



USAID | PROYECTO CAPACITY
CENTROAMÉRICA
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA



USAID | Proyecto Capacity Centroamérica

Mejora del Desempeño de Hospitales en Guatemala, El Salvador, Costa Rica, Panamá y Belice

2010-2015

Guatemala, enero 2016

Contenido

Análisis del desempeño regional promedio.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 1. Desempeño general hospitales regional.....	¡Error! Marcador no definido.
Análisis por país	5
GUATEMALA	5
Tabla 2. Desempeño general hospitales Guatemala.....	6
EL SALVADOR.....	10
Tabla 3. Desempeño general hospitales El Salvador	11
COSTA RICA	15
Tabla 4. Desempeño general de hospitales Costa Rica	16
PANAMÁ	20
Tabla 5. Desempeño general de hospitales Panamá	21
BELICE.....	25
Tabla 6. Desempeño general de hospitales Belice	26
CONCLUSIONES.....	30
RECOMENACIONES.....	31
RETOS.....	32

Mejora del desempeño de hospitales en Guatemala, El Salvador, Costa Rica, Panamá y Belice

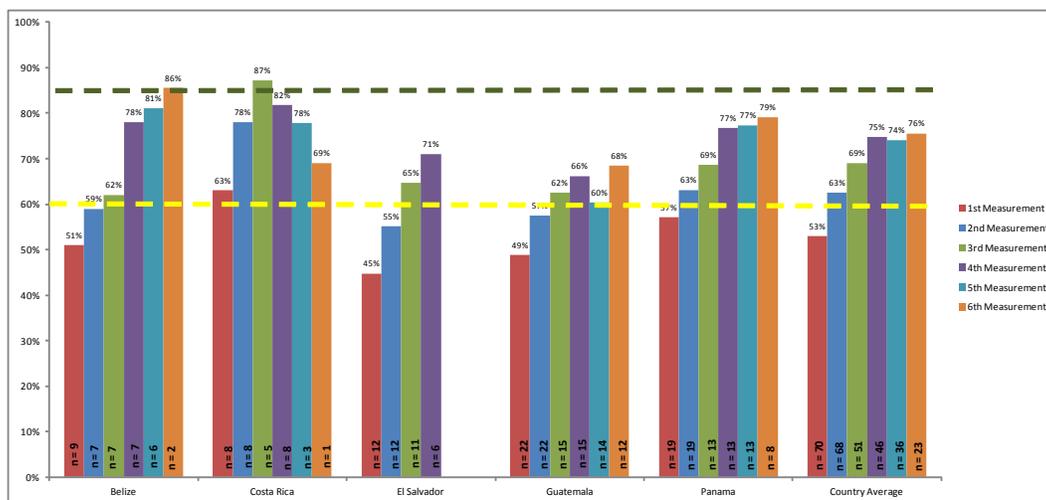
[2010-2015]

Informe Regional

USAID| Proyecto Capacity Centroamérica, brinda asistencia técnica a los Ministerio de Salud y/o Caja del Seguro Social de Belice, El Salvador, Costa Rica, Guatemala y Panamá, con el propósito de fortalecer la capacidad técnica del personal de salud y mejorar el acceso a los servicios en el continuo de la atención integral, para personas que viven con el VIH.

La metodología aplicable es Optimizar el Desempeño y la Calidad, utilizada como una estrategia de gestión para mejorar los procesos de atención y desempeño de los trabajadores de salud, organizaciones y sistemas. Utiliza de manera sistemática y continua la aplicación de estándares operacionales, basados en buenas prácticas, medicina basada en evidencia, normas y protocolos nacionales en el tema de ITS- VIH-Sida, así como la percepción de satisfacción del usuario que es el centro del sistema de calidad. La metodología se implementa en **76 hospitales** de la región, trabajando con equipos multidisciplinares locales quienes han adquirido competencias técnicas en la implementación de la metodología de ODC¹, en el hospital y clínicas de atención integral en VIH/Sida, identificando mejoras continuas en el desempeño y necesarias para fortalecer la prestación de servicios de calidad.

Gráfico No.1: Consolidado de mediciones de Optimizar el Desempeño y la Calidad en la atención integral y continua en la región



¹ Guía de ODC. <http://www.intrahealth.org/opq/>

*fuente: base de datos de monitoreo proyecto USAID/Proyecto Capacity.

En la gráfica No.1 observamos las mediciones anuales realizadas en los países y los promedios totales obtenidos en los servicios evaluados, durante el tiempo que el Proyecto brindó asistencia técnica a los Ministerios de Salud y/o Caja del Seguro Social.

Los cambios observados durante el periodo fueron los resultados de línea de base de cada país en la región. Se encontró una diferencia promedio de 20% porcentuales en promedio, así como diferencias entre el 40 y 50%.

Los países que presentaron una tendencia a mejorar su desempeño, fueron; El Salvador, Panamá y Belice (ver gráfica No.1). La meta del Proyecto era facilitar un desempeño arriba del 85%. Costa Rica, fue el país con mayor número de servicios con puntajes igual o mayores de 85% (7 servicios), sin embargo los hospitales que iniciaron en los primeros años bajaron promedios porcentuales, debido a desabastecimientos de insumos y equipos, lo cual afectó el promedio.

En el caso de Guatemala, en las primeras cuatro mediciones presentaron un crecimiento sostenido, sin embargo en las últimas dos mediciones, se observa un descenso, del promedio de puntuación en los hospitales, en el año cinco, debido a la crisis del sistema de salud, desencadenando paros laborales, falta de abastecimiento de medicamentos y equipo, así como alta rotación de personal clave, como: ministro y viceministro de salud, directores de hospitales y personal técnico, repercutiendo en el sistema de mejora continua. En este periodo se logra observar dos hospitales que obtienen promedios arriba de 85%, quienes a pesar de la crisis efectuaron alianzas con entidades privadas, comunidad, municipalidad, universidades, esto llevó a una mejora en los servicios, mejorando el desempeño promedio para el año seis.

Los equipos técnicos de las contrapartes, donde el proyecto implementó la metodología, se asociaron para implementar la sostenibilidad de la metodología de ODC.

El número de servicios con promedios arriba del 85% en la región constituyeron el 20% de los servicios de todos los servicios evaluados. Los países que obtuvieron servicios por arriba del 85%, fueron; a) En Belice tres servicios, Costa Rica, siete servicios, El Salvador un servicio, Panamá dos servicios, y d) Guatemala con dos servicios. Todos los servicios recibieron un reconocimiento por las máximas autoridades del sistema de salud con el compromiso de expandir los procesos para la mejora continua de la calidad.

1. Análisis por país

GUATEMALA

En Guatemala, el Proyecto brindó asistencia técnica al Programa Nacional de VIH/Sida y Viceministerio de hospitales, en implementar un modelo en la mejora continua de la calidad en atención integral, en 22 hospitales. El modelo está basado en estándares operativos del desempeño para la atención a personas que viven con el virus del VIH, con un enfoque sistemático. El proceso es coordinado por el Programa Nacional de VIH y ejecutado por el Viceministerio de hospitales a nivel central. El modelo es implementado por los equipos de calidad en cada una de los servicios, donde el proyecto brinda apoyo técnico.

Cada equipo de calidad del hospital, ha sido capacitado en la implementación de la metodología ODC, cuyas funciones son: efectuar mediciones periódicas internas, análisis de datos, gestión de los recursos así como el seguimiento al cumplimiento del plan de intervenciones para el cierre de brechas.

El equipo de calidad, también implementa manuales y guías operacionales de calidad, así como, desarrollan una descripción general de las decisiones que deben tomar.

Responsabilidad que conllevan la gestión del continuo de la calidad. Las siguientes otras responsabilidades: evaluación interna periódica, análisis de dato, identificó del problema raíz, toma de decisiones para el cierre de brechas y gestión de recursos para el cierre de brechas y cumplimiento del plan de monitorio para el cierre de brechas.

El equipo de calidad, está conformado por el director del hospital, gerente financiero, epidemiólogo, trabajadora social, jefes de departamentos como pediatría, obstetricia, medicina interna, cirugía, imágenes médicas, banco de sangre, laboratorio, farmacia, emergencia, jefes de enfermería, intendencia, entre otros. A cada uno de los servicios se les distribuye los instrumentos de evaluación de cada una de las áreas técnicas, que son áreas que directa o indirectamente esta relacionadas con los procesos de atención a personas que viven con el virus del VIH, y donde la gestión de los procesos es vital para garantizar una atención continua e integral en el ámbito del sistema hospitalario.

Inicialmente el proyecto brindo apoyo al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala, la implementación de doce hospitales, sin embargo a solicitud de las autoridades en el MSPAS, se expandió a 22 hospitales. Las mediciones del desempeño, se efectuaron anualmente, como se describe en la tabla 1.

A continuación se describen los resultados de las mediciones en 22 hospitales:

Tabla 1. Desempeño general hospitales Guatemala

Hospitales	Medición					
	1ra	2da	3ra	4ta	5ta	6ta
1.Antigua	34%	64%	73%	65%	57%	65%
2.Coatepeque	62%	62%	76%	81%	57%	55%
3.Cobán	34%	59%	36%	57%	54%	74%
4.Cuilapa	48%	70%	62%	65%	58%	61%
5.Escuintla	42%	65%	70%	67%	45%	64%
6.Amistad-Japón	41%	58%	48%	63%	86%	87%
7.Benito Petén	36%	54%	66%	72%	71%	75%
8.Infantil Izabal	36%	51%	67%	79%	79%	85%
9.Huehuetenango	56%	60%	69%	73%	47%	65%
10.Quetzaltenango	56%	64%	61%	70%	45%	44%
11.San Vicente	40%	55%	61%	62%	43%	63%
12.Zacapa	35%	54%	65%	67%	83%	83%
13.Suchitepéquez	28%	38%	53%	41%	51%	
14.Retalhuleu	30%	36%	63%	49%	68%	
15.Malacatán	42%	78%	67%	81%		
16.El Progreso	51%	53%				
17.Chiquimula	63%	50%				
18.Jalapa	59%	45%				
19.Jutiapa	54%	58%				
20.Poptún	81%	68%				
21.Tiquisate	73%	44%				
22.Salamá	74%	78%				
Promedio	49%	57%	62%	66%	60%	68%

*fuente: base de datos de monitoreo proyecto USAID/Proyecto Capacity.

/Color rojo: de 0 a 59%/Color Amarillo: entre 60 a 84%/ Color verde: Promedios igual o por arriba de 85%

En la tabla anterior, se puede observar el consolidado de las mediciones anuales, durante el periodo de apoyo del proyecto al Ministerio de Salud. Se observa un promedio en **la primera medición (Línea de base)** de los 22 hospitales, el rango de puntaje de medición fue: del 49%, según la categoría de rangos de promedios obtenidos en la medición fue: 0 a 59%: 17 hospitales (77% de los hospitales evaluados), 60 a 84%: 5 hospitales (23% del total de hospitales evaluados). La mayoría de brechas identificadas en esta medición fueron falta de estandarización en la atención y cumplimiento de normativas, falta de equipo e insumos para garantizar la calidad en la atención, infraestructura (como lavamanos, puertas para garantizar privacidad en la atención, falta de baños para pacientes y personal), recurso humano y falta de capacitación al personal en cumplimiento de normativa de atención.

Segunda medición se observa un incremento de ocho puntos porcentuales, respecto a la medición anterior, además se observa incremento en el promedio de punteo de los hospitales, cambiando de categoría en el rango de porcentajes. Se observa lo siguiente: de 0 a 59%: trece hospitales (59% de hospitales evaluados) y de 60 a 84 %: nueve hospitales (41% de los hospitales evaluados). La mayoría de los cambios se dieron en las áreas técnicas de farmacia, laboratorio, banco de sangre y consejería. La alta gerencia y los equipos de calidad, gestionaron los recursos para el cierre de brechas, con énfasis en equipo, insumos, contratación de personal, capacitación y actualización de normativas. Algunas brechas de mediano y largo plazo, se encuentran en proceso de gestión.

En la **tercera medición** observamos, un incremento de cinco puntos porcentuales (15 hospitales evaluados). El 80% de los hospitales (12) se encuentra entre los rangos de 60 a 84%. El restante de servicios (tres) se mantiene en un rango del 0 al 59%. La mayoría de cambios observados en la medición, se debe a sistemas organizacionales, donde los comités de calidad efectúan monitoreo periódico y gestión para el cierre de brechas, e incremento de la participación activa de los supervisores de hospitales. Se consolidaron los equipos de capacitación quienes, efectúan seguimiento en servicio al personal capacitado. Persisten brechas de recursos financieros, sin embargo ya algunos hospitales inician procesos de gestión con iniciativa privada, municipalidades y universidades para el cierre de brechas

En la **cuarta medición**, se observa un incremento de cuatro puntos porcentuales, respecto a la medición anterior. Se miden 15 hospitales. Los punteos se dan de la siguiente manera: de 0 a 59%: tres hospitales (20% de los hospitales evaluados) y de 60 a 84%: doce hospitales (80% de los hospitales evaluados). La mayoría de servicios, continúa en la continúan en la misma categoría. Se mejoran el desempeño en las áreas de nutrición, consejería, farmacia, laboratorio, banco de sangre, emergencia y consulta externa.

En la **quinta medición**, se observa un descenso del 6% respecto a la medición anterior, esto debido a que nueve de los hospitales (64%) presentaron descensos en sus punteos promedios, esto debido a la tendencia de falta de presupuestos para insumos, recursos y una alta rotación de recurso humano en los servicios desde la dirección médica hasta personal operativo. Sin embargo en esta medición observamos un hospital que promedia arriba del 85%, esto debido al compromiso de su personal, así como a la alta gestión de recursos con Municipalidad, Universidades, iniciativa privada y cooperación internacional. Es importante mencionar que cuatro hospitales que representan el 29%, se mantienen entre los rangos de 60 a 84% y documentan procesos de gestión con iniciativa privada y municipalidades.

En la **sexta medición:** se observa un incremento del 8% respecto a la medición anterior, además dos hospitales presentan porcentajes de medición por arriba del 85%, doce hospitales fueron evaluados en esta medición. Es importante mencionar también el último año se presenta una crisis financiera en el Ministerio de Salud Pública, presentando falta de solvencia financiera, lo cual influye en la compra de medicamentos, insumos, recursos, equipo, incluyendo pago de salarios de empleados.

En esta medición, se observa que el 67% de los hospitales (ocho) se encuentra en los rangos de punteo de 60 a 84%, comparado con la medición anterior donde el 64% de los hospitales se encontraba entre los rangos de 0 a 59%, lo cual denota un esfuerzo de los servicios en mantener procesos de gestión de la calidad, a pesar de las factores externos. Se documentaron varios hospitales efectuando gestiones locales con municipalidades, organizaciones privadas y públicas.

De las 18 áreas técnicas evaluadas en cada uno de los hospitales se puede mencionar mejoras importantes:

1. Emergencia:

- a. Evaluación de violencia sexual, sobre todo el acceso a los procesos de atención inmediata en forma integral por medio de médicos, psicólogos, farmacéutica, trabajadora social. Acceso a pruebas de VIH, ITS y hepatitis. Acceso a medicamentos antirretrovirales, anticonceptivos de emergencia, medicamentos para ITS y posterior seguimiento en la clínica de atención integral;
- b. Gestión para la dotación de equipo básico para la atención de emergencias;
- c. Implementación del Triage;
- d. Aplicación del protocolo de prevención de transmisión vertical en VIH en mujeres embarazadas;
- e. No estigma y discriminación de trabajadores de salud.

2. Obstetricia:

- a. Seguimiento al protocolo de prevención de transmisión vertical en VIH, uso de medicamentos según protocolo;
- b. Mejora en el llenado de expediente;
- c. Seguimiento por equipo multidisciplinario para mujeres que vive con VIH en post parto y a su recién nacido.

3. Nutrición

- a. Gestión en la contratación de nutricionista en la mayoría de hospitales, ya que la figura de este proveedor no existía al inicio en el 100%. La nutricionista se integró a la atención de las personas que viven con VIH, brindando atención en consulta externa y en encamamiento;
- b. Gestión en el equipamiento de las clínicas de nutrición;
- c. Estandarización por protocolos de atención en nutrición.

4. Consejería

- a. Conocimientos, habilidades y destrezas en personal que brinda consejería a Personas que viven con VIH en las unidades de atención integral y en servicios clave como emergencia, encamamiento, laboratorio y banco de sangre;
- b. Estandarización por medios de flujos de atención en la consejería pre y post prueba, incluyendo la vinculación de otros servicios con la unidad de atención integral;
- c. Vincular en los temas de consejería, la planificación familiar, ITS, factores de riesgo, vincular a las parejas;
- d. Se mejoraron los espacios de privacidad para tener lugares de consejería.

5. Laboratorio

- a. Se documentaron las gestiones de la implementación de buenas prácticas de mantenimiento e implementación de calibración a los equipos métricos de los laboratorios, que brindan apoyo a las personas que viven con VIH;
- b. Implementación de medidas de bioseguridad en el personal que labora en laboratorio;
- c. Gestión para el abastecimiento de pruebas de apoyo (Pruebas de VIH, laboratorios de apoyo, reactivos básicos).

6. Banco de sangre

- a. Capacitación al personal técnico, en herramientas de identificar factores de riesgo y vinculación a las unidades de atención integral
- b. Capacitación en temas como : estigma y discriminación; bioseguridad, atención al cliente y flujos de atención.

7. Farmacia

- a. Capacitación en buenas prácticas de almacenamiento (aire acondicionado, stocks, rotulación de medicamentos por lotes, uso de estanterías, y documentación de entradas y salidas de medicamento);
- b. Mejora en la gestión de seguimiento al abastecimiento de antirretrovirales y medicamentos de apoyo (KIT de violencia sexual);
- c. Estandarización en los criterios de almacenamiento entre farmacia y unidades de atención integral.

8. Gestión

- a. Se conformaron equipos de calidad multidisciplinarios, con apoyo de la alta gerencia (Dirección médica y gerencia financiera);
- b. Se promovieron las mediciones internas y la gestión de recursos para el cierre de brechas;
- c. Se integraron los equipos de las unidades de atención integral con el resto de equipos del hospital;
- d. Se capacitó al personal el tema de no estigma y discriminación, monitoreando el cumplimiento;
- e. Se fortaleció el tema de sala situacional, mejorando el tema de bioseguridad y vigilancia epidemiológica (reporte de casos infecciones nosocomiales, VIH incidencia y prevalencia);
- f. Fortalecimiento de la unidad de atención integral con participación de redes comunitarias.

EL SALVADOR

En El Salvador, se brindó apoyo técnico al Ministerio de Salud, para implementar un modelo de la mejora continua de la calidad en atención integral en **12 hospitales**. El modelo está basado en estándares operacionales del desempeño en el ámbito de la atención a personas que viven con el virus del VIH, con un enfoque sistemático. El Proceso es coordinado por el Departamento de Gestión de la calidad en el Viceministerio de Hospitales, con coordinación del programa nacional de VIH/Sida.

El nivel central del Ministerio de Salud de El Salvador, cuenta una metodología de calidad, la cual es implementada por los servicios de salud. Esta metodología la implementan desde el año 2004 y está enfocada a indicadores Materno Infantiles. El Proyecto, brindó apoyo técnico al Ministerio, con la finalidad de efectuar sinergia y evitar duplicidad en la gestión de la calidad, se incorporaron estándares del desempeño, con el propósito de

efectuar sinergia a los procesos ya iniciados de gestión de los procesos, incorporando estándares operacionales con un enfoque de sistemas y con énfasis en el tema de ITS-VIH.

Cada hospital cuenta con personal capacitado en la implementación de la metodología, conformado el equipo de calidad y denominado en el país como UOC (Unidad Operativa de la Calidad), quien tiene la función de efectuar mediciones internas, analizar datos, toma de decisiones para el cierre de brechas (gestión de recursos financieros, capacitaciones, equipo, insumos, medicamentos, etc.), así como el monitoreo del cumplimiento del plan de intervenciones.

Los equipos de calidad están conformados por personal de: Director de hospital, médico de atención integral en VIH, jefes de maternidad, pediatría y personal de enfermería. Lo anterior basado en lineamientos técnicos avalados del nivel central.

Los resultados de los 12 hospitales:

Tabla 2. Desempeño general hospitales El Salvador

Hospital	Medición			
	1ra.	2da.	3era.	4ta.
1.HJD San Miguel	48%	62%	72%	85%
2.H. Jorge Mazzini	46%	62%	73%	78%
3.H. Santa Gertrudis	37%	57%	72%	81%
4.HJD Santa Ana	49%	53%	68%	81%
5.H. José Saldaña	33%	37%	50%	38%
6.H. San Rafael de Santa Tecla	56%	61%	60%	64%
7.H. Luis E. Vásquez	53%	64%	51%	
8.H. Francisco Méndez	54%	56%	74%	
9.H. Benjamín Bloom	46%	61%	76%	
10.H. Rosales	48%	62%	72%	
11. H. La Unión	32%	33%	44%	
12.H. Dr Hernández	35%	55%		
Promedio de País	45%	55%	65%	71%

*fuente: base de datos de monitoreo proyecto USAID/Proyecto Capacity.

*fuente: base de datos de monitoreo proyecto USAID/Proyecto Capacity.

/Color rojo: de 0 a 59%/Color Amarillo: entre 60 a 84%/ Color verde: Promedios igual o por arriba de 85%

En el Ministerio de Salud de El Salvador, la metodología es liderada por la dirección de gestión de calidad a nivel central y las unidades operativas de calidad, las cuales se encuentran en cada uno de los servicios de salud, así como la participación del Programa Nacional de VIH/Sida, quien es normativo en el país.

Como se puede observar en la tabla número dos, el puntaje promedio obtenida en la **línea base** de los doce hospitales fue: de 45%. El 100% de los servicios medidos se ubican en la categoría de 0 a 59%. La mayoría de brechas devienen de falta de estandarización de procesos, no cumplimiento de normativa, falta de insumos y equipo, falta de supervisión y monitoreo. Entre los factores que influyen en el desempeño, se identificaron procesos de capacitación, ya que existe personal nuevo que no ha contado con inducción de puesto. Los comités elaboran su plan de intervenciones.

En la **segunda medición** se observa un incremento del 10% respecto a la medición anterior. En general, se observa un incremento en el desempeño en 6 hospitales: de 0 a 59%: seis hospitales (50% de hospitales evaluados) y de 60 a 84%: seis hospitales (50% de los hospitales evaluados). Las áreas que mejoraron su promedio fueron: Consulta externa, consejería, banco de sangre, farmacia, obstetricia, manejo de desechos sólidos y nutrición.

En la **tercera medición** se observa un incremento de 10% del puntaje respecto a la medición anterior. Se observa once hospitales, con los siguientes resultados: Se incrementa la categoría de servicios que obtienen promedios en la categoría de 60 a 84%; nueve hospitales (82% de los hospitales evaluados) y de 0 a 59% con dos hospitales (18% de los hospitales evaluados). El incremento del desempeño, se dio en las siguientes áreas: obstetricia, manejo de desechos hospitalarios, consejería, farmacia, nutrición y banco de sangre. Las brechas persistentes son en las áreas de bioseguridad, lavandería y morgue. Se observa brechas persistentes debido a falta de presupuesto para compra de equipo de protección personal, habilitación de lavamanos e infraestructura para prestar atención médica.

Se observa un incremento de 6% en la **cuarta medición**, debido a que un hospital incrementó su desempeño por arriba del 85% y el resto de los cuatro hospitales medidos en la cohorte, incrementaron su desempeño y se ubican en la categoría de 60 a 84%. El hospital que mejoro su promedio por arriba del 85%, mejoro su infraestructura y gestiono los recursos para el cierre de brechas, promovió la rendición de cuentas y se efectuó reconocimiento al personal que mejoro los servicios. Actualmente es un hospital modelo en El Salvador.

De las doce áreas técnicas que mejoraron fueron:

1. Consulta externa:
 - a. Gestión para el equipamiento de las clínicas;
 - b. Capacitación al personal para garantizar la privacidad en las clínicas, sobre todo cuando efectúan consejería pre y post prueba en VIH;

- c. Gestión para equipo y mobiliario clínico (clínicas de atención integral en VIH);
 - d. Se mejoró notablemente el trato cortés al usuario;
 - e. Se integraron a los antecedentes médicos, los factores de riesgos para VIH;
 - f. Se estandariza la documentación en el consentimiento informado para la prueba de VIH.
2. Obstetricia
- a. Estandarización de protocolos, sobre todo el uso de partograma y manejo activo del tercer periodo del parto;
 - b. Se mejoró la investigación de antecedentes obstétricos, incluyendo VDRL, VIH, Hepatitis;
 - c. Seguimiento a mujer embarazada que vive con VIH y seguimiento post parto a recién nacido.
3. Laboratorio
- a. Documentación de buenas prácticas de mantenimiento y calibración de equipo;
 - b. Estandarización y uso de protocolos para procesamiento muestras.
 - c. Implementación de procedimientos de bioseguridad;
 - d. Atención al cliente (capacitación y privacidad).
4. Banco de sangre
- a. Capacitación al personal, sobre factores de riesgo;
 - b. Capacitación sobre estigma y discriminación;
 - c. Uso de flujogramas de atención y vinculación a clínicas de atención integral;
 - d. Gestión de pruebas rápidas de VIH, Hepatitis, VDRL, entre otras;
 - e. Mejora de espacios de entrevistas, que reúnan condiciones de privacidad.
5. Manejo de desechos hospitalarios
- a. Se mejoró la segregación de los desechos contaminados y no contaminados;
 - b. Se capacitó al personal sobre medidas de bioseguridad;
 - c. Se mejoró la rotulación de las rutas contaminadas;

- d. Los servicios efectuaron la gestión para la dotación de equipo de protección personal a personal de intendencia;
- e. Se capacitó al personal sobre el protocolo de accidente laboral.

6. Nutrición

- a. Se vinculó a la atención integral de personas que viven con VIH, ya que anteriormente no se prestaba este servicio;
- b. Guía en orientación nutricional;
- c. Se gestionan suplementos nutricionales para las personas que acuden a la clínica;
- d. Las clínicas cuentan con equipo e insumos para garantizar la atención integral a personas con VIH.

7. Consejería

- a. Se mejoró la consejería post prueba, por medio de capacitaciones a los proveedores de las clínicas y puntos de atención del hospital;
- b. La documentación en el expediente clínico, fue fortalecido;
- c. Se dotó de equipo y mobiliario a las clínicas, incluyendo archivos para almacenamiento de expedientes;
- d. Los servicios cuentan con algoritmos de atención visibles;
- e. Se indagan factores de riesgo;
- f. Se incorporó la planificación familiar a la consejería integral;
- g. Gestión para garantizar el abastecimiento de antirretrovirales en las clínicas;
- h. Integración de los equipos de las clínicas de atención integral al resto de equipo de atención hospitalaria (incluyendo pediatras, medico internistas, infectólogos, psicólogas, nutricionistas);
- i. Vínculo con redes comunitarias para fortalecer la referencia y contra referencia.

8. Farmacia

- a. Se capacitó en buenas prácticas de almacenamiento (Aire acondicionado, stocks, rotulación de medicamentos por lotes, uso de estanterías, y documentación de entradas y salidas de medicamento);
- b. Se fortaleció la gestión para el abastecimiento oportuno de medicamentos antirretrovirales pediátricos y de adultos, así como la disponibilidad para Kits de violencia sexual, así como las ITS;

- c. Se capacitó al personal sobre adherencia y la vinculación con las clínicas de atención integral;
- d. Se capacitó al personal sobre el uso y análisis de las bitácoras de temperatura.

COSTA RICA

En Costa Rica, se brindó apoyo técnico a la Caja Costarricense del Seguro Social, al implementar un modelo de la mejora continua de la calidad en atención integral en **14 hospitales**. El modelo está basado en estándares operacionales del desempeño en el ámbito de la atención a personas que viven con VIH, con un enfoque sistemático. El Proceso es coordinado por el Programa de VIH/Sida de la Caja Costarricense del Seguro Social y la coordinación de la calidad en los servicios de salud del nivel central, así como los equipos técnicos de optimización del desempeño en cada uno de los servicios de salud de la caja del seguro social. Actualmente la Caja Costarricense del Seguro Social, está en proceso de institucionalizar la metodología y expandirla al resto de servicios de salud. La metodología participativa y la cual se han empoderado los equipos locales, ha permitido garantizar la sostenibilidad de la metodología

Cada hospital cuenta con personal capacitado en la implementación de la metodología, conformado el equipo de calidad , quien tiene la función de efectuar mediciones internas, analizar datos , toma de decisiones para el cierre de brechas (gestión de recursos financieros, capacitaciones, equipo, insumos, medicamentos, etc.), así como el monitoreo del cumplimiento del plan de intervenciones.

El equipo de calidad a nivel local , es conocido como ETOP, que significa el equipo técnico de optimizar el desempeño y la calidad, conformado por Personal clínico de diferentes departamentos, incluyendo las clínicas de atención integral, medicina interna, pediatría, obstetricia, personal de enfermería, psicóloga, trabajadora social, epidemiólogos , farmacia y servicios de apoyo.

En Costa Rica, la metodología de optimizar el desempeño y la calidad en los servicios de salud es implementada por la Caja Costarricense del Seguro Social, y podemos observar que durante el periodo donde el proyecto brindo apoyo técnico, como se describe en la tabla 3.

Siguiendo los resultados de las mediciones en Costa Rica en los 14 hospitales:

Tabla 3. Desempeño general de hospitales Costa Rica

Hospitales	MEDICION					
	1ra	2da	3ra	4ta	5ta	6ta
1.Dr. Max Peralta de Cartago	76%	81%	83%	91%	78%	69%
2.Hospital Dr. Escalante Pradilla de Pérez Zeledón	65%	82%	91%	73%	69%	
3.Hospital San Rafael de Alajuela	90%	96%	91%	93%	92%	
4.H.N de Mujeres	79%	81%	87%	92%	86%	
5.Dr. Tony Facio de Limón	77%	78%	87%	84%	86%	
6.Hospital Monseñor Sanabria de Puntarenas	74%	81%	90%	85%		
7.H.N de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera	83%	92%	95%	96%		
8.Hospital San Carlos	62%	73%	85%	77%		
9.Hospital México	70%	89%	88%			
10.Hospital San Juan de Dios	74%	83%				
11.Heredía	56%	91%				
12.Quepos	46%	62%				
13.Liberia	52%	76%				
14.Neilly	75%					
Promedio	70%	82%	89%	86%	82%	69%

*fuente: base de datos de monitoreo proyecto USAID/Proyecto Capacity.

/Color rojo: de 0 a 59%/Color Amarillo: entre 60 a 84%/ Color verde: Promedios igual o por arriba de 85%

En la tabla 3, se observa un punteo promedio de **70% en Línea de base en 14 hospitales**. La categorización de los rangos de punteos, observados en los servicios son: igual o arriba del 85%: Un hospital (9%), entre 60 a 84%: diez hospitales (71% del total de hospitales), de 0 a 59%: tres hospitales (21% del total de hospitales). Es importante mencionar que al inicio del apoyo, los servicios ya contaban con unidades de auditoria interna, las cuales funcionaban de forma aislada y en forma no estandarizada. El nivel central de la caja del seguro social, consolidó la estrategia en estos equipos quienes efectuaron la primera medición, observando varios servicios con un desempeño que deberían mejorar y felicitó al único servicio que presentó un desempeño adecuado. Lo anterior, motivo al resto de servicios a implementar los procesos de mejora continua y en el cual la Caja Costarricense del Seguro Social apoya en la implementación. El hospital Neilly cuenta con una única medición ya que por orden del nivel central de la caja, solicitó no continuar el apoyo en este servicio.

En la **segunda medición** (13 hospitales medidos) se observa un incremento del 12% respecto a la medición anterior. En general, se observa una transición de mejora en la categorización según punteos de la mejora del desempeño, observando lo siguiente. 85%: cuatro hospitales (31% del total de los hospitales), 60 a 84%: nueve hospitales (69% del total de hospitales). En esta medición se observan un incremento en el 100% de los servicios. Las intervenciones que apoyaron este incremento fueron procesos de

capacitación, insumos, equipo y medicamentos. Las brechas identificadas están en el área de bioseguridad, encamamiento, manejo de desechos, así como factores actitudinales.

En la **tercera medición (9 hospitales medidos)** mostraron un incremento de 7% respecto a la medición anterior. Existe un reacomodo de la categorización según punteos, observando lo siguiente: Arriba del 85%: ocho hospitales (89%), 60 a 84%: Un hospital (11%). En esta medición, se consolidan la mayoría de servicios por arriba del 85%, que se cataloga como desempeño adecuado.

La **cuarta medición** denota un descenso respecto a la medición anterior de 3%, debido a que tres servicios descendieron su promedio y categoría de punteo en el desempeño. Esta baja en el desempeño, se explica por falta de insumos, equipo y recursos en algunos hospitales puntuales.

En la **quinta medición**; se observa un descenso del 4% en base a la última medición, debido a que dos servicios disminuyeron su puntuación. Es importante mencionar que de cinco hospitales medidos, tres hospitales se mantienen con promedios por arriba del 85%. Los hospitales que disminuyeron su desempeño fueron por causas de desabastecimiento de insumos, equipo, medicamento. Además en el Hospital Max Peralta de Cartago, se incrementaron cartera de servicios, lo cual sobre cargo algunos servicios, que entraron en desabastecimiento.

En la **sexta medición**, se observa únicamente un hospital, que fue el primer hospital en iniciar la implementación de la metodología, sin embargo durante la implementación, el hospital presento varios cambios de directores, lo cual impacto en el retraso de gestión de presupuestos y atrasaron la compra de insumos y suministros, con lo cual obtuvieron un punteo de 69% disminuyendo 9% respecto a la medición anterior.

De las 18 áreas técnicas evaluadas se puede mencionar que mejoraron:

1. Emergencia:
 - a. Se mejoró el sistema organizacional en la recepción del usuario, incluyendo el TRIAGE (identificación de signos y señales de peligro).
 - b. Se estandarizó la aplicación de protocolos de atención en general, incluyendo pacientes que viven con VIH;
 - c. Aplicación del protocolo de prevención de transmisión vertical en VIH en mujeres embarazadas;
 - d. No estigma y discriminación en proveedores.

2. Obstetricia:

- a. Se estandarizó la documentación de pacientes y uso de expediente clínico;
- b. Se estandarizó la atención integral de la mujer que viven con VIH y la atención integral e inmediata de recién nacido.
- c. Monitoreo del trabajo de parto;
- d. Aplicación del protocolo de prevención de transmisión vertical en VIH;
- e. Seguimiento y vigilancia del periodo de post parto, incluyendo a la mujer que vive con VIH y su recién nacido.

3. Nutrición

- a. Se estandarizó la historia dietética para personas que acuden por VIH a la unidad de atención;
- b. Guía en atención nutricional;
- c. Se gestionan suplementos nutricionales para las personas que acuden a la clínica;
- d. Las clínicas cuentan con equipo e insumos para garantizar la atención integral a personas que viven con VIH.

4. Consejería

- a. Conocimientos, habilidades y destrezas en personal que brinda consejería a Personas que viven con VIH en las unidades de atención integral y en servicios clave como emergencia, encamamiento, laboratorio y banco de sangre;
- b. Estandarización por medio de flujos de atención en la consejería pre y post prueba, incluyendo la vinculación de otros servicios con la unidad de atención integral;
- c. Vincular en los temas de consejería, la planificación familiar, ITS, factores de riesgo, y vincular a las parejas;
- d. Se mejoraron los espacios de privacidad para tener lugares de consejería.

5. Laboratorio:

- a. Se documentaron las gestiones de la implementación de buenas prácticas de mantenimiento e implementación de calibración a los equipos métricos de los laboratorios, que brindan apoyo a las personas que viven con VIH y acuden al hospital;

- b. Gestión de recurso humano para garantizar la atención.
- c. Implementación de medidas de bioseguridad en el personal que labora en laboratorio;
- d. Gestión para el abastecimiento de pruebas de apoyo (pruebas de VIH, laboratorios de apoyo, reactivos básicos);
- e. Se mejoran los procesos de satisfacción al usuario (incluyendo atención cordial y amable, facilitación de salas de esperas y privacidad en la atención).

6. Banco de Sangre

- a. Se capacitó al personal técnico, en herramientas de identificar factores de riesgo y vinculación a las unidades de atención integral;
- b. Se fortaleció la gestión para la dotación de pruebas de VIH y capacitación en el flujo de diagnóstico y referencia a la clínica de atención integral;
- c. Se capacitó en temas de estigma y discriminación, bioseguridad, atención al cliente y flujos de atención.

7. Farmacia

- a. Se capacitó en buenas prácticas de almacenamiento (aire acondicionado, stocks, rotulación de medicamentos por lotes, uso de estanterías, documentación de entradas y salidas de medicamento);
- b. Mejora al seguimiento de abastecimiento de antiretrovirales pediátricos y adultos, así como medicamentos de apoyo (KIT de violencia sexual, medicamentos para ITS y anticonceptivos de emergencia).

8. Gestión

- a. Se conformaron equipos de calidad multidisciplinarios, con apoyo de la alta gerencia (denominados ETOP; equipos técnicos de la optimización del desempeño y calidad en atención integral);
- b. Se promovieron las mediciones internas y la gestión de recursos para el cierre de brechas;
- c. Se integraron los equipos de las unidades de atención integral con el resto de equipos del hospital;
- d. Fortalecimiento a la medición de satisfacción de usuarias/os, con énfasis a la población que acude a la clínica de atención integral;

- e. Se capacitó al personal el tema de no estigma y discriminación, monitoreando el cumplimiento;
- f. Se fortaleció el tema de sala situacional, mejorando el tema de bioseguridad y vigilancia epidemiológica (Reporte de casos infecciones nosocomiales, VIH incidencia y prevalencia);
- g. Fortalecimiento de la unidad de atención integral con participación de redes comunitarias.

PANAMÁ

En Panamá, se brindó apoyo técnico al Ministerio de Salud, en implementar un modelo de la mejora continua de la calidad en atención integral en **19 hospitales**. El modelo está basado en estándares operacionales del desempeño en el ámbito de la atención a personas que viven con VIH, con un enfoque sistemático. El Proceso es coordinado por el departamento de regulación de los servicios de salud del nivel central del Ministerio de Salud, con la coordinación del Programa Nacional de VIH/Sida.

El nivel central del Ministerio de Salud de Panamá, ya ha institucionalizado la metodología a través de **Resolución No. 1498 del 12 de noviembre de año 2015**, la cual define que se expandirá al resto de servicios de salud en el 2016. Se oficializó la metodología y los equipos de la calidad en los servicios de salud han sido implementados oficialmente.

Cada hospital cuenta con personal capacitado en la implementación de la metodología, conformado el equipo de calidad, quien tiene la función de efectuar mediciones internas, analizar datos, toma de decisiones para el cierre de brechas (gestión de recursos financieros, capacitaciones, equipo, insumos, medicamentos, etc.), así como el monitoreo del cumplimiento del plan de intervenciones.

Los equipos de calidad están conformados por personal de: las clínicas de atención integral, jefes de maternidad, pediatría, medicina interna, enfermería, laboratorio, banco de sangre, psicóloga, trabajadora social, nutrición, imágenes médicas, epidemiólogo y servicios de apoyo como intendencia.

A continuación se muestran los resultados de los 19 hospitales:

Tabla No.4: Desempeño general de hospitales Panamá

Hospitales	MEDICION					
	1ra	2da	3ra	4ta	5ta	6ta
1.Manuel Guerrero	48%	65%	62%	83%	65%	64%
2.Santo Tomas	58%	85%	78	87%	84%	84%
3.Arnulfo Arias Madrid	54%	72%	73	85%	86%	79%
4.Jose Obaldía	52%	59%	79	95%	98%	97%
5.Aquilino Tejeira	50%	53%	67%	79%	72%	63%
6.Del Niño	61%	82%	77%	85%	86%	90%
7.Nicolas Solano (Chorrera Panamá Oeste)	51%	72%	62%	71%	82%	75%
8.Rafael Hernández (David Chiriquí)	50%	56%	57%	79%	92%	81%
9.Raul Dávila, Changuinola	64%	60%	76%	72%	79%	
10.Azuero Anita Moreno	34%	35%	52%	57%	56%	
11.Pediatria Omar Torrijos	62%	70%	86%	85%	75%	
12.Cecilio Castellero	42%	34%	60%	60%	51%	
13.Luis Fabrega	41%	53%	63%	58%	74%	
14. Hospital 24 de Diciembre	59%	67%				
15.Susana Jones Cano	72%	58%				
16.San Miguel Arcángel	87%	83%				
17.Joaquin Pablo Franco	54%	49%				
18.Gustavo Nelson Collado	62%	77%				
19.Rafel Estévez	84%	68%				
Promedio	57%	63%	69%	77%	77%	79%

*fuente: base de datos de monitoreo proyecto USAID/Proyecto Capacity.

/Color rojo: de 0 a 59%/Color Amarillo: entre 60 a 84%/ Color verde: Promedios igual o por arriba de 85%

En Panamá, la metodología es liderada por la dirección de los servicios de salud, con la coordinación del Programa Nacional de VIH-Sida, las mediciones se desarrollaron como se describe en la tabla 4.

En la tabla 4, se muestran la medición de **la línea de base con 57%**, muestra los siguientes punteos: arriba del 85%: Un hospital (5%), 60 a 84%: 6 hospitales (32 %), 0 a 59%: doce hospitales (63%). Es importante mencionar que el Ministerio de Panamá, no contaba con una metodología de supervisión a los servicios de salud, la línea basal permitió definir una

fotografía inicial de los servicios y por medio del liderazgo de la unidad de Dirección de los Servicios de Salud, y en coordinado con el Programa nacional de VIH Sida, se capacitaron al 100% de los equipos locales y del nivel central e iniciaron a implementar el plan de intervenciones. La mayoría de brechas encontradas fueron desconocimiento de protocolos de atención, falta de estandarización de procesos, falta de equipamiento y e insumos que facilitan la atención.

En la **segunda medición** se observa un incremento del 6% respecto a la medición anterior. En general, se observa una transición de mejora en la categorización según punteos de la mejora del desempeño: arriba del 85%: Un hospital (5%), entre 60 a 84%: 10 hospitales (53%), y entre 0 a 59: 8 hospitales (42%). En esta medición se observan un incremento en la categorización de servicios en el rango de 60 a 84%. Las áreas que incrementaron el desempeño fueron: farmacia, laboratorio, clínica TARV, consulta externa, banco de sangre y nutrición.

En la **tercera medición** (13 hospitales medidos) se observa un incremento de 6% respecto a la medición anterior. Existe un reacomodo de la categorización según punteos: arriba del 85%: Un hospital (8%), entre 60 a 84%: 10 hospitales (77 %), entre 0 a 59%: Dos hospitales (13%). En esta medición, se consolidan la mayoría de servicios en el rango de punteo de 60 a 84%. La mayoría de mejoras se basan en la gestión de equipo, suministro, procesos de capacitación. La tendencia en clínicas TARV, farmacia, nutrición, laboratorio incrementan su desempeño.

En la **cuarta medición** se observa un incremento de 8% con respecto a la medición, debido a que cinco hospitales incrementaron su desempeño por arriba del 85%. La mayoría de mejoras en esta medición son las mejoras en las áreas técnicas de Nutrición, Clínica TARV, farmacia, Gestión, Laboratorio, central y equipos y área de obstetricia. Se observa la tendencia de un hospital a permanecer en rango de 0 a 59%, debido a la infraestructura del hospital, que es muy antigua y no reúne condiciones para privacidad, baños, lavamanos. Se ha efectuado la gestión para cambio de un nuevo hospital.

En la **quinta medición** (con 13 hospitales evaluados) mostraron ningún cambio desde la medición anterior. Es importante tener en cuenta que tres de los cinco hospitales fueron capaces de mantener la puntuación de 85% o más y un nuevo hospital fue capaz de anotar por encima del 85%. Cualquier reducción en las puntuaciones de rendimiento se debió principalmente a la falta de existencias de suministros, equipo y medicamentos. Además, un hospital aumentó su cartera de servicios, lo que sobrecargó algunos de sus servicios y causó desabastecimiento.

En la **sexta medición**, se observa únicamente ocho hospitales con medición. En el punteo promedio se presenta un incremento de 2% respecto a la medición anterior. Se observa que dos servicios se encuentran en el rango de punteo por arriba del 85% (25%) y cinco servicios se encuentran en el rango de 60 a 84% (75%). Se observa a dos hospitales con tendencia a permanecer en los rangos por arriba de 85% por tres o más mediciones consecutivas.

De las 18 áreas técnicas evaluadas se puede mencionar que mejoraron fueron:

1. Nutrición:

- a. Se vinculó a la atención integral de personas que viven con VIH, ya que anteriormente no se prestaba este servicio;
- b. Orientación en nutrición;
- c. Se gestionan acciones para suplementos nutricionales;
- d. Las clínicas cuentan con equipo e insumos para garantizar la atención integral a personas que viven con VIH.

2. Clínica TARV

- a. Se mejoró la consejería post prueba, por medio de capacitaciones a los proveedores de las clínicas y puntos de atención del hospital;
- b. Se fortaleció la documentación del expediente clínico;
- c. Se dotó de equipo y mobiliario a las clínicas, incluyendo archivos para almacenamiento de expedientes;
- d. Los servicios cuentan con algoritmos de atención visibles;
- e. Se indagan factores de riesgo;
- f. Se incorporó la planificación familiar a la consejería integral;
- g. Gestión para garantizar el abastecimiento de antiretrovirales en las clínicas;
- h. Integración de los equipos de las clínicas de atención integral al resto de equipo de atención hospitalaria (incluyendo pediatras, medico internistas, infectólogos, psicólogas, nutricionistas);
- i. Vínculo con redes comunitarias para fortalecer la referencia y contra referencia.

3. Laboratorio:

- a. Se documentaron las gestiones de la implementación de buenas prácticas de mantenimiento e implementación de calibración a los equipos métricos de los laboratorios, que brindan apoyo a las personas que viven con VIH y acuden al hospital;

- b. Gestión de recurso humano para garantizar la atención;
 - c. Implementación de medidas de bioseguridad en el personal que labora en laboratorio;
 - d. Gestión para el abastecimiento de pruebas de apoyo (Pruebas de VIH, laboratorios de apoyo, reactivos básicos);
 - e. Se mejoran los procesos de satisfacción al usuario (Incluyendo atención cordial y amable, facilitación de salas de esperas y privacidad en la atención);
4. Banco de Sangre
- a. Capacitación al personal técnico, en herramientas de identificar factores de riesgo y vinculación a las unidades de atención integral;
 - b. Fortalecimiento la gestión para la dotación de pruebas de VIH y capacitación en el flujo de diagnóstico y referencia a la clínica de atención integral;
 - c. Capacitación en temas de estigma y discriminación, bioseguridad, atención al cliente y flujos de atención.
5. Farmacia
- a. Capacitación en buenas prácticas de almacenamiento (aire acondicionado, stocks, rotulación de medicamentos por lotes, uso de estanterías, y documentación de entradas y salidas de medicamento);
 - b. Mejora en el seguimiento al abastecimiento de antiretrovirales pediátricos y adultos, así como medicamentos de apoyo (KIT de violencia sexual, medicamentos para ITS y anticonceptivos de emergencia).
6. Central y equipos:
- a. Capacitación al personal en las buenas prácticas de flujo de material contaminado y estéril en la central de equipos;
 - b. Fortalecimiento los procesos de almacenaje de producto esterilizado y su rotulación;
 - c. Sensibilización al personal sobre el uso de medidas específicas de bioseguridad, incluyendo el cuidado de área verde y roja;
 - d. Capacitación al personal sobre el tema de bioseguridad.

7. Gestión

- a. Se conformaron equipos de calidad multidisciplinarios, con apoyo de la alta gerencia (con participación activa de directores y gerentes financieros);
- b. Se fortaleció la documentación de protocolos, normas y guías en los servicios de salud, con la finalidad de estandarizar procesos;
- c. Conformación de unidades de capacitación a nivel local, para el cierre de brechas, elaborando planes anuales de capacitación
- d. Seguimiento al personal capacitado, para el fortalecimiento de competencias en servicios;
- e. Vigilancia por el no estigma y discriminación en los servicios de salud;
- f. Reconocimiento a los equipos de alto rendimiento en cada uno de los hospitales, lo cual motivo a los servicios a continuar sus buenas practicas;
- g. Fortalecimiento a la medición de satisfacción de usuarias/os, con énfasis a la población que acude a la clínica de atención integral.
- h. Se fortaleció el tema de sala situacional, mejorando el tema de bioseguridad y vigilancia epidemiológica (Reporte de casos infecciones nosocomiales, VIH incidencia y prevalencia);
- i. Fortalecimiento de la unidad de atención integral con participación de redes comunitarias.

BELICE

En Belice, se brindó apoyo técnico al Ministerio de Salud, en implementar un modelo de la mejora continua de la calidad en atención integral en nueve hospitales. El modelo está basado en estándares operacionales del desempeño en el ámbito de la atención a personas con VIH, con un enfoque sistemático. El proceso es coordinado por el departamento de regulación de los servicios de salud del nivel central del Ministerio de Salud, como con la Unidad de Acreditación y Licenciamiento de Servicios de Salud, con la coordinación del Programa Nacional de VIH-Sida.

El nivel central del Ministerio de Salud, cuenta con la política de calidad y prevención de infecciones asociadas a la atención en salud. Cuenta con un organigrama oficial donde incluye a las unidades de calidad y de vigilancia de infecciones, quienes apoyan a la dirección y gerencia de cada hospital. El Ministerio ratificara la implementación de la metodología de mejora continua de la calidad y la expandirá en el mes de febrero del

2016. Actualmente el departamento Jurídico del Ministerio, se encuentra en las consultas técnicas finales.

Cada hospital cuenta con personal capacitado en la implementación de la metodología, conformado el equipo de calidad, quien tiene la función de efectuar mediciones internas, analizar datos , toma de decisiones para el cierre de brechas (gestión de recursos financieros, capacitaciones, equipo, insumos, medicamentos, etc.), así el monitoreo del cumplimiento del plan de intervenciones.

Los equipos de calidad están conformados por: personal de las clínicas de atención integral, jefes de maternidad, pediatría, medicina interna, enfermería, laboratorio, banco de sangre, psicología, trabajadora social, nutrición, imágenes médicas, epidemiólogo y servicios de apoyo como intendencia.

A continuación se presentan los resultados de los hospitales:

Tabla No.5: Desempeño general de hospitales Belice

Hospitales	MEDICION					
	1ra	2da	3ra	4ta	5ta	6ta
1. Corozal Community Hospital	37%	60%	55%	81%	84%	91%
2. Northern Regional Hospital, Orange Walk	57%	62%	74%	86%	85%	90%
3. Cleopatra White Polyclinic II	37%	40%	43%	83%	75%	
4. Karl Husener Memorial Hospital (KMHM)	44%	48%	56%	69%	77%	
5. Punta Gorda Community Hospital	49%	57%	73%	79%	85%	
6. Belize Family Life Association (BFLA)	60%	57%	61%	65%	78%	
7. Southern Regional Hospital, Dangriga	49%	58%	74%	80%		
8. San Ignacio Community Hospital	61%	76				
9. Western Regional Hospital	67%	73%				
Promedio	51%	57%	62%	78%	81%	90%

*fuente: base de datos de monitoreo proyecto USAID/Proyecto Capacity.

/Color rojo: de 0 a 59%/Color Amarillo: entre 60 a 84%/ Color verde: Promedios igual o por arriba de 85%

En Belice, la metodología es liderada por la Dirección de los Servicios de Salud y la Dirección de acreditación y habilitación de servicios de salud, con la coordinación del Programa Nacional de VIH-Sida.

La tabla 5, muestra **la línea base** en nueve hospitales, con un promedio de **51%**. En la categorización de los rangos de puntajes, son: entre 0 a 59%: 6 hospitales (67%), 60 a 84%: tres hospitales (33%). En la medición se identifica las siguientes brechas: La mayoría centradas en sistemas organizacionales, falta de estandarización de procesos, falta de

equipo, insumos y recursos para brindar atención integral a pacientes, así como falta de capacitación continua al personal. Se elaboró un plan de intervenciones para mejorar el cierre de brechas.

En la **segunda medición** (8 hospitales) Se observa un incremento del 6% respecto a la medición anterior. En general, se observa un incremento en el desempeño en tres hospitales. La tendencia de la categorización se mantiene igual que en la línea de base. Se observa una mejora en las áreas técnicas de: Farmacia, obstetricia y cuidados intensivos. La alta gerencia, gestiona los recursos financieros para la compra de equipo e insumos, además se capacita al personal en temas identificados en brechas de conocimientos (Para estigma y discriminación, consejería pre y post prueba, entre otras).

En la **tercera medición** (7 hospitales) Se observa un incremento de 5% del punteo respecto a la medición anterior. Existe un reacomodo de la categorización según punteos, observando lo siguiente: entre 60 a 84%: cuatro hospitales (57%), de 0 a 59%: tres hospitales (43%). En esta medición, se consolidan la mayoría de servicios en el rango de punteo de 60 a 84%. La mayoría de mejoras se basan en las áreas técnicas de consulta externa, obstetricia, medicina interna, pediatría, manejo de desechos hospitalarios, laboratorio, banco de sangre y gestión. Esto gracias a los procesos de capacitación y gestión de recursos para el cierre de brechas. Los equipos locales se encuentran motivados y comparten lecciones aprendidas con el resto de equipo, se documentan procesos de gestión local; como por ejemplo gestión de equipos y mobiliario para bancos de sangre y el vínculo entre este servicio y la unidad de atención integral.

En la **cuarta medición** (7 hospitales) se observa incremento de 16% con respecto a la medición anterior, debido a que un servicio incrementó su desempeño por arriba del 85% y el resto de los seis servicios medidos en la cohorte incrementaron su desempeño y se ubican en la categoría de 60 a 84%. En esta medición se mejoran áreas técnicas como: obstetricia, consejería, consulta externa y manejo de desechos con promedios por arriba del 85%.

En la **quinta medición** (6 hospitales) se observa un incremento del 4% en base a la última medición, debido a que dos servicios obtienen punteos por arriba del 85% y cuatro servicios se ubican en el rango de 60 a 84%. Las áreas técnicas que mejoran sus punteos por arriba del 85% son: obstetricia, cuidado intensivo, banco de sangre, laboratorio y farmacia. El área de consejería, medicina interna, nutrición imágenes diagnósticas y bioseguridad se encuentran en la categoría de 60 a 84%. En esta medición se han consolidado los equipos de calidad y son apoyados por los supervisores regionales.

En la **sexta medición**, se observa únicamente dos servicios con medición. Se observa que los dos servicios se encuentran con punteos por arriba del 85%, con un promedio de 90%. En estos servicios todas las áreas de medición, se encuentran por arriba del 85% únicamente dos áreas técnicas se encuentran en promedios de 60 a 84%, las cuales son imágenes diagnósticas y bioseguridad.

De las 18 áreas técnicas evaluadas se puede mencionar que mejoraron fueron:

1. Consulta externa:
 - a. Gestión para el equipamiento de las clínicas;
 - b. Se mejoró notablemente el trato Cortez al usuario;
 - c. Se integraron a los antecedentes médicos, los factores de riesgos para VIH;
 - d. Se documentan el consentimiento informado para la prueba de VIH.
 - e.
2. Emergencia
 - a. Gestión para el equipamiento y suministros de emergencia;
 - b. Capacitación sobre estigma y discriminación;
 - c. Mejoras en infraestructura;
 - d. Implementación de medidas de bioseguridad;
 - e. Documentación expedientes;
 - f. Identificación factores de riesgo y vinculación a unidad de atención integral.
3. Obstetricia
 - a. Estandarización de protocolos.
 - b. Seguimiento a mujer embarazada que vive con VIH y seguimiento post parto a recién nacido.
4. Medicina Interna
 - a. Gestión de insumos y recursos para la atención;
 - b. Interacción en procesos de atención con Personas que viven con VIH;
 - c. Identificación de factores de riesgo y vinculación clínica de atención integral.
5. Intensivo
 - a. Gestión de equipo y suministros esenciales para la atención del paciente crítico;

- b. Interconsulta con unidad de atención integral;
 - c. Identificación de infecciones oportunistas;
 - d. Capacitación al personal en medidas específicas de bioseguridad y uso de equipo de protección;
 - e. Prevención de infecciones asociadas a la atención en salud.
6. Laboratorio
- a. Documentación de buenas prácticas de mantenimiento y calibración de equipo;
 - b. Estandarización y uso de protocolos para procesamiento muestras;
 - c. Implementación de procedimientos de bioseguridad;
 - d. Atención al cliente (capacitación y privacidad).
7. Banco de sangre
- a. Capacitación al personal, sobre factores de riesgo;
 - b. Capacitación sobre estigma y discriminación;
 - c. Uso de flujogramas de atención y vinculación a clínicas de atención integral;
 - d. Gestión de pruebas rápidas de VIH, hepatitis, VDRL, entre otras;
 - e. Mejora de espacios de entrevistas, que reúnan condiciones de privacidad.
8. Gestión
- a. Conformación de equipos de calidad, multidisciplinares;
 - b. Gestión de recursos para el cierre de brechas;
 - c. Motivación al personal al cumplimiento de metas;
 - d. Documentación de protocolos de atención;
 - e. Análisis de datos y sala situacional.
9. Nutrición:
- a. Se vinculó a la atención integral de personas que viven con el virus; ya que anteriormente no se prestaba este servicio;
 - b. Orientación en orientación nutricional;
 - c. Se gestionan suplementos nutricionales para las personas que acuden a la clínica;
 - d. Las clínicas cuentan con equipo e insumos para garantizar la atención integral a personas que viven con VIH.

10. Consejería

- a. Se mejoró la consejería post prueba, por medio de capacitaciones a los proveedores de las clínicas y puntos de atención del hospital;
- b. Se fortaleció el registro en el expediente clínico;
- c. Se dotó de equipo y mobiliario a las clínicas, incluyendo archivos para almacenamiento de expedientes;
- d. Los servicios cuentan con algoritmos de atención visibles.
- e. Se indagan factores de riesgo;
- f. Se incorporó la planificación familiar a la consejería integral;
- g. Gestión para garantizar el abastecimiento de antiretrovirales en las clínicas;
- h. Integración de los equipos de las clínicas de atención integral al resto de equipo de atención hospitalaria (incluyendo pediatras, médicos internistas, infectólogos, psicólogas, nutricionistas, entre otros);
- i. Vínculo con redes comunitarias para fortalecer la referencia y contra referencia.

11. Farmacia

- a. Se capacitó en buenas prácticas de almacenamiento (aire acondicionado, stocks, rotulación de medicamentos por lotes, uso de estanterías, documentación de entradas y salidas de medicamento);
- b. Mejora la gestión de seguimiento al abastecimiento de antiretrovirales pediátricos y adultos, así como medicamentos de apoyo (KIT de violencia sexual, medicamentos para ITS y anticonceptivos de emergencia);
- c. Se fortaleció el tema de sala situacional, mejorando el tema de bioseguridad y vigilancia epidemiológica (Reporte de casos infecciones nosocomiales, VIH incidencia y prevalencia);
- d. Fortalecimiento de la unidad de atención integral con participación de redes comunitarias.

CONCLUSIONES

1. La metodología de Optimizar el Desempeño y la calidad, es adoptada como un modelo de alta eficiencia por los Ministerios de Salud.
2. 100% de los servicios de salud, apoyados por USAID| Proyecto Capacity Centroamérica, cuentan con equipos de calidad, efectuando procesos de mejora continua en sus servicios.
3. Los Ministerios de Salud de Belice, Costa Rica y Panamá, se encuentran en el proceso de oficializar y expandir la metodología a sus servicios de salud. El Salvador ya cuenta con un proceso validado e institucionalizado de Mejora Continua de Calidad. En Guatemala en los dos últimos años, previo a la culminación de la asistencia técnica al Ministerio de Salud, se presenta un factor externo (crisis política y financiera), que afecta la institucionalización de ODC, se deja recurso humano liderando procesos a nivel local, efectuando auto mediciones internas y generando procesos de mejora continua. La mayoría de servicios efectúa alianzas estratégicas locales, con municipalidades, organizaciones no gubernamentales, sociedad civil y universidades para cierre de brechas.
4. Los criterios que influyeron en mejorar los servicios fueron: 1) Liderazgo, 2) Proceso centrado en las personas y clientes, 3) Alianzas estratégicas y gestión de los recursos, incluyendo con sociedad civil, alcaldías, organizaciones no gubernamentales, universidades y organismos de cooperación internacional, 4) Análisis y toma de decisiones basadas en datos.
5. Se observa, tendencia a incrementar el desempeño en los servicios a nivel regional, encontrando un 53% en LB y 76% en las últimas mediciones
6. 20% (15/76) de los hospitales que alcanzaron el desempeño con promedios igual o por arriba del 85%. unen Costa Rica 50% de los servicios con promedios arriba del 85%, seguido de Belice en 33%, Panamá con 11%, El Salvador con 10% y Guatemala con 9%.
7. Las áreas técnicas que mejoraron su desempeño fueron; consulta externa, consejería, nutrición, laboratorio, farmacia y banco de sangre, todas vinculadas a los procesos de atención a personas con VIH.
8. El porcentaje promedio de personas con VIH que refieren recibir una atención libre de estigma y discriminación en los servicios de salud que aplican la metodología de mejora continua de la calidad es de 93% (380 de 410) a nivel regional. El rango se encuentra entre un 96% (Panamá y El Salvador) y 88% en Guatemala.
9. El 37% (19 /51) de hospitales que aplican la metodología de mejora del desempeño logran disminuir las IAAS en un 25% o mantener la tasa de notificación entre 0 a 4% de notificación.

RECOMENDACIONES

1. Continuar apoyando a los Ministerios de Salud de la región en la aplicación de la Mejora Continua de la Calidad en los servicios de salud hasta que logren mantener un desempeño deseado en al menos dos mediciones continuas.
2. Fortalecer la coordinación del nivel central y niveles locales de los Ministerios de Salud Pública y/o Caja del Seguro Social, en continuar los procesos de sostenibilidad de la gestión de la calidad en servicios de salud.
3. Realizar reuniones nacionales para presentar resultados de Mejora Continua de Calidad, información estratégica relacionada, lecciones aprendidas y experiencias exitosas entre los servicios de salud del país, para poder implementarlas en los otros servicios de salud.
4. Efectuar alianzas estratégicas con otras organizaciones regionales, locales e iniciativa privada para la optimización de los recursos para cerrar brechas identificadas que no cuentan con recurso económico para solventarlas.
5. Debido a la alta rotación de personal, tanto a nivel central como, local continuar con los procesos de capacitación, para que siempre exista recurso humano en salud con capacidad de aplicar la metodología y mejorar el desempeño de los servicios de salud.
6. Documentar las acciones y experiencias exitosas aplicadas por parte del personal de los servicios de salud, para que sirva de material de consulta de otros servicios y aprender de las experiencias.
7. Socializar los resultados a nivel nacional e internacional para la discusión y análisis de la información y poder identificar acciones concretas tanto a nivel central como local que permitan una mejora progresiva de la calidad del servicio prestado.
8. Utilizar los resultados de la evaluación de mejora continua de la calidad para la elaboración de los planes operativos locales y contar con apoyo técnico y financiero para el cierre de brechas identificadas y la optimización de los recursos humanos y financieros, en base a evidencia.
9. Reconocer a los servicios de salud que logran una mejora de la calidad, basado en evidencia para fomentar las buenas prácticas realizadas e impulsar que otros servicios las realicen.
10. Fomentar la coordinación entre los comités de calidad e infecciones intrahospitalarias para potenciar el trabajo conjunto y resultados para disminuir y/o mantener la tasa de infecciones intrahospitalarias dentro de los límites de 0 a 4%.

RETOS

1. Los factores políticos, son una variable externa que afectan el alcance de los objetivos de la gestión de calidad, incluyendo en la disposición de los recursos económicos, recursos humanos y medicamentos en los servicios de salud.
2. Generar procesos de capacitación o formación en gestión de la calidad, con énfasis en los sistemas de Salud Pública, debido a que el personal formado, presenta alta rotación en los servicios, siendo la capacitación del mismo no sostenible. Alianzas estratégicas en la región y/o en cada país, en el tema de gestión de la calidad ya que muchos proyectos, efectúan procesos aislados sin visión de sistemas.
3. Incorporar y posicionar en los sistemas de calidad a la comunidad y/o usuarios de los sistemas de salud, como centro de análisis de la calidad, ya que se hace mucho énfasis en indicadores clínicos y no de satisfacción.