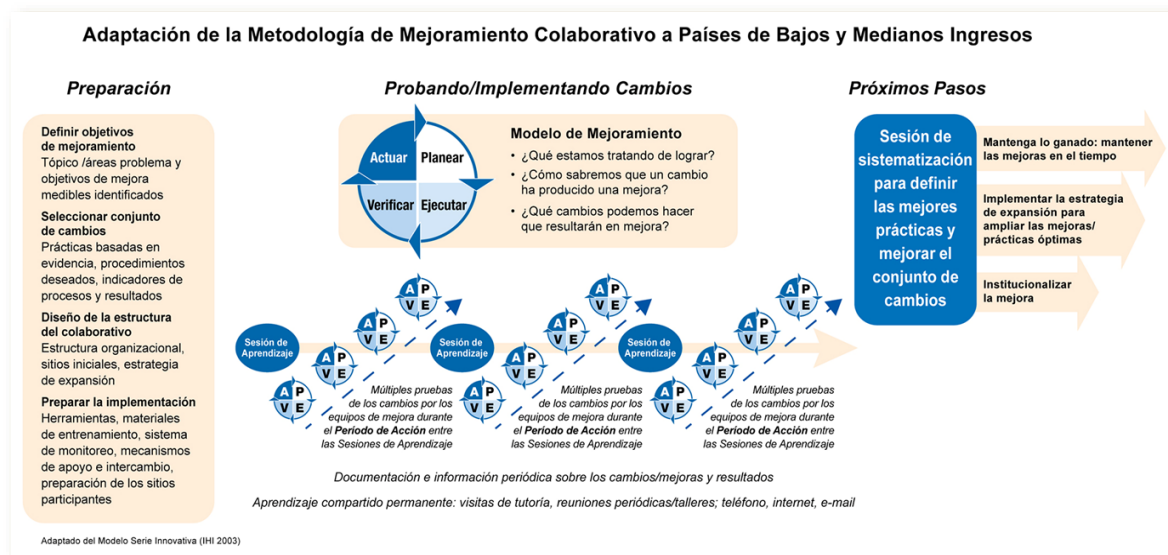
La última década ha visto otra adaptación más de los métodos establecidos de MC, a fin de aplicar estándares basados en evidencia para el cambio rápido y el impacto a gran escala: el Colaborativo de Mejoramiento. Como se discutirá en la siguiente sección, el enfoque Colaborativo de Mejoramiento reúne muchos de los elementos clave de la programación tradicional en salud (estándares, capacitación, ayudas de trabajo, equipos e insumos) con elementos modernos de MC (trabajo en equipo, análisis de procesos, monitoreo de resultados, satisfacción del cliente), dando como resultado un sistema de aprendizaje dinámico en el que equipos de diferentes sitios colaboran para compartir y expandir rápidamente estrategias que mejoran la calidad y eficiencia de los servicios de salud en una área técnica seleccionada.

La innovación central del Colaborativo de Mejoramiento es el aprendizaje estructurado y compartido entre varios equipos que trabajan en una misma área problemática: este rasgo promueve la diseminación rápida de prácticas exitosas. Debido a su énfasis en la difusión y expansión de mejoras, el modelo Colaborativo de Mejoramiento ofrece una nueva y poderosa herramienta dentro del conjunto de enfoques probados de MC.

Modelo y Fases para el Mejoramiento Colaborativo Exitoso.

La figura que aparece a continuación muestra el modelo de mejoramiento colaborativo desarrollado bajo el Proyecto HCI de USAID. El mejoramiento colaborativo tiene tres fases. **La primera fase** es la de preparación. Esta fase es donde se define el foco de atención del colaborativo, incluyendo los objetivos de mejoramiento. En esta fase también se desarrolla el paquete de implementación. El paquete de implementación debe componerse de prácticas

basadas en la evidencia, procedimientos deseados, así como indicadores de procesos y resultados para medir y evaluar los cambios que se ponen a prueba en la segunda fase. La preparación para el mejoramiento colaborativo también demanda planificación y pensamiento estratégico sobre la estructura organizacional de los equipos de mejora, los sitios iniciales a incluir durante la implementación, así como una estrategia para expandir el trabajo más allá de los sitios iniciales. Durante la primera fase también es importante preparar materiales y recursos que son necesarios para la implementación del trabajo de mejoramiento. Esto significa que para iniciar el trabajo debe existir un sistema de monitoreo en funcionamiento, recursos para realizar las sesiones de aprendizaje con los equipos de mejoramiento, y una preparación del sitio.



Fuente: “El colaborativo de mejoramiento: Un enfoque para mejorar rápidamente la atención en salud y expandir los servicios de calidad”, Proyecto de Mejora de la Calidad de la Atención en Salud de USAID (2008).

La **segunda fase** del mejoramiento colaborativo es la implementación. Por lo general, hay al menos cuatro sesiones de aprendizaje que tienen lugar de forma trimestral. Estas sesiones de aprendizaje están diseñadas para reunir a los equipos de mejoramiento que trabajan en diferentes establecimientos (con el mismo objetivo), quienes asisten a una reunión de uno a dos días de duración donde comparten los cambios que han puesto a prueba y qué ha funcionado y qué no ha funcionado en sus ambientes respectivos. Entre sesiones de aprendizaje, los equipos de mejora ponen a prueba nuevos cambios (quizás algunos que aprendieron de otros equipos en una sesión de aprendizaje) y continúan monitoreando los resultados. Luego reportan sobre su progreso en futuras sesiones de aprendizaje.

La fase dos también involucra visitas de apoyo por parte de Facilitadores en el tema del mejoramiento. Los Facilitadores brindan asesoría a los equipos de mejora sobre enfoques de mejoramiento y les proporcionan apoyo a través de visitas presenciales, llamadas, y otros medios. Estas visitas tienen como objeto proporcionar apoyo a los equipos a lo largo de su viaje en pos del mejoramiento.

La fase final en el modelo de mejoramiento colaborativo es la expansión de los esfuerzos más allá de los sitios iniciales. Esta fase comienza con una reunión para cosechar el conocimiento adquirido por los equipos a lo largo del proceso de implementación. La meta de la reunión es constituir un paquete de cambios a ser implementado durante la fase de expansión. El paquete de cambios se compone de las mejores prácticas que tuvieron lugar durante la fase de implementación.

La propuesta de trabajo del Proyecto ASSITS con el Enfoque de Tres Colaborativos.

Las intervenciones del proyecto ASSIST se basan en tres momentos clave de la atención a pacientes embarazadas, recién nacidos e infantes que podrían estar afectados por el virus:

4. Atención Prenatal;
5. Atención al Recién Nacido;
6. Cuidado y Apoyo al niño afectado por SCaZ y su familia

En este sentido, se crean 3 grupos de trabajo en cada País conformados por Equipos de Mejora, Facilitadores y Profesionales en cada tema para la mejora de procesos en la provisión de servicios de salud. Estos grupos son denominados colaborativos.

1. Colaborativo de Atención Pre Natal APN:

Objetivo: mejorar la atención prenatal y la consejería a la embarazada para reducir el riesgo de infección por Zika; entregar y orientar sobre el uso del condón; diagnosticar clínicamente infecciones Zika en el embarazo y tomar las acciones indicadas en la norma nacional.

Equipos de Mejoramiento: se conforman con personal que atiende directamente el proceso de Atención PreNatal en Consulta Externa, entre otros, Enfermera, Obstetrix, Médicos, Ginecólogos.

Líneas de Acción:

- Fortalecer el conocimiento de los proveedores de salud sobre el Zika y sus riesgos.
- Aumentar el conocimiento entre las usuarias del control prenatal sobre los riesgos del Zika y las medidas de prevención tanto vectorial como sexual, incluyendo la provisión y el uso de condones para prevenir la transmisión sexual del Zika durante el embarazo.
- Fortalecer la capacidad institucional para la consejería oportuna y de calidad en torno a la prevención y transmisión del Zika.
- Mejorar la evaluación clínica para detectar signos y síntomas de potenciales infecciones por Zika durante el embarazo e implementar la atención recomendada.

Indicadores:

1. Porcentaje de embarazadas a quienes en la APN se les entregó condones para prevención de la transmisión sexual del Zika;
2. Número de proveedores de salud que atienden usuarias embarazadas y madres de recién nacidos capacitados para proporcionar Consejería para la prevención del Zika;
3. Porcentaje de embarazadas que reciben Consejería sobre Zika en la atención prenatal;
4. Número de embarazadas afectadas que son referido a servicios de apoyo psicosocial;

5. Porcentaje de cumplimiento con los criterios de consejería durante consultas de APN, identificados en la Guía de Consejería en Zika;
6. Porcentaje de usuarias de APN que pueden identificar el riesgo de transmisión sexual del Zika y el uso del condón para la prevención;
7. Porcentaje de embarazadas que son evaluadas adecuadamente durante la consulta de APN para detectar signos y síntomas del Zika durante el embarazo.

2. Colaborativo del Recién Nacido RN:

Objetivo: mejorar la atención al Recién Nacido implementando el tamizaje para Síndrome Congénito asociado al Zika (SCaZ), incluyendo microcefalia y otras malformaciones, además de las acciones correspondientes según norma nacional.

Equipos de Mejoramiento: se conforman con personal que atiende directamente al Recién Nacido en Sala de partos, entre otros, Enfermera, Obstetriz, Médicos, Ginecólogos, Pediatras, Neonatólogos.

Líneas de Acción:

- Mejorar la evaluación clínica para detectar microcefalia y otras manifestaciones del SCaZ en recién nacidos a través de:
 - Elementos Técnicos del Tamizaje: uso de cintas estandarizadas del CLAP; mejora en la capacidad del personal profesional, uso de decimal, medición al nacimiento y a las 24 horas.
 - Interpretación de la medición contra estándares internacionales.
 - Documentación en la Historia Clínica y en las curvas correspondientes, Fenton y OMS.
 - Interpretación y referencia de ser el caso del RN con microcefalia.
- Aumentar el número y proporción de infantes afectados que reciben la atención recomendada.

Indicadores:

1. Porcentaje de recién nacidos que son evaluados adecuadamente para detectar microcefalia.
2. Número de bebés nacidos con sospecha o caso confirmado de microcefalia o Síndrome Congénito asociado con Zika que son referidos a servicios clínicos adecuados en concordancia con la norma nacional;

3. Colaborativo de Cuidado y Apoyo a infantes y familias afectadas por Zika :

Objetivo: mejorar la identificación y localización de los infantes y familias afectados por Síndrome Congénito asociado al Zika SCaZ para asegurar su acceso y vinculación a los servicios de salud, y lograr que reciban la atención de calidad según la norma nacional e internacional, tanto clínica en el caso del infante como de apoyo psico-emocional para su madre y familia.

Equipos de Mejoramiento: en este colaborativo se pueden formar dos tipos de Equipos: Para fortalecer la calidad de la prestación de estos servicios de salud se conforman con personal que da seguimiento directamente en Consulta Externa y en los Hospitales de Referencia definidos por el Ministerio de Salud, a los niños con microcefalia, SCaZ y retraso en el desarrollo neuromotor; entre otros profesionales están, Trabajadora Social, Enfermera, Pediatras, especialistas en Neurología, Oftalmología, Otorrinolaringología.

Para fortalecer el acceso a servicios de salud, el equipo estará conformado por las autoridades del Hospital, del Distrito y de ser el caso de la Zona según la distribución del Ministerio de Salud.

Líneas de Acción:

- Identificar y localizar los infantes afectados por síndrome congénito y sus familias.
- Asegurar el acceso de estos infantes y sus familias a la red de servicios de salud correspondiente.
- Fortalecer el cuidado clínico adecuado según edad en concordancia con la norma nacional que reciben los niños con microcefalia o SCaZ.
- Fortalecer la prestación de servicios de apoyo psico-emocional de calidad para mujeres y familias afectadas por el Zika.
- Fortalecer las consultas de seguimiento del control del niño sano para realizar tamizaje del desarrollo neuromotor y en caso de retraso, favorecer su atención por un proveedor capacitado.
- Apoyar en el desarrollo de destrezas en los servicios de salud y en las madres y familias para la estimulación temprana para niños que lo requieran.

Indicadores:

1. Porcentaje de bebés con sospecha o caso confirmado de microcefalia o Síndrome Congénito asociado con Zika que reciben cuidado clínico adecuado según edad en concordancia con la norma nacional;
2. Porcentaje de individuos afectados, incluidas embarazadas con sospecha de infección por el virus Zika, y/o madres de bebés con Síndrome Congénito asociado con Zika que asisten a consultas de seguimiento, y/o madres de bebés que son tamizados durante control de bebé sano y se presentan con atraso en desarrollo neuromotor, que son atendidos por un proveedor capacitado para brindar apoyo psico-emocional durante cada visita a la unidad de salud.

Bibliografía:

- Massoud MR, Ottosson A, Nsubuga-Nyombi T, Karamagi E, Stern A, Ismail A, Boguslavsky V, Livesley N, Faramand T, Holtemeyer J. 2017. Mejorando la Atención en Salud: Con aplicación a la atención en el contexto de la epidemia Zika. Guía de Capacitación del Participante. Publicado por el Proyecto ASSIST de USAID. Chevy Chase, MD: University Research Co., LLC (URC).
- Proyecto de Mejoramiento de Atención de Salud de USAID. 2008. El Colaborativo de Mejoramiento: Un Enfoque para Mejorar Rápidamente la Atención de Salud y Expandir Servicios de Calidad. Publicado por el Proyecto de Mejoramiento de Atención de Salud de USAID. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC).
- Massoud, R., K. Askov, J. Reinke, L. M. Franco, T. Bornstein, E. Knebel y C. MacAulay. 2002. Un paradigma moderno para mejorar la calidad de la atención de salud. Serie de monografías de garantía de calidad1(1): Bethesda, MD: Publicado para la Agencia para el Desarrollo Internacional de EE.UU. (USAID) por el Proyecto de Garantía de Calidad.
- Hermida, J., Romero, P., Abarca, X., Vaca, L., Robalino, M.E., y Vieira, L. 2005. La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI) en el Ecuador. Informe LACRSS No. 62. Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) por el Proyecto de Garantía de Calidad.
- Proyecto de Garantía de Calidad. 2005. Maximización de calidad de la atención en la reforma del sector salud: La función de las estrategias de garantía de calidad. Informe LACRSS No. 64. Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) por el Proyecto de Garantía de Calidad.
- Hermida J y Robalino ME. 2002 Increasing compliance with maternal and childcare quality standards in Ecuador. International Journal for Quality in Healthcare. 2002; 14(6): 29–34.
- Massoud, R., K. Askov, J. Reinke, L. M. Franco, T. Bornstein, E. Knebel y C. MacAulay. 2002. Un paradigma moderno para mejorar la calidad de la atención de salud. Serie de monografías de garantía de calidad1(1): Bethesda, MD: Publicado para la Agencia para el Desarrollo Internacional de EE.UU. (USAID) por el Proyecto de Garantía de Calidad.