Mentoría para el desarrollo de las capacidades humanas

Principios para su implementación y orientación

Enero 2018 www.mcsprogram.org

Introducción

Los esfuerzos para mejorar el desempeño de los profesionales de la salud en los países de bajos y medianos ingresos (PBMI) van más allá de metodologías aisladas de formación en el servicio y supervisión tradicional, e incluyen otros abordajes, como la mentoría. Este informe presenta principios y recomendaciones para el uso de la mentoría para el desarrollo de las capacidades humanas (DCH) en el Programa de Supervivencia Materno Infantil (MCSP, por su sigla en inglés). La orientación surge de un análisis de la bibliografía sobre mentoría en PBMI y una encuesta de los programas por país del MCSP en relación con sus experiencias. Tiene por finalidad ayudar a los programas a fortalecer sus estrategias de mejora del desempeño de los profesionales de la salud para, de ese modo, contribuir a los esfuerzos de mejora de la calidad del MCSP y de fortalecimiento de los sistemas de salud.

Antecedentes

La necesidad de ampliar la atención y el tratamiento del VIH en África Subsahariana hace más de 20 años produjo un aumento del uso de los mentores clínicos para garantizar la competencia de los profesionales en la atención y el tratamiento del VIH (Organización Mundial de la Salud [OMS] 2006). Desde entonces, la práctica se ha extendido y, a partir de 2017, los MCSP de muchos países informaron que aplican la mentoría o bien la supervisión de apoyo, o una combinación de ambas, en sus esfuerzos para mejorar el desempeño y la calidad de la atención de los profesionales de la salud, tanto en instituciones sanitarias como a nivel comunitario.

Para recopilar información y sintetizar los conocimientos acerca de la mentoría como una estrategia de DCH en la programación sanitaria en PBMI, el MCSP llevó a cabo una revisión bibliográfica focalizada, una encuesta y un proceso de validación para los programas por país del MCSP, una revisión exhaustiva de los estudios de casos de los programas por país del MCSP y un examen por parte de un grupo de trabajo técnico (GTT) compuesto por líderes de equipos técnicos multidisciplinarios del MCSP.

La revisión bibliográfica focalizada usó *mentoría* y *mentoría clínica* como términos de búsqueda e identificó 17 artículos sobre programación en salud pública en PBMI. Un examen del alcance de la bibliografía sobre mentoría para personal sanitario, publicado en octubre de 2017, resultó particularmente útil para reunir y analizar la limitada evidencia disponible acerca de la aplicación de la mentoría en los PBMI para abordar la calidad de la atención y ofrecer apoyo para el desempeño de los trabajadores de la salud (Schwerdtle, Morphet y Hall 2017). Teniendo en cuenta que en los PBMI se ha recurrido a la mentoría para abordar problemas de calidad de la atención y brindar apoyo para el desempeño de los trabajadores de la salud, pero en vistas de que la evidencia acerca de su uso es limitada, esta revisión se propuso investigar el rol de la mentoría sobre la base de la evidencia disponible. Los autores señalan que, si bien es limitada, la evidencia disponible sugiere que la mentoría puede resultar en mejoras documentables en la calidad de la atención.

En abril de 2017, 23 MCSP de 19 países respondieron a una encuesta de 20 preguntas acerca de la justificación de la mentoría, cómo se compara con otros enfoques de DCH y la metodología y sostenibilidad de la mentoría. A partir de las respuestas a la encuesta, se identificaron cuatro programas de países para la realización de estudios de casos exhaustivos (MCSP República Democrática Popular Lao, MCSP Liberia/Sanear los Servicios de Salud, MCSP Ruanda y MCSP Zambia/Planificación Familiar), y estos estudios de casos se analizaron para contribuir a este documento. Por último, el GTT del MCSP tuvo a su cargo el aseguramiento de la calidad a través de ciclos de revisión estructurados de los hallazgos y las recomendaciones incluidos en este informe.

Hallazgos

El MCSP define el desarrollo de las capacidades humanas como el proceso empleado para desarrollar las habilidades individuales y grupales para fijar metas y fortalecer y mantener las competencias que se requieren para desempeñar roles individuales y grupales. La mentoría no es un nuevo método de DCH en la programación sanitaria, pero las definiciones de mentoría varían según el contexto. Dado que, a menudo, se aplica con otras estrategias de creación de capacidades, contamos con limitada evidencia para demostrar la efectividad de la mentoría como intervención individual. Sin embargo, la evidencia disponible en la bibliografía y las intervenciones del MCSP brinda algunas perspectivas para la programación actual y futura.

Definición y principios de la mentoría

A partir de la información recabada, el MCSP elaboró una definición de mentoría junto con una serie de principios para las intervenciones de mentoría.

El MCSP define la mentoría como **el proceso a través del cual una persona experimentada y empática que domina su materia (mentor) enseña y prepara a otra persona (aprendiz) o grupo de personas (aprendices), en un entorno presencial o virtual, para garantizar un desempeño competente en el lugar de trabajo y proporcionar un desarrollo profesional continuo.**

Principios de mentoría del MCSP

- La mentoría complementa otras intervenciones, como los sistemas de supervisión formales, las iniciativas de mejora de la calidad o la formación guiada por instructores, independientemente del entorno donde tenga lugar la capacitación.
- Los mentores deben dominar la materia sobre la cual ofrecen mentoría.
- Los mentores trabajan de manera presencial o virtual con personas o equipos para crear habilidades y asegurar un desempeño competente y la prestación respetuosa de atención de alta calidad en el lugar de trabajo.
- Los mentores establecen empatía con sus aprendices y entablan relaciones con el fin de empoderarlos, ofrecerles retroalimentación positiva y motivarlos para que mejoren su desempeño.
- La mentoría se basa en metas y en general tiene un punto de finalización formal: el logro de las metas de desempeño.
- La experiencia de mentoría debe ser mutuamente beneficiosa: los aprendices se benefician del intercambio de conocimientos y las relaciones que establecen con sus mentores, y los mentores a menudo se benefician del intercambio de conocimientos y las relaciones que entablan con sus aprendices.

Justificación de la mentoría

Cada vez más los donantes y funcionarios ministeriales reconocen que los enfoques históricos de formación y supervisión no se han traducido en los cambios que esperaban en cuanto al desempeño de los profesionales, la calidad de la atención y los resultados obtenidos en salud. Un estudio del año 2016 sobre encuestas nacionales en África Subsahariana determinó que estas intervenciones tradicionales estaban asociadas con apenas modestas mejoras, "equivalentes a dos acciones más por parte de los prestadores en comparación con las 18 a 40 acciones que se esperaban por visita" (Leslie et al. 2016). Asimismo, un sólido estudio sistemático identificó un mayor efecto en la mejora del desempeño de un profesional sanitario cuando la formación se combinó con otras intervenciones estructurales (entre otras, supervisión, mejora del desempeño y de la calidad y participación

comunitaria) (Rowe et al. 2009). Esto ha motivado que países y donantes sostengan abordajes no tradicionales, incluida la mentoría, para mejorar el desempeño de los profesionales de la salud.

Los representantes de los programas del MCSP declararon los siguientes motivos para aplicar un enfoque de mentoría: (1) identificación focalizada de déficits de habilidades, y apoyo y retroalimentación específicos para hacer frente a esos déficits; (2) la ventaja de trabajar con profesionales en el lugar de trabajo y no fuera de él (ahorra tiempo y permite que los profesionales aprendan en tiempo real); (3) mejoras percibidas en la confianza y el desempeño de los profesionales y (4) la capacidad de supervisar las habilidades y competencias adquiridas a través de intervenciones de formación tradicionales.

La mentoría en relación con otros enfoques de DCH

La evidencia acerca de la efectividad de la mentoría en PBMI es limitada. Por otra parte, debido a que la mentoría a menudo se combina con otras intervenciones de DCH, como mejora de la calidad, formación en el lugar de trabajo o en la institución (en el servicio) o supervisión de apoyo, por lo general resulta difícil atribuir las mejoras específicamente a una intervención de mentoría. Por ejemplo, los autores del estudio de alcance de la mentoría en los PBMI identificaron cinco estudios que reunían sus criterios de búsqueda para mentoría. En cuatro de los cinco, los investigadores observaron mejoras de la calidad de la atención y la conducta de los profesionales (Schwerdtle, Morphet y Hall 2017). Sin embargo, como las intervenciones de estos estudios incluían la mentoría en combinación con otros abordajes, es imposible atribuir los hallazgos exclusivamente a la mentoría.

Esta cita de uno de los estudios ilustra de qué modo la mentoría a menudo se combina con otros enfoques: *"El Día 1 de la visita de 2 días incluyó sesiones de aprendizaje grupal y mentoría individual para el personal clínico y de laboratorio; alentamos a los miembros del equipo multidisciplinario a aprender juntos y analizar problemas sistémicos que interfieren en la atención de los pacientes. El Día 2 se dedicó a actividades de mejora continua de la calidad. Las sesiones de aprendizaje mensuales tuvieron dos componentes: una sesión general de una hora para tratar asuntos transversales en la clínica y sesiones específicas para cada equipo. La combinación de sesiones generales y por grupos entre clínicos, profesionales de laboratorio y encargados de historias clínicas mejoró la calidad del manejo de casos de malaria en un entorno similar. Cada sesión de aprendizaje de IDCAP (evaluación integrada del desarrollo de capacidades en relación con las enfermedades infecciosas) se centraba en un tema mensual". (Miceli et al. 2012).*

Schwerdtle, Morphet y Hall (2017) señalan: "La mentoría es un proceso flexible de enseñanza y aprendizaje que sirve objetivos específicos del trabajador de la salud y el servicio de atención de la salud. El término mentoría a veces se confunde con la enseñanza clínica o el entrenamiento (*coaching*). La enseñanza clínica se da cuando un alumno se relaciona con un médico clínico que asume la responsabilidad de la atención del paciente y del aprendizaje del alumno, mientras que el entrenamiento es un método para guiar, instruir y formar a una persona normalmente con el fin de desarrollar habilidades específicas en esa persona". Los programas por país del MCSP emplean la mentoría en contextos que trascienden la mera práctica clínica, de modo que el término enseñanza clínica es insuficiente por sí solo. De igual manera, el entrenamiento puede ser similar a la mentoría pero no llega a incluir los principios de forjar relaciones y empoderamiento que la mentoría encarna.

En todos los programas por país del MCSP, las estrategias de DCH integradas, incluida la mentoría, abordan el continuo desde el desarrollo de competencias hasta la gestión de competencias. Muchos programas del MCSP que implementan la mentoría también incluyen la formación y la supervisión de apoyo. Por eso resulta útil diferenciar los enfoques aplicados y comprender en qué áreas se superponen. La Tabla 1 y la Figura 1 presentan las estrategias de DCH y mejora del desempeño empleadas en los programas por país del MCSP y sus definiciones.

Tabla 1. Definición de las estrategias de desarrollo de las capacidades humanas según el MCSP

Educación previa al servicio	Formación en el servicio	Mentoría	Supervisión de apoyo
El plan de estudios que prepara al personal sanitario para ingresar a la práctica sanitaria.	Un abordaje estructurado y formal para que los trabajadores y administradores de la salud (una vez completada la educación previa al servicio) refuercen sus competencias o desarrollen otras nuevas.	El proceso a través del cual una persona experimentada y empática competente en su materia (mentor) enseña y prepara a otra persona (aprendiz) o grupo de personas (aprendices), de manera presencial o virtual, para garantizar un desempeño competente en el lugar de trabajo y proporcionar un desarrollo profesional continuo.	Un proceso para ayudar al personal a mejorar su desempeño laboral de manera continua, que se lleva a cabo de manera respetuosa y no autoritaria con el foco puesto en usar las visitas de supervisión como una oportunidad para mejorar los conocimientos y las habilidades del personal sanitario.*

* OMS. Departamento de Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos. 2008. *Capacitación para gerentes de nivel intermedio. 4. Supervisión de apoyo.* Ginebra.

Figura 1. Iniciativas del MCSP para la mejora del desempeño

Características de las intervenciones de mentoría

En noviembre de 2017, luego de que el GTT acordara una definición de mentoría específica para el MCSP, 21 de los 23 encuestados de la encuesta del MCSP validaron los datos del MCSP para garantizar la compatibilidad con las definiciones de mentoría de sus programas. A partir de los hallazgos de la encuesta y las conclusiones de la revisión bibliográfica focalizada, el GTT extrapoló las siguientes características de las intervenciones de mentoría para ayudar a dar forma a la programación en curso y futura.

- **Adecuada para múltiples áreas técnicas:** La bibliografía abarca una variedad de áreas técnicas, desde VIH hasta enfermedades no transmisibles y cuidados paliativos. Schwerdtle, Morphet y Hall (2017) sugieren que la mentoría es apropiada para áreas de atención primaria de la salud promovidas por protocolos (como el manejo integrado de las enfermedades de la infancia, la salud materno-infantil y el VIH) y para los entornos con limitadas oportunidades de formación y desarrollo. El programa por país del MCSP demostró que muchos programas aplican la mentoría para el DCH en múltiples áreas técnicas. En promedio, la mentoría se implementó en al menos seis áreas técnicas (salud materna, neonatal e infantil; planificación familiar; agua y saneamiento; nutrición; vacunación; y malaria) y estaba dirigida a distintos trabajadores de la salud o utilizaba mentores específicos para contenidos temáticos específicos.
- **Tres modelos generales:** En la bibliografía, al igual que en los programas por país del MCSP, las intervenciones de mentoría normalmente se encuadran en uno de los tres modelos delineados en la Tabla 2. Estos modelos son adaptaciones de los modelos de mentoría clínica recomendados por la OMS.
- **Formación y preparación de los mentores:** La mayoría de los programas de formación y preparación de mentores incluyen habilidades técnicas o específicas para cada área temática además de competencias tales como comunicación interpersonal, retroalimentación, entrenamiento, pedagogía o uso de listas de verificación de observación para las evaluaciones. Más de la mitad de los programas por país del MCSP informaron que los mentores recibían alguna combinación de desarrollo de capacidades centradas en aspectos técnicos y capacidades específicas para la mentoría.

Tabla 2. Modelos de mentoría

En la institución: Mentor interno	En la institución: Mentor externo (visitante)	Mentor comunitario
Se identifica, capacita y prepara para actuar como mentor a un miembro actual del personal con la experiencia requerida en la materia. A veces esto se conoce como "mentoría entre pares". La mentoría interna es menos costosa y más fácil de implementar que otros abordajes, pero plantea ciertas dificultades: se debe asignar a un miembro del personal el tiempo suficiente para actuar como mentor de un compañero de trabajo y existe la posibilidad de que el mentor sea percibido como un colega y no como un experto.	Un mentor externo es un experto asignado a una institución o lugar de trabajo por un tiempo específico. El mentor puede ser un funcionario del ministerio de salud, un miembro de una asociación profesional, un supervisor o representante de un equipo local de gestión de la salud o un representante de un programa vertical. Esta persona puede ser asignada, incentivada y asistida para esta función por un tiempo limitado. Trabajar con un experto con tiempo asignado a esa tarea es una ventaja de este enfoque, pero se necesita gran cantidad de recursos para seleccionarlos y respaldar su trabajo de mentoría. Una variación de esta estrategia es el uso de equipos multidisciplinarios que brinden soporte diverso.	La bibliografía sobre mentoría a nivel comunitario es limitada pero creciente, como lo es la experiencia del MCSP. Este tipo de mentoría puede requerir un mentor interno o externo. En varios programas comunitarios, es común asignar a miembros del personal de los centros de salud locales (a menudo enfermeros o enfermeros obstétricos) o a trabajadores de la salud experimentados que se desempeñan en la comunidad para que oficien como mentores. La mentoría a nivel comunitario puede ser parte del seguimiento después de la formación o complementar las iniciativas de supervisión de apoyo. Los atributos comunes incluyen la mentoría a trabajadores de la salud en las comunidades mientras trabajan, que puede incluir sesiones breves de desarrollo de habilidades, a veces para grupos o equipos, o (como en Etiopía) encuentros presenciales para la revisión de casos entre colegas y ateneos. Las dificultades comunes incluyen el financiamiento de viáticos y la liberación del personal para que se ocupe de las actividades de mentoría.

- **Interacciones:** El abordaje de la mentoría evoluciona a medida que los mentores aplican métodos tanto presenciales como virtuales para dar apoyo a los aprendices. Aproximadamente dos tercios de los encuestados en los programas por país del MCSP declararon que sus mentores y aprendices interactuaban de manera privada y grupal. Cada vez más, los programas por país del MCSP también usan métodos virtuales de mentoría (como telefonía móvil, SMS, redes sociales) para complementar los abordajes presenciales. En Nigeria y Laos, por ejemplo, los programas por país del MCSP recurren a los SMS y a WhatsApp como métodos virtuales de comunicación entre mentores y aprendices. Esto aumenta la regularidad de las interacciones entre el mentor y su aprendiz, fortalece las relaciones y posibilita el soporte en tiempo real.
- **Frecuencia y duración:** La frecuencia y duración adecuadas de las interacciones de mentoría dependen de cuán complejo o crítico sea el tema o la habilidad en cuestión. Schwerdtle, Morphet y Hall (2017) determinaron que la intensidad habitual de visitas en los programas que analizaron fue de 1 a 3 días, en un intervalo mensual. Los programas por país del MCSP exhibieron alta variabilidad. Casi la mitad de los encuestados de los programas por país del MCSP declararon que la frecuencia de las visitas de mentoría era mensual mientras que los restantes encuestados respondieron que la mentoría se llevaba a cabo de manera trimestral, semanal o diaria. La mitad de los encuestados de los programas por país del MCSP dijeron que la mentoría presencial duraba hasta 4 horas y varios declararon que la frecuencia y duración dependían del área técnica.
- **Incentivos:** La bibliografía analizada no contenía un análisis crítico de los incentivos o la asistencia ofrecidos a los mentores. Las recomendaciones de la OMS para la mentoría clínica sugieren que los programas deben prever fondos para cubrir los siguientes gastos: remuneración, viáticos, soporte de comunicación, cobertura para telefonía celular, acceso a internet, coordinación, programación de fechas y logística, entre otros pagos. La mitad de los encuestados de los programas por país del MCSP declararon que los mentores recibían una dieta por su trabajo, casi la mitad dijo que los mentores eran personal asalariado/contratado, y cerca de la mitad respondió que a los mentores se les reintegraban los viáticos.
- **Institucionalización de la mentoría:** La bibliografía analizada no se ocupa del tema de la institucionalización o sostenibilidad de los enfoques de mentoría, pero las recomendaciones de la OMS para la mentoría clínica sugieren que los mentores clínicos deben ser parte del sistema de salud actual. La OMS asimismo sugiere que los mentores ejerzan en un centro de referencia donde puedan acompañar a otros que derivan clientes a su institución (OMS 2006). La integración de las tareas de mentoría en el lugar donde un mentor normalmente ejerce es esencial para la asimilación y la sostenibilidad. Los programas por país el MCSP declararon tener siete tipos diferentes de mentores (entre otros, personal sanitario del ministerio de salud, trabajadores de la salud de altos cargos, supervisores, trabajadores de la salud de igual rango, mentores externos, personal del MCSP y colegas contratados). No todos veían la necesidad de que estas personas fueran parte del sistema de salud. Otros métodos de institucionalización incluyen actuar de manera coordinada con los ministerios de salud nacionales y subnacionales, apoyar el desarrollo de una política de mentoría y colaborar con instituciones de formación previa al servicio para incorporar el abordaje en la educación temprana.

Conclusiones y consideraciones clave

En conclusión, las estrategias de mentoría varían según el contexto y los sistemas locales. En conclusión, las estrategias de mentoría varían según el contexto y los sistemas locales, pero deben obedecer principios clave. La evidencia que respalde el uso de la mentoría es limitada, pero alentadora, si bien los programas que implementan la mentoría casi siempre la combinan con otras estrategias de DCH, como la supervisión de apoyo o la formación en el lugar de trabajo. A pesar de que no existe una orientación prescriptiva para diseñar e implementar la mentoría para el DCH, tener en cuenta las siguientes preguntas ayudará a los programas por países del MCSP a planificar y ejecutar sus intervenciones de mentoría:

- **¿Cuáles son las metas generales de mejora de la calidad o el desempeño de su programa y qué papel juega la mentoría?** Antes de presentar una nueva forma de DCH, se recomienda que identifique las actuales metas de desempeño y haga un relevamiento de las intervenciones actuales de modo de evitar superposiciones y lograr una clara finalidad para cada abordaje de DCH (formación previa al servicio, formación en el servicio y supervisión de apoyo, de manera coordinada con la mejora de la calidad). La mentoría puede ser un aspecto de una intervención sistémica de mejora del desempeño o la calidad. Los programas de países pueden determinar qué modelo de mentoría y qué combinación de abordajes será más factible y sostenible en función del contexto del país, las iniciativas existentes y las necesidades del programa. Como lo indica la bibliografía

y la práctica del MCSP, la mentoría debe vincularse a otras intervenciones para el desarrollo de las capacidades humanas. También puede contribuir a un valioso seguimiento una vez concluida la capacitación.

- **¿Qué sistemas actuales puede tomar como base?** La orientación de la OMS sugiere que la mentoría debe institucionalizarse dentro de los sistemas y procesos de salud existentes. Identificar las actuales estructuras y sistemas nacionales que deben fortalecerse y respaldarse es preferible a una solución a corto plazo. Resulta crítico lograr el compromiso activo de la dirigencia nacional y los sistemas existentes desde un primer momento. Determinar los sistemas actuales y alinear las iniciativas de mentoría para apoyarlas contribuirá a asegurar la sostenibilidad.
- **¿Cómo seleccionará sus mentores?** Los criterios de selección de mentores son importantes y deben incluir algunos de los siguientes: experiencia en la materia, práctica activa en el área en cuestión, fuertes habilidades interpersonales, de liderazgo y comunicación, y una sólida reputación entre pares u otros profesionales. En los programas del MCSP, los mentores a menudo son administradores de distrito o de programas, profesionales sanitarios del ministerio de salud o personal del MCSP. Algunos programas del MCSP (como los de Ruanda y Nigeria) también recurren a representantes de asociaciones profesionales.
- **¿Cómo capacitará y preparará a sus mentores?** La mayor parte de la capacitación de los mentores incluye una evaluación y confirmación de pericia técnica o clínica en el área en la cual ofrecerán mentoría a otras personas. Las competencias para la mentoría (a veces consideradas "habilidades blandas"), tales como comunicación, retroalimentación, entrenamiento, docencia clínica, escucha activa y uso de listas de verificación de observación para las evaluaciones son importantes y no deben pasarse por alto. La orientación específica sobre mejora de la calidad y los vínculos entre la mentoría y la supervisión de apoyo también puede resultar valiosa. En algunos casos, los mentores noveles pueden aprender las competencias para la mentoría a través de formación que es similar a la capacitación en habilidades clínicas, incluidos el suministro de información, la simulación de habilidades con pares, las prácticas *in situ* bajo observación y la certificación.
- **¿Cómo incentivará y asistirá a sus mentores?** Los programas de MCSP mayormente otorgan viáticos y dietas como incentivo para desempeñarse como mentor. Una pequeña muestra de programas pagan a los mentores por su trabajo. Un desafío común para los mentores es asegurarse de que hayan asignado tiempo suficiente para la mentoría. Los programas pueden proveer a los mentores asistencia para la prestación de servicios y liberarlos de otras responsabilidades laborales. Los mentores dedicados que cuentan con el apoyo adecuado son menos propensos a sufrir sobrecarga y agotamiento laboral. Se emplean una variedad de mecanismos para brindar apoyo continuo a los mentores, entre otros, una plataforma para redes sociales para fomentar el aprendizaje social y llamadas o reuniones de soporte estructuradas. La provisión de unidades de educación continua, como las que usan algunos países con los preceptores que capacitan a estudiantes de educación inicial, es un incentivo a analizar. La planificación de incentivos y apoyo suficiente para los mentores es una parte esencial de la institucionalización de este abordaje.
- **¿Cuál es la proporción adecuada de mentores-aprendices?** La mayoría de los programas del MCSP estudiados, al igual que los programas representados en la revisión bibliográfica, tienen mentorías de un mentor por aprendiz, un mentor cada dos aprendices, uno por equipo o un equipo de mentores por equipo. Schwerdtle, Morphet y Hall (2017) señalaron que, en los estudios que analizaron, la relación de mentores-aprendices a menudo era poco clara y a veces era de un mentor por institución. La capacidad de brindar apoyo personalizado a una dotación variada dentro de un mismo equipo o unidad es uno de los atributos de la mentoría. Se forman parejas de aprendices y mentores, y las asignaciones se hacen en función de las metas del enfoque de mentoría adoptado.
- **¿En qué competencias pondrá el foco?** ¿Qué problema, nueva competencia o refuerzo de habilidades procura resolver su programa a través de la mentoría? ¿Es la mentoría la estrategia más eficiente para esta cuestión? Determine el foco del programa de mentoría. A menudo se trata de una competencia técnica o clínica para prestar servicios de salud directos. En menor medida, los programas de mentoría abordan habilidades de gestión tales como el uso de datos para la toma de decisiones, asignación de recursos eficiente, gestión de la cadena de suministros o administración de programas de vacunación comunitarios. Si la mentoría es parte de una estrategia de formación práctica formal, también puede resultar valioso el entrenamiento informal o la demostración del dominio de las habilidades.
- **¿Cuál será la frecuencia y duración de la mentoría?** Determine la frecuencia y duración adecuadas de la mentoría en función del contexto y las metas. ¿Cuál es el período de tiempo en que tendrá lugar la

mentoría? ¿Con qué frecuencia y durante cuánto tiempo se realizarán las interacciones de mentoría? La frecuencia más común representada en la encuesta y la bibliografía fue de visitas o actividades mensuales, con una duración de entre 4 horas y 2 días en el lugar de trabajo.

- **¿Cómo puede la tecnología dar soporte a la implementación de la mentoría?** En algunos casos, los enfoques de mentoría virtual funcionan para mejorar las habilidades y la comunicación entre mentores y aprendices. Las estrategias de mentoría virtual incluyen recordatorios por SMS o juegos de preguntas y respuestas, mensajes directos o grupales por WhatsApp y llamadas de voz para responder preguntas y resolver necesidades de aprendizaje. Las funcionalidades de software habituales para dar soporte a la mentoría virtual incluyen la capacidad de hacer un seguimiento de las autoevaluaciones o metas de aprendizaje del aprendiz, un mecanismo por el cual el aprendiz pueda formular preguntas y recibir respuestas y un lugar para que los mentores hagan devoluciones y moderen debates. El software debe ser sensible a los requerimientos del programa, asequible y accesible, y compatible con otros sistemas actualmente en uso en el país o el lugar.
- **¿Cómo puede la dirección de la institución o lugar de trabajo involucrarse y brindar apoyo a la mentoría?** Cuando se implementa la mentoría, el apoyo y la participación activa de la dirección y la administración del lugar de trabajo son cruciales. ¿De qué modo la intervención ofrecerá el apoyo constante, y el tiempo y esfuerzo del personal para las actividades de mentoría? En muchos programas de mentoría del MCSP, lograr el compromiso de la dirección y la administración es uno de los primeros pasos para la implementación de las actividades de mentoría. El apoyo de la dirección y la administración hace posible que el personal quede liberado para dedicar tiempo a la mentoría, que se realicen ajustes en los calendarios de trabajo, que se obtengan los permisos necesarios de los clientes, y garantiza la confidencialidad y privacidad del cliente. La participación de la dirección también permite la vinculación con los sistemas y las tareas de supervisión y calidad en curso.
- **¿Cómo supervisará y usará los datos sobre mentoría?** La obtención, organización y análisis de los datos sobre mentoría son importantes para el aprendizaje y la adaptación continuos. Las recomendaciones de la OMS para la mentoría clínica sugieren la elaboración de informes sobre indicadores de productividad básicos acerca de las visitas y los encuentros de mentoría. Sin embargo, en la década pasada, se volvió importante reunir indicadores de resultados, como cambios en el comportamiento de los profesionales, cumplimiento de protocolos y pautas, e inclusive cambios en los resultados de los clientes. Los datos que se recogen habitualmente son, entre otros, el número de encuentros virtuales y presenciales, las habilidades observadas o reforzadas, los resultados antes y después del aprendizaje, el cumplimiento de las normas y pautas, y la certificación en habilidades clínicas. La manera en que los programas documentan y usan los datos sobre mentoría varía mucho, y la bibliografía no revela herramientas o abordajes estándar. La mayoría de los programas por país del MCSP utilizan algún tipo de plan de acción, aprendizaje o mentoría con los aprendices. Varios programas del MCSP usan aplicaciones de software, como CommCare o Medic Mobile, para hacer un seguimiento del soporte virtual o móvil. Debe darse preferencia a los programas de software que el ministerio o los asociados ya utilicen al momento de identificar soluciones.

Bibliografía analizada

Anatole M et al. 2013. Nurse mentorship to improve the quality of health care delivery in rural Rwanda. *Nursing Outlook* 61(3): 137-144.

Bailey C et al. 2016. A systematic review of supportive supervision as a strategy to improve primary healthcare services in Sub-Saharan Africa. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 132(1): 117-125.

Bluestone J, Johnson P, Fullerton J, Carr C, Alderman J, BonTempo J. 2013. Effective in-service training design and delivery: Evidence from an integrative literature review. *Human Resources for Health* 11(1): 51.

Bradley J et al. 2017. Improving the knowledge of labour and delivery nurses in India: A randomized controlled trial of mentoring and case sheets in primary care centres. *BMC Health Services Research* 17:14.

Burnett SM et al. 2015. Effect of educational outreach timing and duration on facility performance for infectious disease care in Uganda: A trial with pre-post and cluster randomized controlled components. *PLOS ONE* 9(6):e0136966.

Gawande A. Slow ideas. *New Yorker*, July 20, 2013. Consultado en: http://www.newyorker.com/magazine/2013/07/29/slow-ideas

Green A, de Azevedo V, Patten G, Davies M-A, Ibeto M, Cox V. 2014. Clinical mentorship of nurse initiated antiretroviral therapy in Khayelitsha, South Africa: A quality of care assessment. *PLOS ONE* 10(9):e98389.

Imani P, Jakech B, Kirunda I, Mbonye MK, Naikoba S, Weaver MR. 2015. Effect of integrated infectious disease training and on-site support on the management of childhood illnesses in Uganda: A cluster randomized trial. *BMC Pediatrics* 15:103.

Ingabire W et al. 2015. Roadmap to an effective quality improvement and patient safety program implementation in a rural hospital setting. *Healthcare* 3(4): 277-282.

Jayanna K et al. 2016. Effectiveness of onsite nurse mentoring in improving quality of institutional births in the primary health centres of high priority districts of Karnataka, South India: A cluster randomized trial. *PLoS ONE* 11(9):e0161957.

Leslie H et al. 2016. Training and supervision did not meaningfully improve quality of care for pregnant women or sick children in sub-Saharan Africa. *Health Affairs* 35(9): 1716-1724.

Magge H et al. 2015. Mentoring and quality improvement strengthen integrated management of childhood illness implementation in rural Rwanda. *Archives of Disease in Childhood* 100: 565-570.

Manzi A et al. 2014. Clinical mentorship to improve pediatric quality of care at the health centers in rural Rwanda: A qualitative study of perceptions and acceptability of health care workers. *BMC Health Services Research* 14: 275.

Miceli A et al. 2012. Advances in clinical education: A model for infectious disease training for mid-level practitioners in Uganda. *International Journal of Infectious Diseases* 16(10): e708-e713.

Ndwiga C et al. 2014. Exploring experiences in peer mentoring as a strategy for capacity building in sexual reproductive health and HIV service integration in Kenya. *BMC Health Services Research* 14: 98.

Okereke E et al. 2015. An innovation for improving maternal, newborn and child health (MNCH) service delivery in Jigawa State, northern Nigeria: A qualitative study of stakeholders' perceptions about clinical mentoring. *BMC Health Services Research* 15: 64.

Republic of South Africa, Department of Health. 2011. *Clinical Mentorship Manual for Integrated Services*. Pretoria: Departamento de Salud. Enero.

Rowe AK et al. 2009. Review of strategies to improve health care provider performance. En: Peters DH, ed. *Improving Health Service Delivery in Developing Countries: from Evidence to Action*, 101–109. Washington, DC: World Bank.

Schwerdtle P, Morphet J, Hall H. 2017. A scoping review of mentorship in health personnel to improve the quality of health care in low and middle-income countries. *Globalization and Health* 13: 77.

Workneh G et al. 2012. Evaluation of the effectiveness of an outreach clinical mentoring programme in support of paediatric HIV care scale-up in Botswana. *AIDS Care* 25(1): 11-19.

World Health Organization. 2006. *WHO Recommendations for Clinical Mentoring to Support Scale-up of HIV Care, Antiretroviral Therapy and Prevention in Resource-Constrained Settings*. Ginebra: OMS.

Este informe es posible gracias al aporte de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y el Programa de Supervivencia Materno Infantil y no refleja la opinión de la USAID ni del Gobierno de los Estados Unidos.