

INFORME DE INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN

El mejoramiento de la calidad del sistema de salud pública de Guatemala: Una perspectiva para la institucionalización

JUNIO de 2012

Rodrigo Bustamante, University Research Co., LLC
Elena Hurtado, University Research Co., LLC
Karen Askov Zeribi, University Research Co., LLC

CLÁUSULA DE DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Los puntos de vista expresados en esta publicación no reflejan necesariamente los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional o del Gobierno de los Estados Unidos de América.

Agradecimientos: Los autores desean agradecer el apoyo brindado por las siguientes personas del Ministerio de Salud de Guatemala: el Viceministro Administrativo, el Viceministro Técnico, el Asesor del Vice Ministerio Administrativo, los miembros de la Unidad del Sistema de Gestión de Calidad, los representantes del Programa Nacional de Salud Reproductiva y del Programa de Vacunación, el Director del Área de Salud de San Marcos, el personal del Área de Salud de San Marcos, y los Directores y el personal de los Centros de Salud de San Pedro Sacatepéquez, Tejutla, Concepción Tutuapa, San Lorenzo, Tacaná y Tajumulco. También expresan su agradecimiento a Irene Monzón, Gilda Mérida, e Irma Salazar del Proyecto de Mejoramiento de la Atención de Salud de la USAID.

Este estudio fue apoyado por el pueblo estadounidense mediante la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y su Proyecto de Mejoramiento de la Atención de Salud (HCI, por sus siglas en inglés). El HCI es administrado por la University Research Co., LLC (URC) según lo establecido en el Contrato Número GHN-I-03-07-00003-00. Los subcontratistas de URC para el HCI incluyen: EnCompass LLC, Family Health International, Health Research, Inc., Initiatives Inc., Institute for Healthcare Improvement, y Johns Hopkins University Center for Communication Programs. Para más información sobre el trabajo de HCI, sírvase visitar el sitio www.hciproject.org o envíe un correo electrónico a hci-info@urc-chs.com.

Cita recomendada: Bustamante R, Hurtado E, Zeribi K.A. 2012. Improving the Quality of Guatemala's Public Health System: A View to Institutionalization. *Research and Evaluation Report*. Publicado por el Proyecto de Mejoramiento de la Atención de Salud de la USAID. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC).

ÍNDICE

Lista de gráficos, recuadros y cuadros	i
Abreviaturas.....	ii
RESUMEN.....	iii
I. INTRODUCCIÓN	I
A. Contexto para el mejoramiento de la calidad del sistema de salud pública de Guatemala	I
B. El modelo de institucionalización como un marco de estudio	4
C. Investigación de antecedentes	8
II. Metodología para el estudio de la institucionalización de calidad en el sistema sanitario de Guatemala	6
A. Objetivos del estudio.....	8
B. Diseño del estudio, métodos de recopilación de datos y muestreo.....	8
III. RESULTADOS	10
A. Describir y analizar el grado de institucionalización del mejoramiento de la calidad	10
B. Identificar los elementos esenciales del modelo que precisan mayor apoyo para mantener y profundizar las mejoras	15
C. Barreras y factores facilitantes para institucionalizar aun más la calidad dentro de los diversos niveles del MSPAS.....	19
IV. CONCLUSIONES.....	21
V. RECOMENDACIONES.....	23
VI. REFERENCIAS	25
ANEXOS	27
Anexo 1. Ejemplos de resultados logrados por el MSPAS de Guatemala en atención materna y neonatal.....	27
Anexo 2. Colaborativos de mejoramiento.....	29
Anexo 3. Panorama del modelo de institucionalización	31
Anexo 4. Resumen de estudios anteriores sobre la institucionalización de la calidad.....	32
Anexo 5. Ejemplo de logros del Ministerio de Salud de Guatemala como resultado del uso de métodos de mejoramiento	i

Lista de gráficos, recuadros y cuadros

Gráfico 1. Resumen del apoyo brindado por URC al MSPAS, 1999-2012	2
Gráfico 2. Modelo para la institucionalización de la calidad en organizaciones y sistemas de salud	4
Gráfico 3. Fases de la institucionalización de la calidad.....	5
Gráfico 4. Participación de los entrevistados en actividades de MC.....	9
Gráfico 5. Puntuación de acuerdo por declaración por nivel del MSPAS.....	13
Gráfico 6. Autoevaluación de aptitudes de MC por líderes del equipo de MC	15
Gráfico A-1. Cumplimiento de los tres elementos de manejo activo del tercer estadio de trabajo de parto del Área de Salud de San Marcos y siete áreas de salud adicionales durante la fase de expansión .	23
Gráfico A-2. Cumplimiento de todos los criterios en atención neonatal corriente en cinco hogares maternos del Área de Salud de San Marcos y 67 hogares maternos de siete áreas adicionales de salud durante la fase de expansión	24

Gráfico A-3. Modelo colaborativo de mejoramiento según la adaptación de URC de la Breakthrough Series del colaborativo de IMAS	25
Recuadro 1. Un breve resumen de la metodología de ISO.....	3
Recuadro 2. Enfoque del colaborativo de mejoramiento	4
Cuadro 1. Muestreo por niveles dentro del MSPAS.....	8
Cuadro 2. Clasificación promedio de otros elementos de calidad por el personal en el nivel central del MSPAS, Área de Salud de San Marcos y centros de salud seleccionados en San Marcos.....	10
Cuadro 3. Clasificación promedio dada por los líderes del equipo de mejoramiento de la calidad en declaraciones con respecto a las prácticas de sus equipos	11
Cuadro 4. Etapa de institucionalización por nivel del MSPAS.....	15
Cuadro 5. Resumen de los factores que facilitan y limitan la institucionalización de la calidad	16

Abreviaturas

CC	Control de calidad
DAF	Departamento Administrativo Financiero
DAS	Dirección de Área de Salud
DC	Diseño de calidad
DGAGF	Dirección General Administrativa y de Gestión Financiera
DGE	Discusiones de grupo de enfoque
ENSMI	Encuesta de Nacional Salud Maternoinfantil
GC	Garantía de calidad
HCI	Proyecto de la USAID de Mejoramiento de Atención de Salud
IMAS	Instituto para el Mejoramiento de la Atención de Salud
ISO	Organización Internacional de Normalización
ITS	Infecciones de transmisión sexual
MC	Mejora de la calidad
MC	Mejora de la calidad
MCC	Mejora continua de la calidad
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PDSA	Ciclo Planificar-Hacer-Estudiar-Actuar
ProCONE	Promoción de atención esencial obstétrica y neonatal
RH	Recursos humanos
SGC	Sistema de Gestión de Calidad
SMN	Salud materna y neonatal
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
URC	University Research Co., LLC
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH/SIDA	Virus de la inmunodeficiencia humana/ Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

RESUMEN

La University Research Co., LLC (URC), financiada por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), ha estado apoyando al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala durante los últimos 13 años, incluyendo en los últimos cuatro años un apoyo intensivo en la mejora de la calidad de servicios de salud mediante proyectos colaborativos de mejoramiento y la certificación de establecimientos de salud seleccionados y procesos de gestión basados en las normas de calidad de la Organización Internacional de Normalización (ISO, por sus siglas en inglés). El objetivo de este estudio fue examinar cuánto de este apoyo y capacidad de mejoramiento de la calidad ha sido captado o institucionalizado por el MSPAS guatemalteco y si se puede mantener sin apoyo de URC, a pesar de cambios importantes en el contexto político guatemalteco (es decir, el nuevo Presidente que asumió el cargo en enero de 2012 con cambios posteriores de las autoridades del nivel central del MSPAS y Directores de Áreas de Salud).

El Modelo de Institucionalización de URC sirvió como punto de partida para realizar este estudio. El modelo se describe detalladamente en la monografía “Sostenimiento de la Atención de Salud de Calidad: La Institucionalización de la Garantía de Calidad” (Franco et al. 2002) y en el anexo 3. Este modelo destaca:

- Un entorno propicio interno que sea conducente al mejoramiento continuo de la calidad, incluyendo: políticas escritas, líderes, valores fundamentales y suficientes recursos para apoyar la calidad.
- Una estructura para la calidad dentro de la organización, lo que incluye un esquema claro de las funciones, responsabilidades y rendición de cuentas.
- Funciones de apoyo con procesos formales y en curso para aumentar la capacidad, la comunicación y estimular el trabajo de calidad.
- Las aptitudes y los métodos necesarios para mejorar los resultados (como diseño de calidad, medición y métodos/instrumentos específicos de mejora de la calidad).

La institucionalización o la integración de cada una de estas facetas de calidad se realiza en fases. Para este estudio, estas fases se resumieron como: la fase experimental o de preparación, la fase de expansión o de acción y la fase de consolidación o de mantenimiento.

Se recopilaron tanto los datos cuantitativos como cualitativos de interesados directos a lo largo del nivel central, del Área de Salud de San Marcos, y de seis distritos que han participado en los programas de mejoramiento de la calidad: San Pedro, Tejutla, Concepción Tutuapa, San Lorenzo, Tacaná, y Tajumulco. Se analizaron estos datos para cumplir los objetivos del estudio, y los resultados se presentan detalladamente en este documento.

Este estudio captó las siguientes lecciones clave de sus cuatro objetivos primarios:

- **Describir y analizar el nivel general de institucionalización del mejoramiento de la calidad.** Si bien todos los niveles del MSPAS mostraron su compromiso y sentido de propiedad de la calidad, los distritos y los establecimientos de salud incluidos en los colaborativos y la certificación según los criterios de la Organización Internacional de Normalización (ISO) mostraron los estadios más avanzados de la institucionalización de la calidad. El nivel del Área de Salud demostró su compromiso con la calidad, pero expresó sus dudas acerca del compromiso a largo plazo con el concepto de calidad del nivel central. El nivel central del MSPAS demostró un alto nivel de propiedad de la calidad así como menos certidumbre acerca de la continuación del mejoramiento de la calidad (MC) sin el apoyo de URC.

- **Analizar los elementos del Modelo de Institucionalización que todavía necesita más apoyo para mantener y profundizar las mejoras.** Se destacaron elementos particulares del modelo de institucionalización en todos los niveles como áreas que aún necesitan más desarrollo, especialmente: recursos financieros para calidad, reconocimiento del trabajo de MC, formación de capacidad e información y comunicación.
- **Identificar los obstáculos y los factores facilitantes para institucionalizar aun más la calidad dentro del MSPAS.** Se halló evidencia de factores facilitantes comunes en todos los niveles del MSPAS, tales como liderazgo, funciones de apoyo, trabajo en equipo y compromiso del personal y capacidad técnica de implementación. También se informó de obstáculos comunes como la falta de recursos financieros, sistemas de información débiles y limitaciones de personal y de tiempo de dedicación.
- **Proporcionar recomendaciones para institucionalizar aun más la calidad dentro del MSPAS.** Este estudio brinda muchas recomendaciones, incluyendo:
 - 1) Aumentar la difusión y la comunicación del MC,
 - 2) Fortalecer la capacidad de los niveles del MSPAS (especialmente el nivel central) para administrar y supervisar el MC,
 - 3) Ampliar la participación del personal en actividades de MC,
 - 4) Fortalecer los elementos del modelo de institucionalización que se sobresalieron como puntos débiles,
 - 5) Desplegar una variedad de enfoques para mejorar la calidad y
 - 6) Fortalecer las aptitudes y los valores fundamentales de MC que facilitarán el mejoramiento de la calidad.

Los autores y URC sostienen que estos resultados y recomendaciones pueden guiar los esfuerzos futuros para mantener e institucionalizar el mejoramiento de la calidad en el sistema sanitario de Guatemala—construyendo sobre la base de los puntos fuertes identificados y proyectando específicamente las áreas que necesitan más desarrollo.

I. INTRODUCCIÓN

A. Contexto para el mejoramiento de la calidad del sistema de salud pública de Guatemala

A pesar de las mejoras durante los últimos 20 años, los 14 millones de personas de Guatemala siguen afrontando considerables problemas políticos, económicos y sociales. Las estadísticas publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ilustran estas luchas continuas: Guatemala tiene una de las tasas más altas de mortalidad materna en Centroamérica, reportada como 110 muertes por 100.000 nacidos vivos en 2008 (OMS/UNICEF 2012). El riesgo de toda la vida de muerte materna en Guatemala es de 1 en 210, mientras que en Costa Rica el riesgo es mucho menor, de 1 en 1.100. La tasa de mortalidad neonatal en 2010 fue de 15 por 1.000 nacidos vivos (en comparación con 6 por 1.000 nacidos vivos en Costa Rica). Casi la mitad de los niños menores de 5 años viven con desnutrición crónica (ENSMI 2008-2009). Por lo tanto, el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Guatemala (MSPAS) enfrenta un reto significativo para encarar estas necesidades inmediatas y apremiantes dentro de sus 29 Áreas de Salud, correspondientes a 22 departamentos de salud y 333 distritos, con los recursos limitados disponibles.

Dentro de este contexto, el MSPAS estableció una asociación con University Research Co., LLC (URC) en 1999 con apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), para fortalecer la capacidad, entregar servicios de calidad y mejorar la calidad del sistema sanitario de Guatemala. La evolución del apoyo de URC al MSPAS se resume en el gráfico 1. Con financiamiento de la USAID, URC comenzó su apoyo en 1999 con el Proyecto de Garantía de Calidad y luego con Calidad en Salud. A partir de 2008, URC proporcionó asistencia técnica al MSPAS tanto en esfuerzos colaborativos de mejoramiento de la calidad de la atención de salud como en la certificación de la Organización Internacional de Normalización (ISO).

En este período, URC ha proporcionado tanto profundidad y variedad en cuanto a los tipos de apoyo para mejorar la calidad de la atención. Después de 13 años de trabajo en sociedad, el objetivo del estudio era aprender cuáles aspectos del mejoramiento de la calidad—especialmente aquellos resultantes de los esfuerzos colaborativos y la certificación ISO—han sido adoptados por el MSPAS y se pueden mantener en el tiempo sin la colaboración continua de URC, en particular dados los cambios importantes en el contexto político guatemalteco. En noviembre de 2011 se llevaron a cabo elecciones para el nuevo presidente, miembros del congreso y alcaldes, dando lugar a cambios de las autoridades del nivel central del MSPAS y Directores de las Áreas de Salud.

La asociación entre el MSPAS, URC y USAID durante los últimos 13 años cubrió una amplia gama de áreas de servicio, incluidas la planificación familiar, el tratamiento de las enfermedades de la infancia y atención primaria a poblaciones mayas de alto riesgo. Ejemplos de los resultados en atención materna y neonatal, la concentración particular de este estudio, incluyen:

- Mayor uso de atención al recién nacido y anticoncepción
- Mayor fiabilidad en la aplicación de la gestión activa de criterios del tercer estadio de trabajo de parto en ocho áreas de salud
- Mayor fiabilidad en la aplicación de criterios corrientes de atención al recién nacido en 72 hogares maternos
- La certificación en 2010 de los procesos de presupuestación y servicios de salud en el nivel central del MSPAS y en el Centro de Salud de San Pedro, respectivamente, de que cumplen con las normas ISO 9001:2008.

Los ejemplos de los resultados logrados mediante los métodos de mejoramiento se destacan en el anexo 1. Una descripción breve del enfoque ISO se muestra en el Recuadro 1. El enfoque del esfuerzo

colaborativo de mejoramiento se describe brevemente en el Recuadro 2 y se analiza en más detalle en el anexo 2.

Gráfico1. Resumen del apoyo de URC al MSPAS, 1999-2012



Recuadro 1. Breve resumen de la metodología ISO

La Organización Internacional de Normalización es el mayor productor y editor del mundo de normas internacionales. La ISO constituye una red de institutos de normas nacionales de 163 países, un miembro por país, con una Secretaría central en Ginebra, Suiza, responsable de la coordinación del sistema.

La familia de normas de calidad ISO está entre los enfoques de mejora de la calidad más populares del mundo. La metodología ISO se basa en la premisa de que la calidad del producto puede garantizarse mediante la estandarización, comprobación, mejoramiento y control de procesos en la producción y en los servicios que apoyan la producción.

La metodología ISO se basa en el ciclo de la mejora continua de la calidad de la implementación, documentación, análisis y mejoramiento. La ISO proporciona normas genéricas para procesos, pero no dicta cómo estos se deben implementar. Un comité técnico define los procedimientos necesarios para completar un proceso. El alcance de la documentación requerida por ISO cambia de acuerdo al tamaño y la complejidad de una organización y el alcance de los procesos que se certifican.

La ISO ha publicado más de 17.500 normas internacionales a lo largo de una variedad de actividades y tipos de organizaciones, incluidas la agricultura, construcción, ingeniería, dispositivos médicos y muchos otros. Dada esta diversidad, el proceso de documentación de la ISO es único para cada proceso de certificación. Las normas ISO y los resultados no son de dominio público; por lo tanto, la complejidad y el alcance del proceso de documentación también son restringidos.

El sistema ISO ha establecido siete pasos generales para la certificación:

- 1) **Definición de Alcance**, en el cual se definen el alcance del esfuerzo y los procesos para certificar, así como el equipo y el personal afectados por estos procesos;
- 2) **Orientación y Capacitación**, en la cual se estudian las normas ISO, y el personal involucrado en el alcance son sensibilizados y capacitados;
- 3) **Estructuras de mejoramiento de la calidad**, en el cual se asegura el compromiso de los gerentes generales con el proceso y se establecen Comités de Calidad en cada nivel de la organización;
- 4) **Documentación**, donde se conducen estudios de diagnóstico para identificar las lagunas frente a las normas, se estandarizan y documentan los procedimientos, se rediseñan los procesos y se desarrollan y mantienen registros de todas las intervenciones;
- 5) **Implementación**, durante la cual se aplican los procesos estandarizados, se examina su funcionalidad, facilidad de uso e impacto y se toman medidas correctivas cuando se identifican brechas y debilidades;
- 6) **Auditorías**, en las cuales se conducen auditorías internas y externas y se obtiene la certificación; y
- 7) **Seguimiento y Mantenimiento**, donde se trabaja para abordar las brechas y los Comités de Calidad dan seguimiento regular al desempeño contra los objetivos de calidad y resuelven problemas.

El modelo de institucionalización como un marco de estudio

Los sistemas de salud y las organizaciones que trabajan para mejorar la calidad de la atención intentan no solo lograr resultados significativos hoy, sino incorporar la mejora de la calidad dentro de los objetivos de la organización para que los esfuerzos sean duraderos y autosostenidos. La mejora de la calidad identifica dónde existen brechas entre los servicios realmente proporcionados y las expectativas de servicios. Luego reduce estas brechas no solo para cumplir con las necesidades y expectativas de los

Recuadro 2. El enfoque del esfuerzo colaborativo de mejoramiento

Un esfuerzo colaborativo de mejoramiento es un sistema de aprendizaje compartido que reúne a un gran número de equipos para que colaboren en lograr mejoras considerables rápidamente en los procesos, la calidad y eficiencia de un área de atención específica, con la intención de difundir estos logros a otros sitios.

Los esfuerzos colaborativos de mejoramiento procuran adaptar y difundir el conocimiento existente a múltiples sitios. Este conocimiento existente puede constar de prácticas clínicas basadas en pruebas científicas, prácticas comprobadas que se consideran ampliamente “buenas” o aun “mejores”, u otros cambios en la manera en que se hacen las cosas que han mostrado que dan lugar a una mejor atención de salud. Tal conocimiento es el “paquete de cambios” del esfuerzo colaborativo: los cambios en los procesos y en la organización de la atención que el esfuerzo colaborativo busca introducir, refinar y propagar.

URC empezó a trabajar con el enfoque del esfuerzo colaborativo de mejoramiento en dos regiones en la Federación de Rusia en 1998 para elaborar y luego ampliar a mayor escala los modelos mejorados de atención para el manejo de la hipertensión y el síndrome de dificultad respiratoria neonatal. En 2003, mediante el Proyecto de Garantía de Calidad, URC empezó a adaptar el método en entornos con recursos limitados donde predominan los sistemas de salud financiados por el gobierno y a aplicarlo en otras áreas clínicas, como atención esencial obstétrica y atención de la infección por el VIH/SIDA.

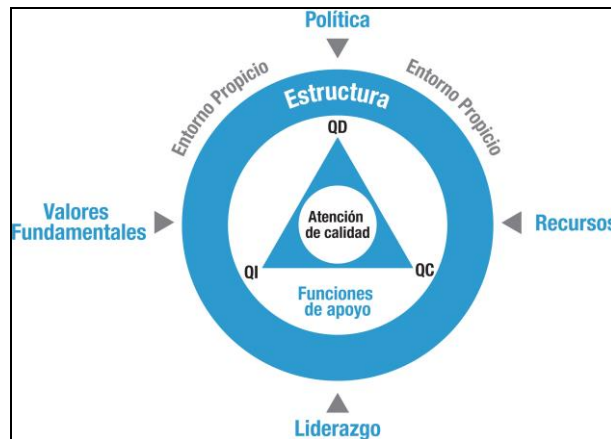
clientes, sino para excederlas con niveles de desempeño sin precedente.

Además, las organizaciones de prestación de servicios de salud deben ser suficientemente ágiles para crecer constantemente y transformarse a un ritmo para estar a la par del rápido crecimiento en nuevos elementos probatorios en medicina y las necesidades constantemente cambiantes de las comunidades. Para lograr esta evolución constante, los métodos de mejora de la calidad deben integrarse en la forma en que se hacen las cosas y se tejen en la “tela” de la organización. Este estado de sostenibilidad o integración ha sido descrito por URC como “institucionalización”, definido como:

“El proceso mediante el cual un conjunto de actividades, estructuras y valores se convierte en una parte integral y sostenible de una organización. La institucionalización significa que la gente sabe qué tiene que pasar para prestar atención de calidad, tener las aptitudes para hacerlo y estar comprometidos con hacerlo en el transcurso del tiempo dentro de los recursos disponibles. Esta noción abarca un conjunto más amplio de dimensiones que la sostenibilidad financiera en sí” (Franco et al. 2002).

El concepto de un “Modelo de Institucionalización” (véase el gráfico 2) se describe más a fondo en el anexo 3. El modelo presentado en esa monografía sirve como punto de partida útil para analizar y planificar la institucionalización de la calidad, especialmente porque hay pocos modelos comparables para mejorar la calidad de los sistemas de prestación de asistencia sanitaria en los países en desarrollo. Por consiguiente, las ideas presentadas en la monografía se seleccionaron como la base para este estudio, investigando cada uno de los componentes principales del modelo.

Gráfico2. Modelo para la institucionalización de la calidad en organizaciones y sistemas de salud



El modelo busca tres elementos necesarios para lograr la atención de salud de calidad. El primer elemento es el entorno propicio para la calidad, que incluye:

- **Políticas** escritas que prestan apoyo, orientación y refuerzo para la calidad como una parte integral de la organización
- **Líderes** que trabajan directa y abiertamente para establecer las prioridades de calidad, modelan los valores fundamentales, abogan por una política favorable y asignan recursos para la calidad.
- **Valores fundamentales** que recalcan la atención de calidad y al cliente como objetivo.
- Asignación de suficientes **recursos** (humanos y materiales) para el trabajo de mejoramiento.

El segundo elemento en el modelo es la **estructura** para la calidad dentro de la organización, incluyendo un delineado claro de las funciones, las responsabilidades y la rendición de cuentas. Si bien no existe una estructura singular “correcta”, la misma debe incluir una coordinación clara, supervisión, apoyo y conocimientos técnicos especializados.

Por último, **funciones de apoyo** con procesos formales y continuos para promover y mantener la capacidad del personal para mejorar la calidad, incluidos:

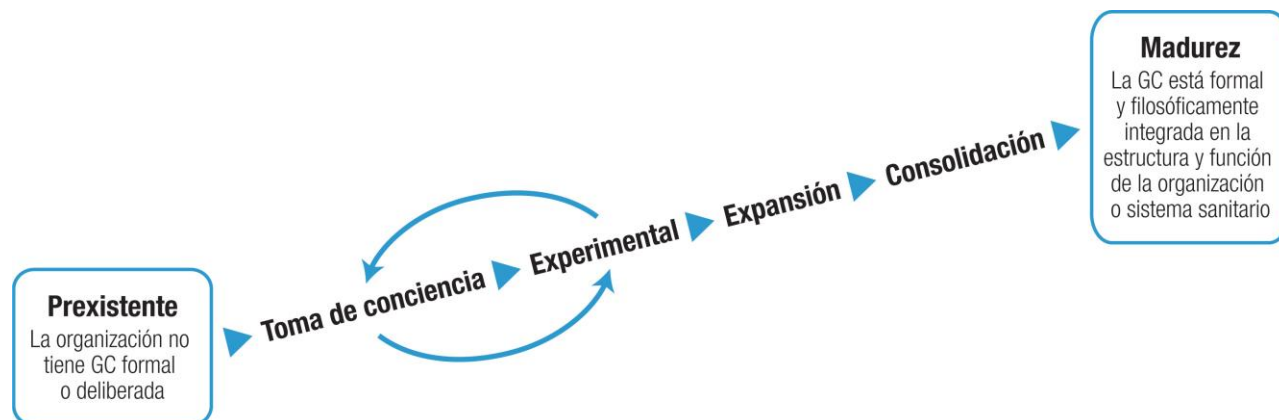
- **Aumento de la capacidad:** Todo el personal posee el conocimiento y las aptitudes necesarias para mejorar la calidad. El plan de aumento de la capacidad organizacional presta apoyo continuo para desarrollar y reforzar nuevas habilidades del MC.
- **Comunicación:** Existen procesos para difundir información acerca del trabajo de MC a los interesados directos para determinar la política, abogar por recursos, promover los servicios de atención de salud y difundir el aprendizaje.
- **Reconocimiento al trabajo de calidad:** Las personas y los equipos son reconocidos o incentivados por sus esfuerzos de calidad y resultados.

En el núcleo del modelo hay un triángulo para la atención de calidad, rodeado por la variedad de aptitudes y métodos que deberán desplegarse para mejorar los resultados: el diseño de calidad, medición, y métodos/instrumentos específicos de mejora de la calidad.

La institucionalización de la calidad ocurre con el transcurso del tiempo y, más importante aún, a través de la experiencia. La monografía “*Sustaining Quality Healthcare: The Institutionalization of Quality Assurance*” (“*Manteniendo la Atención de Salud de Calidad: La Institucionalización de la Garantía de Calidad*”) también describe las fases características que una organización o sistema sanitario puede experimentar durante el proceso de institucionalización, mostradas en el gráfico 3. Estas fases brindan una manera útil para que

una organización se autoevalúe respecto a la evolución de la calidad y concrete las estrategias que institucionalicen aun más la calidad. Es importante mencionar que los ocho elementos del modelo de institucionalización descrito anteriormente no pueden avanzar a lo largo de las fases enumeradas en el gráfico 3 al mismo ritmo; por ejemplo, el liderazgo puede ser muy fuerte en la fase “experimental”

Gráfico 3. Fases de la institucionalización de calidad



mientras que las funciones de apoyo formales (aumento de la capacidad, información y comunicación e incentivos y reconocimiento de la calidad) pueden ser más fuertes en las fases prexistente o de concientización. A veces, la evolución puede no ser lineal; por ejemplo, un nuevo líder que no esté tan comprometido o versado sobre la calidad podría conducir a la regresión en muchos elementos, como los recursos asignados o los valores fundamentales expresados por los empleados.

Tal como se muestra en el gráfico 3, la institucionalización de la calidad ocurre con el transcurso del tiempo en las fases. Para simplificar el análisis, estas fases se concentraron en tres fases y se usaron para calcular la fase actual de la institucionalización de la calidad dentro del MSPAS.

Fase experimental o de preparación: Esta fase representa las etapas iniciales con el aprendizaje sobre la calidad y la implementación de proyectos piloto. En esta fase inicial, muchos elementos del modelo de institucionalización no estarían funcionando (por ejemplo, políticas explícitas acerca de la calidad, los valores fundamentales, recursos específicos para la calidad, unidades o estructuras claras para supervisar/coordinar la calidad, planes para la formación de capacidad, o mecanismos para compartir resultados o reconocer los resultados de MC). Este es un período cuando se experimenta y se desarrolla la voluntad para el mejoramiento.

Fase de expansión o de acción: Esta es una fase intermedia en donde ya se ha realizado una amplia experimentación y se han llevado a cabo los pilotos; se han desarrollado los “campeones de la calidad”, y se aboga por la expansión de los esfuerzos de calidad. Durante esta fase, la calidad se vuelve más formal mediante la formulación de políticas explícitas, la declaración de los valores fundamentales, la asignación de recursos, la definición de unidades formales, los planes para formación de capacidad y los mecanismos para compartir y reconocer los resultados. Durante este período, el compromiso con y el liderazgo de los esfuerzos de la calidad crecen sustancialmente; algunos elementos o componentes específicos pueden crecer a diferentes ritmos (por ejemplo, la formación de capacidad en mejoramiento puede ser muy fuerte, mientras que las unidades y estructuras definidas de la calidad pueden estar aún en desarrollo).

Fase de consolidación o de mantenimiento: Esta fase representa la apropiación y sentido de propiedad del mejoramiento, de tal manera que los sistemas para apoyar, supervisar y coordinar la calidad son claros y sostenibles. Los ejemplos de cómo esta fase final se puede caracterizar incluyen: Las

políticas de MC se declaran como metas y planes específicos para el mejoramiento; las actividades de MC están incluidas en las descripciones de puesto del personal y en las tareas cotidianas del personal; los recursos de MC se incorporan sistemáticamente en los presupuestos; hay un equipo de expertos de MC y un programa de educación continua; se usan los datos para tomar decisiones para el mejoramiento continuo; y el trabajo de mejoramiento se reconoce y se tiene en cuenta para promover y desarrollar los recursos humanos.

Si bien el modelo de institucionalización no se aplicó sistemáticamente para planificar y ejecutar el trabajo que URC llevó a cabo conjuntamente con el MSPAS, éste brinda un punto de partida útil para evaluar retrospectivamente el grado de institucionalización de la calidad dentro de los niveles administrativos y de servicio del MSPAS después de los 13 últimos años de colaborar para mejorar el sistema de prestación de asistencia sanitaria de Guatemala.

B. Investigación de antecedentes

Se ha realizado poca investigación para caracterizar o describir la institucionalización de la calidad en sistemas de salud en entornos con recursos limitados. Dado que gran parte de la investigación hasta la fecha ha sido realizada por URC, los autores examinaron otros estudios de institucionalización realizados por URC para elaborar el diseño, los instrumentos y el aprendizaje para asegurar que las enseñanzas clave de estos estudios así como un estudio en los Estados Unidos se incorporaran en el estudio de Guatemala. El anexo 4 brinda un resumen de los resultados de estos estudios.

II. Metodología para el estudio de la institucionalización de la calidad en el sistema sanitario de Guatemala

A. Objetivos del estudio

El objetivo de este estudio era evaluar la profundidad general de la institucionalización del MC en todos los niveles del MSPAS guatemalteco, incluidos los niveles centrales, de área y distritales (que abarcan los establecimientos de salud). El estudio puso el énfasis en todos los servicios del MSPAS pero en particular en los servicios de atención materna y neonatal, ya que en estos se ha puesto un énfasis especial del trabajo de mejoramiento de la calidad de la atención sanitaria en Guatemala.

Los objetivos específicos de este estudio incluyen:

- 1) Describir y analizar el grado de institucionalización del mejoramiento de la calidad en su totalidad en todos los niveles del MSPAS, para la Promoción de la Atención Esencial Obstétrica y Neonatal (ProCONE) el Esfuerzo Colaborativo de Mejoramiento y para la certificación ISO de los procesos financieros.
- 2) Identificar cuáles de los ocho elementos esenciales en el modelo de institucionalización—política, liderazgo, valores fundamentales, recursos, estructura, aumento de la capacidad, información y comunicación y reconocimiento de la calidad—necesitan aun más apoyo para mantener y profundizar las mejoras.
- 3) Identificar las barreras a y los factores facilitantes para profundizar aun más la institucionalización de la calidad dentro de los diversos niveles del MSPAS.
- 4) Formular recomendaciones para impulsar la institucionalización del MC en el MSPAS en Guatemala.

B. Diseño del estudio, métodos de recopilación de datos y muestreo

Este estudio fue transversal, proporcionando una “instantánea” de la institucionalización del mejoramiento de la calidad en Guatemala en 2011. El estudio utilizó una combinación de datos cuantitativos y cualitativos. Se utilizó una muestra intencionada no aleatoria para este estudio; las

unidades seleccionadas para participar en el estudio fueron aquellas que tenían experiencia en ISO o en esfuerzos colaborativos. Dentro de estas unidades, se entrevistaron a los miembros del equipo de MC con mayores probabilidades de tener conocimiento y opiniones con respecto a la institucionalización para los componentes cualitativos del estudio. Sin embargo, cuando se realizó el estudio los cuestionarios autoadministrados se aplicaron a todo el personal presente en los establecimientos seleccionados. La recopilación de datos en los diversos niveles del MSPAS incluía una variedad de métodos, como entrevistas exhaustivas, discusiones de grupos focales con los interesados directos clave e informantes y cuestionarios de preguntas cerradas autoadministrados. También se examinaron los documentos clave (por ejemplo, políticas, manuales, normas, recursos) para suministrar información y comprobación adicional acerca de la fase de la institucionalización. Los instrumentos específicos de recopilación de datos incluyeron:

- Guía para las entrevistas flexibles con una combinación de preguntas estructuradas y de respuesta abierta.
- Tres cuestionarios autoadministrados con preguntas cerradas y escalas tipo Likert (1 a 5 puntos) sobre los elementos clave del modelo de institucionalización y las fases de la institucionalización. Este cuestionario se adaptó para los miembros del personal en los diversos niveles del MSPAS.
- Un cuestionario de preguntas cerradas autoadministrado sobre las fases de la institucionalización para los empleados directamente involucrados en trabajo de MC (esfuerzo colaborativo o certificación ISO).
- Registro para anotar las observaciones de la documentación (por ejemplo, políticas de MC, manuales de capacitación, informes, etc.).

La muestra del estudio y los métodos de recopilación de datos se resumen en el Cuadro 1. Se seleccionó al Área de Salud de San Marcos ya que es la única Área de Salud que ha participado tanto en la estrategia ProCONE y en la certificación ISO desde el inicio. Dentro del Área de Salud de San Marcos, se seleccionaron seis distritos: San Pedro Sacatepéquez, Tejutla, Concepción Tutuapa, San Lorenzo, Tacaná, y Tajumulco. Todos ellos han aplicado la estrategia ProCONE con la metodología colaborativa, y los tres primeros (San Pedro Sacatepéquez, Tejutla y Concepción Tutuapa) también aplicaron las normas de certificación ISO. El Centro de salud de San Pedro Sacatepéquez fue certificado en 2010 y los Centros de Salud de Tejutla y Concepción Tutuapa fueron recomendados para la certificación en 2011.

El MSPAS aprobó este estudio como parte de las actividades corrientes de MC realizadas. Se obtuvo el consentimiento fundamentado verbal de todo el personal de salud que participó en las entrevistas, los grupos de discusión y los cuestionarios.

Cuadro 1. Muestreo y método de recopilación de datos por niveles dentro del MSPAS

Nivel del MSPAS	Muestra	Método de recopilación de datos
Central	- 12 personas ¹ de unidades del Sistema de Gestión de Calidad (SGC)	8 entrevistas con preguntas abiertas y estructuradas 1 grupo focal de discusión (GFD), incluidas 4 personas de nivel superior del SGC
	- 42 personas que trabajaban en el SGC	Cuestionarios estructurados
Área de Salud (San Marcos)	- 3 miembros del equipo MD del área	Entrevistas con preguntas abiertas y estructuradas
	- 31 trabajadores del Área de Salud	Cuestionarios estructurados
Distritos en el Área de Salud de San Marcos: San Pedro, Tejutla, Concepción Tutuapa, San Lorenzo, Tacaná y Tajumulco	- 16 miembros distritales de los equipos de MC de distrito/centro de salud	6 entrevistas semiestructuradas 1 grupo focal de discusión en el Centro de Salud de Tejutla (10 personas) (No se realizó ningún GFD en el resto de los centros de salud porque el estudio se llevó a cabo como parte del proceso de monitoreo regular y varios miembros del personal estaban de vacaciones)
	- 117 miembros del personal de los establecimientos de salud	Cuestionarios estructurados

III. RESULTADOS

En esta sección se presentan los resultados de acuerdo a los primeros tres objetivos del estudio. Los resultados se extraen de tres fuentes primarias de datos: 1) cuestionarios autoadministrados acerca de los ocho elementos de institucionalización para los tres niveles dentro del MSPAS; 2) entrevistas flexibles con interesados directos clave; y 3) datos cualitativos de grupos de discusión en los niveles central y distrital (no se realizó ningún grupo de discusión al nivel de área).

A. Describir y analizar el grado de institucionalización del mejoramiento de la calidad

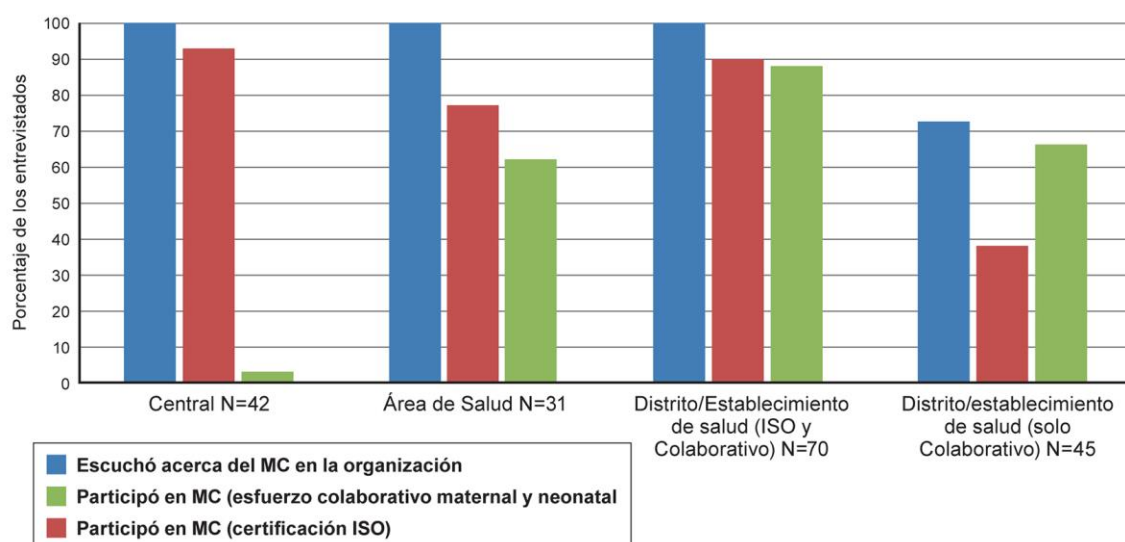
La fase de institucionalización de la calidad en el MSPAS se analizó desde dos ángulos: conocimiento y práctica. El primer ángulo incluía conocer si los entrevistados estaban familiarizados con el concepto de la calidad y tenían un conocimiento básico de cómo cabía dentro de su función. El segundo ángulo analizó la participación en las actividades de mejora de la calidad, especialmente con respecto a cómo URC apoyó al MSPAS con esfuerzos colaborativos e ISO. El desarrollo de esta experiencia práctica con la calidad es un precursor a la institucionalización.

El gráfico 4 muestra las respuestas de los entrevistados en los tres niveles del MSPAS a la pregunta inicial acerca de su participación en las actividades de MC. Es interesante señalar que mientras el 100% de los

¹ Incluyendo a los representantes del Programa Nacional de Salud Reproductiva y el Programa de Vacunación.

entrevistados en los tres los niveles habían oído acerca de las actividades de calidad en su organización, el porcentaje que había participado varió ampliamente por nivel y por tipo de esfuerzo de MC (colaborativo vs. ISO). La participación de los miembros del personal (en todos los niveles) fue mayor para ISO con 93% en el nivel central, 77% en las áreas de salud, y 90% en los distritos participantes; 34% del personal de salud que participaba en el modelo colaborativo también dijo haber participado en ISO. El enfoque colaborativo mostró un enfoque fuerte de la calidad “de abajo arriba” con solo el 3% del personal del nivel central participando activamente, pero el 62% en las áreas de salud y el 66% en los distritos. La mayor participación en todos los niveles fue el despliegue de las estrategias de ISO y de las estrategias colaborativas juntas.

Gráfico 4. Participación de los entrevistados en actividades de MC



El cuadro 2 resume el grado de acuerdo entre los entrevistados en ciertas preguntas básicas acerca de la institucionalización de la calidad. Estas preguntas no indagaban acerca de aspectos específicos del modelo de institucionalización sino que intentaban evaluar el nivel general de opinión acerca del grado de la sostenibilidad del MC. Las respuestas a las preguntas acerca del MC—donde el grado más alto de acuerdo fue 5 y el más bajo 1—se promediaron para cada nivel del MSPAS. En general, hubo puntuaciones altas de acuerdo a todos los principales elementos estudiados en los tres niveles—central, área y distrito/establecimiento de salud. Las preguntas con las puntuaciones más altas y el nivel más alto de acuerdo en todos los niveles del MSPAS se detallan primero en el Cuadro 2. Hay varias áreas que muestran desacuerdo y que se analizarán a continuación por los diferentes niveles del MSPAS.

1. Nivel central

El personal de nivel central respondió con un nivel alto de acuerdo a las declaraciones en el Cuadro 2. Las frases que tuvieron el nivel de acuerdo más bajo fueron: “los esfuerzos de MC son valorados por el nivel central” y “los esfuerzos de MC se mantendrán después de la terminación del proyecto”. Si bien estas frases fueron las que tuvieron la puntuación más baja en el nivel central en comparación con los otros niveles, hay un contraste brusco con las respuestas de las áreas de salud y de los niveles de distrito/establecimiento de salud que son mucho más bajas; esto ilustra la incertidumbre en los niveles inferiores de que el nivel central valora los esfuerzos de mejoramiento de la calidad y que esos esfuerzos se mantendrán. Además, estos resultados son un reflejo de la realidad política actual que sin duda incluirá el cambio en procesos y estructuras clave como resultado de los cambios en el gobierno y las autoridades del MSPAS del nivel central.

No obstante, los datos cualitativos del grupo focal con el equipo directivo superior² del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) del nivel central indicaron un alto sentido de valor por los esfuerzos de MC. Un participante del grupo focal observó: "Nosotros no limitamos el trabajo a la gestión administrativa y financiera, sino que también abarcamos la prestación de servicios de atención materna y neonatal así como los servicios de ITS/VIH".

Cuadro 2. Clasificación promedio de otros elementos de calidad por el personal del nivel central del MSPAS, Área de Salud de San Marcos y centros de salud seleccionados de San Marcos (5 = totalmente de acuerdo y 1 = totalmente en desacuerdo)

Declaraciones acerca de MC	Nivel central, n=42 Clasificación promedio	Área de Salud, n=31 Clasificación promedio	Distrito/Establecimiento de Salud (ISO y ProCONE), n=70 Clasificación promedio	Distrito/Establecimiento de Salud (solo ProCONE), n=26 Clasificación promedio
El cliente es un elemento central	4,9	4,6	4,9	4,8
Las actividades de mejoramiento de la calidad forman parte del trabajo de todos	4,8	4,7	4,9	4,6
Hay interés en las actividades de mejoramiento de la calidad	4,6	4,7	4,9	4,6
El mejoramiento de la calidad es una cuestión/ tema importante	4,7	4,6	4,9	4,4
Existe un compromiso con las actividades de mejoramiento de la calidad	4,7	4,5	4,9	4,2
Existe una visión de sistemas y procesos	4,6	4,3	4,8	3,8
Los esfuerzos de mejoramiento de la calidad son valorados por el nivel central	4,4	3,0	3,7	3,0
Se mantendrán los esfuerzos de mejoramiento de la calidad cuando el proyecto concluya	4,2	3,8	4,7	4,2

Incluidos los representantes del Programa de Salud Reproductiva Nacional y del Programa de Vacunación.

² Este grupo de discusión incluyó a los Viceministros Administrativos y Técnicos, al Gerente General Administrativo y Financiero y al Asesor del Vice Ministerio Administrativo. Los miembros del equipo directivo superior del SGC son las personas que están más familiarizados con el mejoramiento de la calidad en el MSPAS, incluyendo los procesos financieros y administrativos así como con los procesos de atención materna, neonatal e infecciones de transmisión sexual/VIH.

Fuente: Cuestionario autoadministrado.

Este grupo de discusión del nivel central también destacó un grado alto de sentido de propiedad y empoderamiento dentro de su equipo. Se refirieron a la gestión de calidad como “nuestra innovación” y “la unidad que creamos”. Cuando se solicitaba ejemplos específicos de resultados y logros como resultado del uso de los métodos de mejoramiento, los interesados directos del SGC destacaron los siguientes ejemplos (ver también el Anexo 4 para más detalles):

- Redujo tiempos de respuesta en los procesos financieros
- Mejoró la satisfacción de los usuarios de los servicios, tanto de las unidades del Departamento Administrativo y de Finanzas o DAF, así como de los servicios de atención de salud
- Documentó la atención de calidad con dos servicios certificados por ISO de ITS/VIH en la capital y seis servicios de atención materna y neonatal en diferentes áreas de salud a lo largo del país
- La recertificación del Centro de Atención de Salud de San Pedro Sacatepequez en San Marcos y la función de la participación de la sociedad civil en lograr este mejoramiento
- Capacitó a miembros del personal, calculando haber alcanzado a 70 individuos en los servicios administrativos financieros y a cerca de 200 miembros del personal en atención materna y neonatal y de ITS/VIH.

Los participantes en el grupo de discusión indicaron que los métodos de mejoramiento se han introducido y usado con el transcurso del tiempo para mejorar una variedad de servicios de salud en Guatemala. Uno de los miembros del grupo de discusión compartió que si bien la metodología se inició en principio para mejorar la atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia, las lecciones con el transcurso de los años son aplicables a cualquier cuestión de salud pública. Con respecto al SGC, compartió: *“Me ha dado un punto de vista diferente de lo que se puede hacer en salud pública”*.

En cuanto al desarrollo adicional del mejoramiento en el sistema sanitario guatemalteco, la dirección superior del SGC recalcó lo siguiente: *“No solo hacerlo y saberlo [equipo directivo superior] sino también divulgarlo y hacer que el público sepa del compromiso del Ministerio de Salud con el Sistema de Gestión de Calidad”*. Uno de los miembros también abogó por la expansión del alcance del sistema, de la Unidad Financiera al Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos y Capacitación del nivel central.

2. Nivel de Áreas de Salud

Los datos recopilados de los miembros del personal al nivel de Área de Salud (Dirección de Área de Salud–DAS) mostraron un alto grado de interés en la calidad. El personal del Área de Salud mencionó que las actividades de mejoramiento de la calidad forman parte del trabajo de todos y recalcaron la importancia del cliente como un elemento central en las actividades de calidad. El personal del Área de Salud también clasificó más alto la importancia del mejoramiento de la calidad para los equipos técnicos.

Dos elementos recibieron clasificaciones intermedias: el compromiso con las actividades de mejoramiento de la calidad y una visión de los sistemas como procesos en el desarrollo de actividades de MC. Este interés y compromiso, sin embargo, fue acompañado de una incertidumbre acerca del valor que el nivel central del MSPAS daba a las actividades de MC y al nivel de sostenibilidad de MC una vez concluyera el apoyo de URC. Lamentablemente, los datos cualitativos recopilados a este nivel no arrojaron mucha luz sobre este resultado.

3. Nivel Distrital

El personal distrital respondió con mayor certidumbre que los esfuerzos de mejoramiento se sostendrían/continuarían después que concluyera el apoyo de URC (ver el Cuadro 2). Se hicieron

declaraciones fuertes de acuerdo con esta perspectiva especialmente de parte de los distritos y los establecimientos que participaron tanto en ISO como en los esfuerzos colaborativos. Nuevamente, la clasificación más baja fue en relación al valor que el nivel central da a las actividades de calidad.

Los 23 líderes de los equipos de mejoramiento de la calidad clasificaron las prácticas del equipo utilizando una escala de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). El cuadro 3 presenta la clasificación promedio para cada declaración. Los miembros del equipo estuvieron consistentemente de acuerdo o fuertemente de acuerdo con la mayoría de las declaraciones, especialmente aquellas relativas al funcionamiento del equipo. Todas las variables, con la excepción de una, recibieron un alto nivel de acuerdo; la excepción fue “tengo los recursos y el equipo necesarios para llevar a cabo mis responsabilidades de MC”.

Cuadro 3. Clasificación promedio otorgada por los líderes de los equipos de mejoramiento de la calidad en declaraciones con respecto a prácticas de su equipo
(Escala: 1= totalmente en desacuerdo; 5 = totalmente de acuerdo; n=23)

Variables con calificación más alta	Variables con calificación más baja
• Pienso que lo que hago como miembro de un equipo de MC es muy importante (4,9) • Nuestro equipo de MC es respetado por todo el personal directivo en este nivel incluido el personal administrativo (4,7) • Dentro del equipo de MC, tengo oportunidades de avanzar en mi aprendizaje o en mi profesión (4,7) • Nuestro equipo de MC seguirá funcionando después de la terminación del proyecto (4,7)	• Tengo los recursos y equipo necesarios para llevar a cabo mis responsabilidades de MC (2,4) • Cuando un problema no está bajo el control del equipo de mejoramiento de la calidad, se traen personas externas para ayudar a resolver el problema (4,2) • Los miembros del equipo de MC son reconocidos cuando realizan un buen trabajo (4,1)

Estas puntuaciones altas del funcionamiento del equipo también se reflejó en los datos cualitativos de las entrevistas con miembros de los equipos que indican que la mejora de la calidad no es una actividad separada sino que está integrada en la manera en que se hacen las cosas:

- “Tenemos que mantener la norma del cliente. Ahora todo está mucho más organizado, más claro y lo hemos internalizado todo”. (Miembro del equipo de San Pedro)
- “No es más trabajo—ahora nosotros simplemente lo hacemos mejor y prestamos mejor atención”. (Miembros del equipo de Concepción Tutuapa)

Los datos cualitativos de los equipos de MC al nivel distrital y de establecimientos de salud identificaron una amplitud de las áreas que han sido enfocadas con métodos de mejoramiento, tales como: satisfacción del cliente, comunicación interna y procesos de atención materna (prenatal, parto, posnatal y remoción de desechos peligrosos).

Algunos ejemplos concretos proporcionados por los miembros de los equipos declararon que ellos:

- “Cambian el orden de servicios de tal manera que las embarazadas reciben los resultados de los análisis de laboratorio antes de la consulta con el clínico. Esto le permite al clínico abordar asuntos de salud específicos durante la consulta, tales como el tipo de sangre o el método de detección de infecciones urinarias y sífilis”. (Miembro del equipo de San Lorenzo)
- “[Comenzamos una nueva práctica para] permitir que la madre, hermana, esposo, o partera tradicional estén presente durante el parto”. (Miembros del equipo de Concepción Tutuapa)

Si bien los procesos de atención materna y neonatal fueron los más mencionados como ejemplos del trabajo de mejoramiento, los equipos también señalaron que el trabajo de mejoramiento se había ampliado más allá de este foco inicial: *“Nuestro alcance es en realidad para la atención materna y neonatal, pero ahora estamos aplicando [el mejoramiento de la calidad] a cada nivel; no solo estamos asistiendo a las madres y recién nacidos con calidad y calidez, sino también a todos los clientes, a los interesados directos y a las comunidades”*. (Miembro del equipo de Tejutla)

Las observaciones de las entrevistas al nivel distrital en gran parte se centraron en la inclusión de la calidad como un valor fundamental. Las siguientes declaraciones ilustran cómo los miembros del equipo de MC que prestan atención directa han internalizado la calidad:

- *“La gente es consciente de que se les evalúa parcialmente por su función en la producción [de servicios]; si usted trata mal a la gente, no volverán o no volverán a esta hora o este día de la semana. La toma de conciencia ha sido importante para esto, el no ver al paciente como a un enemigo sino más bien como la razón por la que estamos aquí”*. (Miembro del equipo de San Lorenzo)
- *“El mejoramiento continuo es un valor por sí mismo: la calidad y calidez, la ética, el honor, la honestidad, la seguridad y perseverancia [son valores] para mantener los servicios”*. (Miembro del equipo de San Pedro)

B. Identificar los elementos esenciales del modelo que precisan mayor apoyo para mantener y profundizar las mejoras

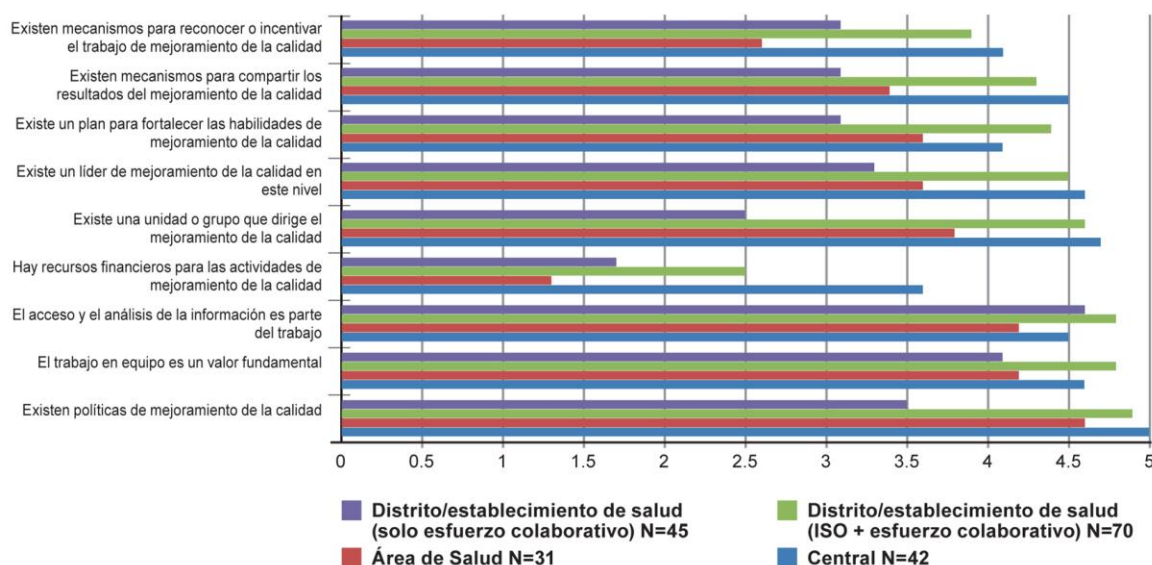
Entre los elementos clave para institucionalizar el mejoramiento de la calidad se encuentran las políticas, el liderazgo, los valores fundamentales, los recursos, la estructura, el aumento de la capacidad, la información y comunicación y el reconocimiento de esfuerzos de calidad. El segundo objetivo del estudio se centró en las opiniones del personal acerca de cada uno de estos elementos clave en los tres niveles del MSPAS. Además, también se hicieron preguntas acerca de las competencias del MC para determinar si el personal había adquirido el conocimiento y las aptitudes necesarios.

1. Elementos del modelo de institucionalización

Cuatro cuestionarios estructurados usaron escalas donde [1] significaba “totalmente en desacuerdo”, [5] significaba “totalmente de acuerdo” y [3] era el punto neutral donde la persona era indiferente acerca de la declaración. Las preguntas de la encuesta fueron elaboradas a la medida para los diferentes niveles del MSPAS. Las clasificaciones promedio de los funcionarios en los diferentes niveles asignadas a cada tema en la escala se presentan en el gráfico 5.

A los encuestados también se les preguntó acerca de sus percepciones acerca de la existencia de los elementos del modelo de institucionalización en Guatemala. En general, el nivel central del MSPAS respondió a todas menos a dos declaraciones (el trabajo en equipo es un valor fundamental y el acceso a/el análisis de la información son parte del trabajo) más positivamente que los otros niveles del MSPAS. En algunos casos, la brecha en la percepción fue muy grande. Por ejemplo, los encuestados en el nivel central respondieron con una puntuación promedio de 3,6 a la declaración “hay recursos financieros para actividades de MC”, en comparación con 1,3 de los encuestados al nivel de Área de Salud, 2,5 de los distritos participantes en ISO y el colaborativo ProCONE y 1,7 de los distritos que participan solo en el esfuerzo colaborativo. Esta discrepancia también se observó en cuanto a la existencia de una unidad/grupo que conduce el MC (clasificada 4,7 por los encuestados en el nivel central frente a 2,5 por los encuestados del nivel de distrito/establecimiento de salud que solo participan en un colaborativo).

Gráfico 5. Puntuación de acuerdo por declaración por nivel del MSPAS



Curiosamente, los niveles central y distrital que participan tanto en el esfuerzo colaborativo de mejoramiento e ISO respondieron más positivamente a ciertas declaraciones en comparación con el Área de Salud y los distritos que participan solo en el esfuerzo colaborativo: reconocimiento/incentivos para los esfuerzos de calidad, mecanismos para compartir resultados, plan para fortalecer las habilidades en MC y liderazgo de MC en sus niveles. Esto se puede deber a los lazos estrechos de asociación forjados entre los niveles central y de prestación de servicios de salud para mejorar los procesos para lograr la certificación. Si bien el nivel central del MSPAS respondió que existen mecanismos para reconocer el mejoramiento, los encuestados aclararon que este no es un punto fuerte del sistema de calidad del MSPAS.

La puntuación alrededor de la existencia de políticas de MC también resulta interesante. Las puntuaciones fueron altas para el nivel central (5), el nivel de Área de Salud (4,6), y el nivel de distrito/establecimiento de salud que participaban en ISO y esfuerzo colaborativo (4,9); los encuestados de distrito/establecimiento de salud que participaban solo en un esfuerzo colaborativo respondieron con una puntuación mucho menor de 3,5. Estos datos cuantitativos también se validaron con los resultados de las entrevistas exhaustivas durante las cuales el personal de los niveles central, de área y de distrito (ISO y esfuerzo colaborativo) informaron que existían políticas administrativas y sometieron documentación de apoyo. El equipo directivo superior en el nivel central del MSPAS aclaró que las políticas de calidad podrían encontrarse en las declaraciones de la visión y misión, los manuales y en el sitio Web del MSPAS. Esto contrastó con el personal de distrito/establecimiento de salud que había participado solo en el esfuerzo colaborativo, donde ningún funcionario entrevistado pudo proporcionar documentación de la política.

Hubo acuerdo general a través de todos los niveles de la importancia del trabajo en equipo como un valor fundamental. El equipo directivo superior del nivel central especificó que existía un valor para la calidad y que los valores fundamentales específicos incluían no solo el trabajo en equipo, sino también la solidaridad e intercambio de información.

En general, las clasificaciones en los distritos con certificación ISO y participación en esfuerzos colaborativos son elevadas, entre 4,3 y 4,9, con las dos excepciones mencionadas anteriormente

(reconocimiento de los esfuerzos de MC y recursos financieros para actividades de MC). Todos los elementos obtuvieron una clasificación inferior en los distritos solo con ProCONE: los recursos financieros obtuvieron las clasificaciones más bajas de 1,7, y la existencia de una unidad o grupo que dirige el MC con un 2,5. Tres de los elementos obtuvieron valores de 3,1, incluidos los mecanismos para reconocer o incentivar el trabajo de MC, mecanismos para compartir resultados, y la existencia de un plan para fortalecer las habilidades de MC. El resto de los elementos obtuvieron una clasificación entre 3,3 y 4,6.

Las entrevistas exhaustivas destacaron algunas apreciaciones adicionales de la institucionalización de la calidad, incluyendo:

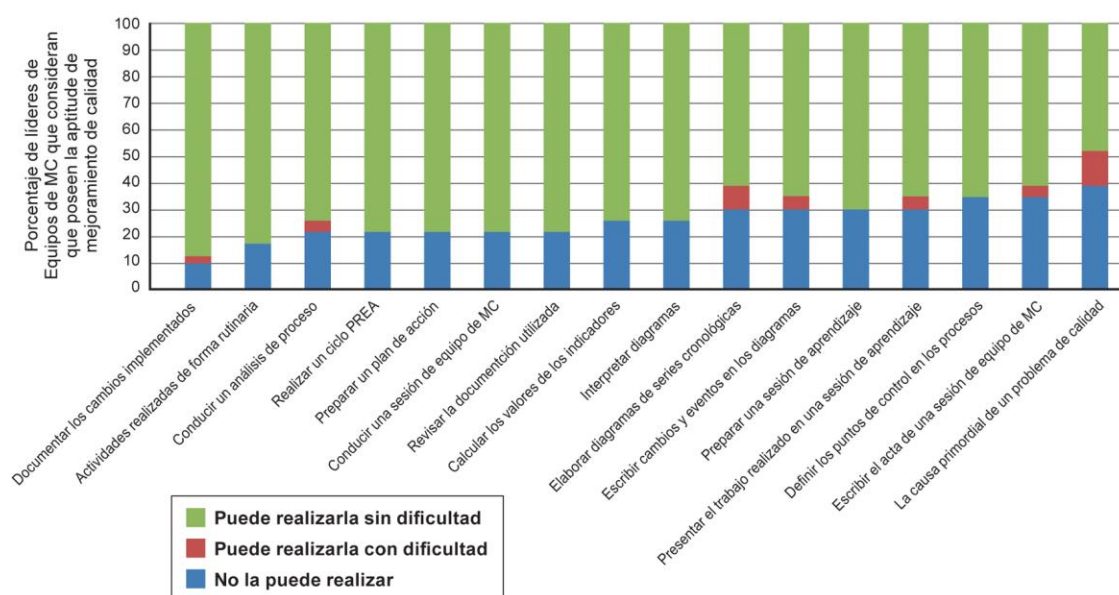
- Algunos elementos del modelo de institucionalización obtuvieron una clasificación baja, específicamente: liderazgo y estructura del MC en todos los niveles; valores fundamentales compatibles con MC; mecanismos para compartir resultados; formación de capacidad para el mejoramiento; y reconocimiento/incentivos para los esfuerzos de MC. La falta de recursos financieros para MC fue un tema consistente en las entrevistas exhaustivas y corresponde a los resultados tratados bajo el Objetivo I que halló que no había un presupuesto específico para la infraestructura o actividades de mejoramiento. Ninguno de los entrevistados pudo proporcionar alguna documentación específica de las actividades de MC presupuestadas, lo que demuestra aun más la debilidad de este elemento.
- Dos distritos que participaron tanto en el esfuerzo colaborativo y la certificación ISO pudieron suministrar datos probatorios que demostraran la existencia de elementos del modelo de institucionalización. El distrito de Tejutla mostró evidencia de la documentación existente de todos los elementos del modelo de institucionalización, a excepción de los recursos financieros. El personal de Concepcion Tutuapa aportó datos probatorios de políticas de MC existentes, liderazgo, una estructura de MC y mecanismos para obtener acceso y analizar la información y para compartir los resultados del MC. Este distrito no fue capaz de mostrar documentación respecto a los valores fundamentales explícitos que apoyan la calidad, planes para fortalecer las habilidades del personal, mecanismos para reconocer los esfuerzos de MC o el financiamiento específico para las actividades de MC.
- Los encuestados del nivel central también comentaron acerca de elementos específicos en el marco de la institucionalización, reiterando que las políticas de calidad están incluidas en las declaraciones de la misión y la visión, los manuales del MSPAS (disponibles en el sitio Web del Ministerio de Salud) y las normas de atención; que los indicadores se siguen regularmente para medir la calidad; que existe un gran interés en y compromiso con el mejoramiento continuo de la calidad; que los líderes (específicamente el Ministro de Salud y el Viceministro Administrativo) están comprometidos con la calidad; que los valores fundamentales para la calidad incluyen el trabajo en equipo, la solidaridad y el intercambio de información; y, finalmente, que la mejora de la calidad forma parte de “las actividades diarias de todos”. Dos áreas en proceso o no existentes incluyen los mecanismos para reconocer y promover el mejoramiento y una asignación presupuestaria específica para actividades de mejoramiento.

2. Aptitudes de mejoramiento de la calidad

Algunos líderes de equipos de mejoramiento de la calidad en cada nivel también contestaron un cuestionario autoadministrado sobre las aptitudes de mejoramiento de la calidad. La autoevaluación de aptitudes fue completada por 21 trabajadores sanitarios que formaban parte de equipos de MC: tres del nivel central, cuatro del nivel de Área de Salud y 14 del nivel distrital. A los encuestados se les solicitó que se evaluaran con base en una lista de competencias clave de mejoramiento de la calidad respecto a si podían o no llevar a cabo la tarea y en caso afirmativo, si podían completar la tarea sin dificultad. Los resultados se resumen en el gráfico 6 de todos los entrevistados independientemente del nivel dentro del MSPAS (central, distrito y área) ya que no se halló ninguna diferencia importante.

Casi todos los encuestados informaron que pudieron llevar a cabo las principales competencias de MC y en general sin dificultad. Las competencias que consideraron eran las más difíciles incluían conducir análisis de las causas de fondo de los problemas, el análisis de procesos, los gráficos de series cronológicas y la documentación (actas de sesiones del equipo de MC, gráficos anotadores, cambios implementados). La mayoría de los encuestados (70-80%) informaron tener la capacidad de realizar las aptitudes clave de mejoramiento de la calidad con facilidad, incluyendo: continuar los ciclos de Planear-Realizar-Estudiar-Actuar (PREA), preparar planes de acción de equipos, conducir una sesión de equipo de MC, calcular los valores de los indicadores, interpretar diagramas y gráficos y actualizar la documentación de MC. Es interesante observar que otro estudio que examinó la finalización correcta de la documentación concluyó que solo el 52% de los equipos de servicio ambulatorio de pacientes y el 48% de equipos en centros de parto documentaron los cambios implementados a través de métodos de MC (véase Hurtado et al. 2011).

Gráfico 6. Autoevaluación de Aptitudes de MC por Líderes de Equipos de MC (n=23)



3. Fase de institucionalización por nivel del MSPAS

El cuadro 4 muestra un perfil resumido de los diferentes elementos en el modelo de institucionalización para cada uno de las tres fases de la institucionalización por nivel del MSPAS. Este perfil se derivó del análisis y la interpretación de los datos, incluidas las entrevistas cualitativas y las puntuaciones de las encuestas. Utilizando los criterios para las tres fases de institucionalización presentados en el gráfico 6 anterior, dos de los autores examinaron los datos cualitativos y los utilizaron para evaluar la fase actual de institucionalización de los elementos básicos de calidad en cada nivel del MSPAS. Las células sombreadas en el Cuadro 4 indican en qué fase—experimental, expansión o consolidación—se ha calculado se encuentra cada elemento de MC.

Como se mencionó anteriormente, los distritos con las estrategias colaborativa y de ISO fueron clasificados con el nivel más alto de institucionalización de la calidad y resultaron estar principalmente en la fase de expansión. Esta observación contrasta con la situación en los distritos que participaron solo en el esfuerzo colaborativo, donde todos los elementos se clasificaron en la fase experimental.

El nivel del área de salud está ampliando la política, el liderazgo y los valores fundamentales, mientras continua experimentando con otros aspectos de mejoramiento. A excepción de la política, el nivel central del MSPAS parece estar en la fase experimental. El nivel central del MSPAS estuvo más activamente involucrado en la certificación ISO que en los esfuerzos colaborativos. Esto demuestra la fuerza de desplegar múltiples enfoques. El proceso de certificación ISO incluyó impulsar la voluntad y la motivación del personal, la elaboración de los enunciados de la visión y la misión, el desarrollo de la capacidad de mejoramiento, la definición clara de los procesos y las medidas, y la documentación completa de las actividades del personal. Ya que la certificación ISO tuvo lugar después que del esfuerzo colaborativo, la hipótesis aclaratoria es que esos esfuerzos aprovecharon y fortalecieron a la institucionalización del mejoramiento de la calidad que comenzara con el esfuerzo colaborativo.

Cuadro 4. Fase de institucionalización por nivel del MSPAS

Elementos básicos	Nivel central			Área de salud			Distrito con colaborativo e ISO			Diferenciado con colaborativo		
	Estadio de institucionalización											
	Experimental	Expansión	Consolidación	Experimental	Expansión	Consolidación	Experimental	Expansión	Consolidación	Experimental	Expansión	Consolidación
Política												
Liderazgo												
Valores												
Recursos												
Estructura												
Fortalecimiento institucional												
Información y comunicación												
Reconocimiento por mejora de la calidad												

C. Barreras y factores facilitantes para institucionalizar aun más la calidad dentro de los diversos niveles del MSPAS

En el Cuadro 5 se presenta un resumen de los factores que facilitan o impiden la institucionalización de la mejora de la calidad en los niveles central, de Área de Salud y distrital. Estos factores se resumieron de los datos cualitativos extraídos de las entrevistas exhaustivas. Los factores facilitantes enumerados demuestran el compromiso de los niveles del MSPAS y el personal correspondiente para mejorar la calidad de la atención. Aun con limitaciones de recursos, personal, y tiempo, los entrevistados recalcaron el fuerte compromiso para mejorar la atención (liderazgo así como trabajo en equipo y compromiso). Otros factores facilitantes nombrados indican que además de la voluntad, también se cuenta con aptitudes para lograr el mejoramiento (funciones de apoyo, monitoreo y capacidad técnica de implementación); mencionándose específicamente la fuerza de las comunicaciones a través del sitio Web del SGC. Los factores identificados como limitantes de la institucionalización (sistemas de información, recursos, personal designado, tiempo) indican que la infraestructura necesaria para continuar y seguir los esfuerzos sigue estando poco clara. Como se menciona en los resultados del

estudio presentados anteriormente, cada elemento del modelo de institucionalización está en una diferente etapa de desarrollo. Esta tensión entre voluntad/compromiso e infraestructura indicaría un cambio entre las fases “experimental” y de “expansión” a la fase de “consolidación” donde la infraestructura se define claramente.

Los factores facilitantes demuestran la voluntad y el compromiso con la calidad aun sin sistemas formales. Los entrevistados respondieron que el liderazgo, el trabajo en equipo y el compromiso son fuertes aun sin la asignación de recursos financieros, tiempo o miembros del personal para el trabajo de mejora. Además de estos factores comunes a través de los niveles del MSPAS, los entrevistados del nivel central agregaron unos cuantos más: toma de decisiones estratégicas, políticas, recursos humanos, credibilidad, capacitación y apoyo de la cooperación externa. Es interesante notar que los recursos humanos fuera indicado en el nivel central como un factor facilitante a la vez que no contar con personal insuficiente fuese mencionado como un factor limitante común en todos los niveles del MSPAS. Los entrevistados del MSPAS también agregaron que el Ministro de Salud y el Viceministro Administrativo han sido líderes fuertes que abogan por mejorar la calidad, lo que ha sido un factor facilitante fuerte.

Cuadro 5. Resumen de los factores que facilitan y limitan la institucionalización de la calidad

Factores que facilitan la institucionalización	Factores que limitan la institucionalización
Liderazgo (liderazgo especialmente del nivel superior) Funciones de apoyo (información y comunicación, aumento de la capacidad, reconocimiento por la calidad) Trabajo en equipo y compromiso del personal Medición continua de los indicadores clave Capacidad técnica para la implementación	Recursos financieros (crisis nacional) Sistemas de información débiles Personal limitado Falta de tiempo La capacitación se diseñó en sentido vertical (no en sentido horizontal a lo largo del MSPAS) Preparación insuficiente del grupo facilitante en el nivel central

A lo largo de este informe se ha señalado la falta de recursos financieros y los sistemas de información débiles como factores limitantes. Los otros factores limitantes señalados se refieren a los miembros del personal y al diseño/la preparación para la expansión de los esfuerzos de mejoramiento: personal y tiempo limitados, diseño vertical del programa de capacitación y la falta de preparación del nivel central. El personal y el tiempo limitados indican una tensión inherente que ocurre al experimentar con y ampliar los esfuerzos de calidad sin funciones y estructuras formales. Según los esfuerzos de mejoramiento van creciendo en profundidad y alcance, se necesitará dedicar personal y tiempo a los esfuerzos. El diseño vertical se refiere al modelo de capacitación en cascada que pasó del nivel central del MSPAS al nivel de Área de Salud, luego del nivel de Área de Salud a los distritos. En la experiencia ISO, el nivel central pasó directamente al nivel distrital (acompañado de personal del Área de Salud). Algunos entrevistados expresaron que quizá hubiese sido más eficaz diseñar la capacitación en sentido horizontal (por ejemplo, el nivel central se ampliaría y se capacitaría dentro del nivel central). La preparación insuficiente se refiere al grupo del nivel central de facilitación que participó, especialmente en el proceso de implementación de ISO. La primera fase fue conducida principalmente por consultores externos y no por el personal del MSPAS. Reflexionando, un problema con el modelo de certificación ISO fue el uso generalizado de consultores externos en la preparación inicial y desarrollo del programa; más participación de parte del MSPAS desde el inicio habría ayudado a establecer el sentido de propiedad y desarrollar las aptitudes desde el principio.

Esta discordancia entre el nivel central del MSPAS y el nivel de distrito/establecimiento de salud fue particularmente evidente en algunas otras preguntas hechas en las entrevistas exhaustivas. El tamaño pequeño de la muestra para estas entrevistas limita la capacidad de sacar alguna conclusión firme.

Teniendo esto en cuenta, es interesante considerar algunos de los resultados en el contexto de otros resultados tratados en este estudio. Los resultados de los cuestionarios autoadministrados indican que la mayoría de los encuestados en todos los niveles estuvieron totalmente de acuerdo en que el MSPAS está muy interesado en la calidad (88% en el nivel central, 100% en el nivel de área, 100% en los distritos/establecimientos de salud participantes en ISO y el colaborativo de mejoramiento y 66% en los distritos/establecimientos de salud participantes solo en el colaborativo). En los niveles central, de área y de establecimientos de salud, los miembros del personal informaron que recomendarían los métodos de mejoramiento a otro establecimiento de salud y también expresaron confianza de que los esfuerzos para mejorar la calidad continuarían después de la terminación del proyecto.

Otras preguntas hechas mostraron más discordancia entre los niveles. Mientras que los niveles central, de área y los tres distritos/establecimientos de salud que participaban en ISO y en esfuerzos colaborativos de mejoramiento tendieron a responder las preguntas más positivamente, dos de tres distritos/establecimientos de salud participantes solo en esfuerzos colaborativos fueron en general menos optimistas acerca del nivel de compromiso con o la conservación de los esfuerzos de mejoramiento de la calidad en el futuro. En estos últimos, de todas las preguntas hechas, solo un coordinador distrital de salud de tres las contestó positivamente (por ejemplo, capacitación suficiente en MC, normas de calidad establecidas, sostenibilidad del mejoramiento de la calidad después que finalice el proyecto, etc.). Estos resultados pueden ser en parte debidos al pequeño tamaño de la muestra; sin embargo, pueden indicar posible el beneficio de usar una variedad de estrategias para mejorar la calidad, en particular en la línea de acción donde los clientes reciben la atención.

En estas entrevistas, los entrevistados de los distritos de salud de Tejutla y de Concepción Tutuapa con ambos ISO y enfoques colaborativos mencionaron un alto interés y compromiso con el MC. Los entrevistados recalcaron especialmente lo siguiente como fundamental para su trabajo de mejoramiento: trabajo en equipo, un énfasis en los sistemas y los procesos y la visión del cliente como el objetivo central. Los entrevistados de estos distritos de salud también notificaron un alto nivel de integración de las normas en la prestación de servicios de salud. Los entrevistados de estos distritos describieron las actividades de MC como parte del trabajo diario e indicaron confianza de que las actividades de MC continuarán después de que termine el apoyo al proyecto. Los miembros del personal del distrito de Tejutla también mencionaron la fuerza de usar indicadores para medir la calidad de la prestación de servicios de salud.

IV. CONCLUSIONES

Este estudio iluminó el aprendizaje clave para cada uno de los objetivos del estudio:

Objetivo 1 del Estudio. Describir y analizar el grado general de institucionalización del mejoramiento de la calidad

- Los datos del nivel central del MSPAS demostraron un alto nivel de sentido de propiedad de la calidad, pero también la menor certidumbre acerca de la continuación del MC sin apoyo de URC.
- El nivel de Área de Salud considera que la calidad forma parte del trabajo de todos, pero expresó dudas acerca del compromiso con la calidad del nivel central a largo plazo.
- Los distritos y los establecimientos de salud incluidos tanto en la certificación ISO como en los esfuerzos colaborativos mostraron un compromiso más profundo con la calidad y las fases más avanzadas de institucionalización.
- Los distritos y los establecimientos de salud que participaron solo en esfuerzos colaborativos no mostraron tanto avance en la institucionalización de la calidad. A pesar de estas diferencias, los distritos y los establecimientos de salud en total demostraron que la participación en el mejoramiento de la calidad conduce al respeto entre compañeros así como oportunidades para la

promoción; sin embargo, algo contradictorio a estos resultados fue el resultado de que el reconocimiento por el trabajo de mejora de la calidad era débil al nivel distrital.

Objetivo 2 del Estudio. Analizar los elementos del modelo de institucionalización que precisan mayor apoyo para mantener y profundizar las mejoras

Los distritos que participaban tanto en la certificación ISO como en los esfuerzos colaborativos demostraron el grado más alto de institucionalización y están principalmente en una fase de expansión. Los niveles central, de Área de Salud y los distritos que solo participaban en esfuerzos colaborativos están en general en la fase experimental, pero con expansión en ciertos elementos.

- **Políticas:** Los entrevistados estuvieron totalmente de acuerdo que el mejoramiento de la calidad y las políticas de gestión de calidad existen en todos los niveles. Los distritos apoyados solo por el colaborativo ProCONE tienen la clasificación más baja respecto a la existencia de políticas de MC.
- **Liderazgo:** En los cuestionarios escritos, el liderazgo recibió una clasificación elevada por los participantes del nivel central y los distritos que implementaban la certificación ISO y ProCONE a la vez. El liderazgo de los esfuerzos de MC recibió clasificaciones inferiores de los participantes del nivel de Área de Salud y los distritos que implementaban solo el ProCONE.
- **Valores fundamentales:** Los datos cualitativos mostraron pruebas de valores de MC, incluidos el trabajo en equipo, la solidaridad, la compartición de información/el intercambio. En todos los niveles, el trabajo en equipo fue bien clasificado por todos los participantes en las entrevistas, los cuestionarios y los grupos focales.
- **Estructura:** Este elemento recibió clasificaciones promedio, especialmente de aquellos que contestaron el cuestionario en distritos solo con colaborativo. Los participantes en los grupos focales y las entrevistas exhaustivas calificaron este elemento con una clasificación más alta.
- **Aumento de la capacidad:** El estudio midió el aumento de la calidad como la existencia de planes para mejorar las aptitudes en MC del personal, y las clasificaciones fueron promedio. Los entrevistados que declararon tener planes para mejorar las aptitudes de MC no pudieron demostrar suficientemente la existencia de estos planes. Las clasificaciones de los entrevistados en la autoevaluación indicaron que se han desarrollado aptitudes de mejoramiento aptitudes de mejoramiento hasta la fecha, aunque todavía existe la necesidad de fortalecer continuamente las aptitudes de MC.
- **Información y comunicación:** Este elemento se midió a través de la existencia de mecanismos establecidos para compartir los resultados de las actividades de MC. Igual que el aumento de la capacidad, las clasificaciones son promedio sin suficientes datos probatorios documentados.
- **Reconocimiento de esfuerzos de MC:** Esta variable fue clasificada muy baja. En algunas entrevistas exhaustivas, sin embargo, los participantes pudieron mostrar evidencia de procesos para reconocer la calidad.
- **Recursos:** Todos los datos en todos los niveles muestran una clasificación baja respecto a los recursos financieros disponibles para MC.

Objetivo 3 del Estudio. Identificar las barreras y los factores facilitantes para institucionalizar aun más la calidad dentro del MSPAS

- Los factores comunes facilitantes mencionados en todos los niveles del MSPAS incluían: el liderazgo (especialmente el liderazgo del nivel superior), las funciones de apoyo (información y comunicación, aumento de la capacidad, reconocimiento de la calidad), trabajo en equipo y compromiso del personal, medición continua de indicadores clave y capacidad técnica de implementación.

- Las barreras comunes informadas a lo largo del MSPAS incluían: falta de recursos financieros, sistemas de información débiles y personal y tiempo dedicado limitados. También se mencionaron el diseño vertical del programa de capacitación y la preparación insuficiente de los funcionarios del nivel central del MSPAS.
- El compromiso notificado con el aumento y continuación de esfuerzos de calidad, a pesar de las barreras notificadas, era más fuerte entre los distritos y establecimientos de salud que participaron tanto en los esfuerzos colaborativos de mejoramiento como en la certificación ISO.

Objetivo 4 del Estudio. Ofrecer recomendaciones para institucionalizar aun más la calidad dentro del MSPAS

El análisis de los resultados del estudio dio lugar a varias recomendaciones concretas para el trabajo futuro para mejorar e institucionalizar la calidad dentro del sistema sanitario guatemalteco. Estos se describen en más detalle en la próxima sección e incluyen:

- Aumentar la difusión y la comunicación de temas de mejoramiento de la calidad
- Fortalecer la capacidad de los niveles del MSPAS (especialmente el nivel central) para administrar y supervisar el MC y coordinarse entre sí
- Ampliar la participación de miembros del personal y fortalecer las actividades de MC
- Fortalecer elementos particulares del modelo de institucionalización, especialmente los recursos financieros, el reconocimiento del trabajo de MC, el aumento de la capacidad y la información y comunicación
- Donde sea posible, explorar el uso de una variedad de enfoques para mejorar la calidad (como esfuerzos colaborativos de mejoramiento y certificación ISO)
- Seguir fortaleciendo las aptitudes de MC y los valores fundamentales que facilitarán el mejoramiento de la calidad
- Aplicar los métodos de MC para mejorar el contexto y el funcionamiento de establecimientos de salud, tales como la disponibilidad de suministros y la infraestructura mejorada

Estas conclusiones guiarán los esfuerzos futuros para mantener e institucionalizar el mejoramiento de la calidad en el sistema sanitario de Guatemala—con base en el impulso de los puntos fuertes identificados y proyectando específicamente las áreas que necesitan desarrollo adicional.

V. RECOMENDACIONES

A continuación se presentan las recomendaciones principales derivadas del estudio.

1) Aumentar la difusión de temas relativos al mejoramiento de la calidad

El estudio ha revelado que mientras haya más contacto con temas de mejoramiento de la calidad, mayor será la probabilidad de que se institucionalicen las actividades y, en consecuencia, se establezca una cultura duradera de mejoramiento de la calidad. Por consiguiente, es importante continuar el trabajo—la difusión de conceptos fundamentales de MC, metodologías e instrumentos prácticos, logrando productos y resultados y la planificación de acciones futuras que se pueden implementar en el área de calidad, haciendo hincapié en el mejoramiento continuo.

2) Fortalecer los diversos niveles haciendo hincapié en el nivel central

Está claro que el progreso en el proceso de institucionalización del mejoramiento de la calidad no es parejo a través de los diversos niveles del MSPAS, debido a la manera en la cual se implementaron los enfoques del esfuerzo colaborativ y la certificación ISO. Se observa más progreso en los distritos en los

cuales se implementaron ambos enfoques que en el nivel central del MSPAS. Por consiguiente, es importante habilitar al nivel central del MSPAS como líder de las iniciativas de MC futuras usando o bien el ISO o enfoques colaborativos de mejoramiento, aunque este último es más clínico y el nivel central no es un proveedor directo de servicios de salud a la comunidad. También es necesario, según lo sugirieron los representantes de Área de Salud y distritales, que el nivel central muestre a los otros niveles que valora el trabajo de mejoramiento de la calidad, a fin de mantener el compromiso con la institucionalización de las actividades de mejoramiento de la calidad en esos niveles.

Igualmente se recomienda que se fortalezca el nivel distrital con el enfoque ISO, además del esfuerzo colaborativo, ya que se demostró que la implementación conjunta de los dos enfoques produce mayor institucionalización que solo el enfoque colaborativo.

3) Fortalecer la coordinación entre los niveles central, de área, distrital y de establecimiento de salud

Los datos cuantitativos y cualitativos del estudio indicaron que cada uno de estos niveles del MSPAS valoraba la calidad y el mejoramiento de la atención al cliente. Existe desalineación, sin embargo, entre el nivel central del MSPAS y los otros niveles del MSPAS acerca de si el nivel central valora o no el mejoramiento de la calidad y si seguiría apoyándolo después que termine la asistencia de URC. Esto demuestra que si bien se ha avanzado enormemente para fortalecer la calidad en todos los niveles, el nivel central aún tiene que fijar la visión, la política, los recursos y las prioridades para la calidad. Se debería explorar adicionalmente cómo fortalecer la conexión entre el nivel central y el nivel de área de salud para mejorar la calidad.

4) Ampliar la participación del personal y fortalecer las actividades de MC

Para tener mayor efecto con enfoques de MC, la implementación debe apuntar hacia todo el personal en todos los niveles, no solo en aquellos directamente responsables del mejoramiento del proceso de calidad, como se hace en cada uno de los enfoques. El gerente financiero, por ejemplo, participó solo en el enfoque ISO, mientras los proveedores de servicios de salud participaron solo en el enfoque colaborativo. Esto puede explicar por qué la combinación de los enfoques ISO y esfuerzos colaborativos produjeron un nivel más alto de institucionalización que cada enfoque por sí mismo.

Otra manera de institucionalizar el proceso es ampliar la implementación de los enfoques a otras áreas técnicas, tanto administrativas como clínicas; en este caso, el énfasis en el área clínica ha estado en la atención de salud maternoinfantil y en el tratamiento de infecciones de transmisión sexual y VIH, mientras que administrativamente, el énfasis ha sido en el presupuesto y los procesos financieros.

Otro aspecto a destacar es la importancia de fortalecer las aptitudes técnicas de MC del personal, especialmente en las áreas donde se encontraron debilidades, como la capacidad para encontrar la causa primordial del problema, definir puntos de control en el proceso, escribir actas de una sesión del equipo de mejoramiento de la calidad, presentar a un equipo de MC el trabajo desarrollado en una sesión de aprendizaje y preparar gráficos de series cronológicas.

5) Fortalecer los elementos del modelo de institucionalización

Se recomienda que el MSPAS establezca mecanismos para la asignación permanente de recursos para el mejoramiento de la calidad; quizás la mejor estrategia para hacerlo es definir una partida presupuestaria para el mejoramiento de la calidad en todos los niveles. La segunda área a desarrollar es un mecanismo formal para el reconocimiento de los esfuerzos de mejoramiento de la calidad; hasta ahora, el MSPAS lo ha hecho de una manera no estructurada, como la celebración de un día de mejoramiento de la calidad, donde se firmaron y otorgaron diplomas por el Ministro de Salud a trabajadores involucrados en actividades de mejoramiento de la calidad en el nivel central. La tercera área sería el aumento de la capacidad continuo del personal del MSPAS, definido como un sistema permanente de desarrollo técnico y operacional en el mejoramiento de la calidad para el personal en todos los niveles, incluidos conceptos, metodologías, técnicas e instrumentos. El último, aunque no por ello menos importante,

elemento a fortalecer es el de información y comunicación, que desempeña una función clave en el establecimiento de una cultura institucional de la calidad.

Se puede lograr una mayor institucionalización dándole más importancia a esos elementos del modelo que actualmente están más elaborados, como las políticas escritas difundidas en todos los niveles, el establecimiento de estructuras de MC claras con personal capacitado que dirijan actividades de mejoramiento de la calidad y la definición de valores fundamentales, entre los cuales están la confianza y el respeto, el aprendizaje organizacional y personal, la gestión para la innovación, la responsabilidad pública, y el énfasis en los resultados.

6) Fortalecer las aptitudes y los valores clave para el mejoramiento de la calidad

Se recomienda que el MSPAS siga desarrollando las habilidades clave de MC, incluido el trabajo en equipo, el énfasis en sistemas y procesos y considerar al cliente como un elemento central del trabajo. Estos elementos se pueden considerar valores fundamentales de la calidad y han sido promovidos por URC como principios clave en el MC. Lo mismo se aplica al establecimiento de normas para la prestación de los servicios de salud, la inclusión de actividades de MC como parte de la rutina diaria del personal, y la inclusión de funciones de MC para todo el personal sanitario como parte de sus descripciones de puesto. La mayoría de estos elementos se consideran en el enfoque ISO.

7) Implementación conjunta de los enfoques colaborativos y del SGC

Una recomendación claramente derivada del estudio es que la mejor estrategia para la institucionalización del mejoramiento de la calidad es mediante la implementación conjunta tanto de los enfoques ISO como de los esfuerzos colaborativos. A esta altura vale la pena aclarar que el enfoque basado en las normas ISO se definió en el MSPAS como un Sistema de Gestión de Calidad. La recomendación es de mantener y extender el SGC, aunque quizás no exactamente el enfoque ISO. El Proyecto de Mejoramiento de la Atención de Salud de la USAID ha apoyado al MSPAS en el análisis de las opciones al enfoque ISO, incluido un sistema descrito por el Secretario de Salud de México, con más de 11 años de experiencia, el apoyo directo del Presidente del país y una ley para asignar recursos financieros significativos para el mejoramiento de la calidad. El Gobierno mexicano ha implementado un plan de incentivos financieros para la acreditación de servicios y ha fortalecido la capacidad de mejoramiento de la calidad de los recursos humanos, no solo en el sector de la salud, sino también en las instituciones educativas, para la formulación de normas y procedimientos para garantizar la calidad.

8) Otros elementos de importancia en el proceso de institucionalización

Como se ha demostrado en otros estudios realizados en Guatemala, para lograr una mayor institucionalización de las actividades de MC, es necesario mejorar la disponibilidad de los suministros requeridos por las comunidades así como mejorar la infraestructura local.

VI. REFERENCIAS

ENSMI (Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil). 2008/2009. Guatemala.

Franco, LM, Silimperi DR, Veldhuyzen van Zanten T, MacAulay C, Askov K, Bouchet B, Marquez L. 2002. Sustaining Quality of Healthcare: Institutionalization of Quality Assurance. *GC Monograph Series 2(1)*. Bethesda, MD: Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) por el Proyecto de Garantía de la Calidad. Disponible en: <http://www.hciproject.org/node/697>.

Hurtado E, Insua M, Franco LM. 2011. How Proven Improvements are Adopted by Other Facilities: A Study on the Spread of Best Practices for Maternal and Newborn Care in Guatemala. *Resumen del Informe de Investigación*. Publicado por el Proyecto de Mejoramiento de la Atención de Salud de la USAID. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC). Disponible en: <http://www.hciproject.org/node/2016>.

Hurtado E, Insua M, Franco LM. 2011. Como se replicaron los cambios de mejoramiento de la calidad: Estudio de la diseminación de las mejores prácticas en la atención materno neonatal en Guatemala. *Informe de Investigación*. Publicado por el Proyecto de Mejoramiento de la Atención de Salud de la USAID. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC). Disponible en: <http://www.hciproject.org/node/3520>.

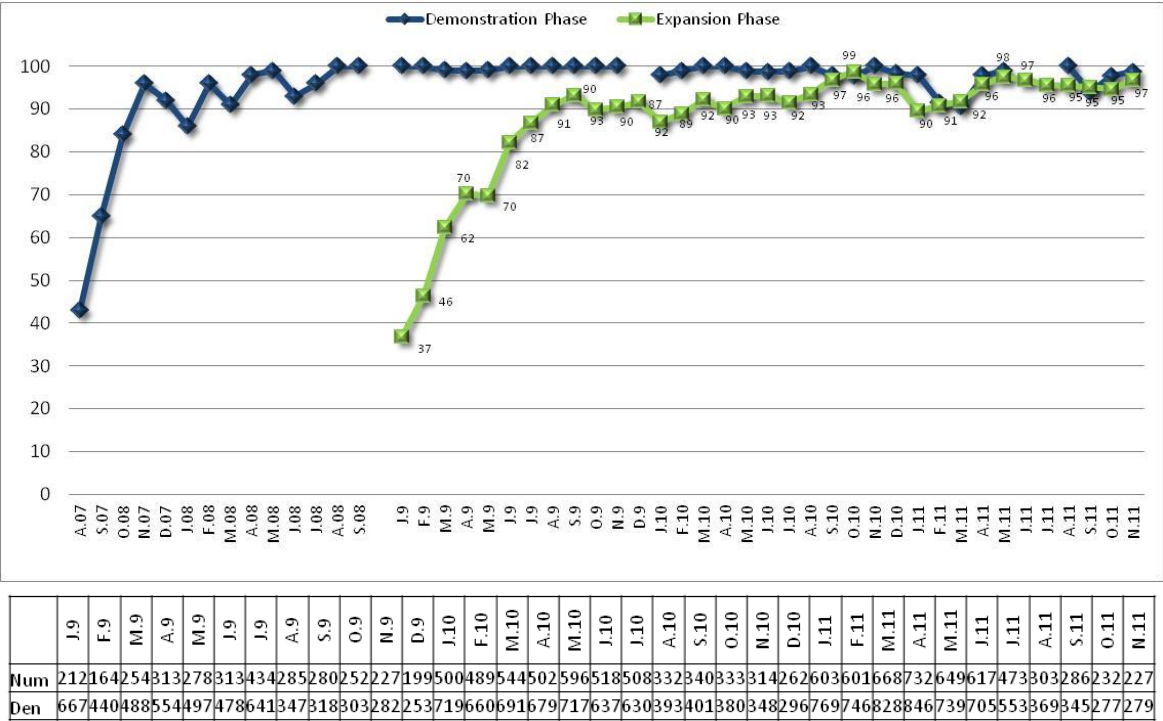
OMS/UNICEF. Resumen estadístico. http://www.unicef.org/infobycountry/guatemala_statistics.html. Fecha del último acceso: 30 de marzo de 2012.

ANEXOS

Anexo 1. Ejemplos de los resultados logrados por el MSPAS de Guatemala en atención materna y neonatal

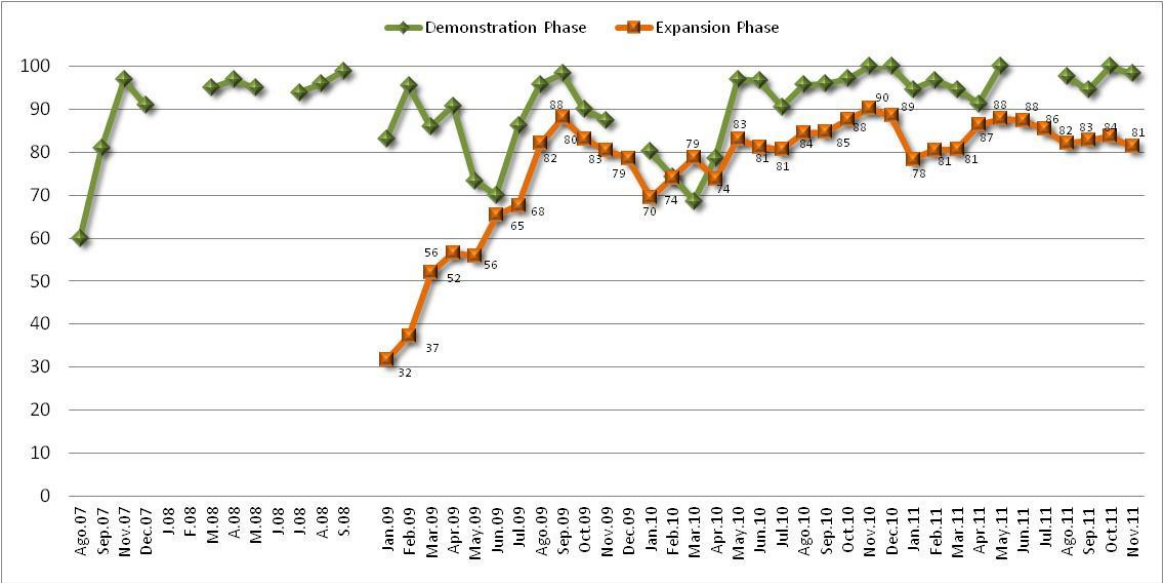
El Área de Salud de San Marcos, que comenzó la fase de demostración del mejoramiento de los servicios de salud materna y neonatal en 2007 y siete áreas de salud adicionales participantes en la fase de expansión desde 2009 han seguido mejorando su nivel de la calidad de los servicios de salud materna y neonatal y mantenido niveles por encima del 85% de cumplimiento de los requisitos de criterios en la gestión del tercer estadio de trabajo de parto, como se puede ver en el gráfico A-1. Para lograrlo, el personal local implementó varias intervenciones, incluida la capacitación en las normas nacionales, el uso adecuado y la concreción de los registros de expedientes clínicos y asegurando la disponibilidad de oxitocina.

Gráfico A-1. Cumplimiento de los tres elementos de gestión activa de la tercera etapa de trabajo de parto del Área de Salud de San Marcos y siete áreas de salud adicionales durante la fase de expansión
(67 establecimientos informaron sobre la atención obstétrica en 2009; 75 establecimientos informaron en 2010)



Una tendencia similar se puede observar en el Gráfico A-2 en atención neonatal corriente, donde la capacitación en las normas nacionales, haciendo hincapié en la lactancia materna, ha sido la intervención principal.

Gráfico A-2. Cumplimiento de todos los criterios en atención neonatal corriente en cinco hogares maternos del Área de Salud de San Marcos y 67 hogares maternos de siete áreas de salud adicionales durante la fase de expansión



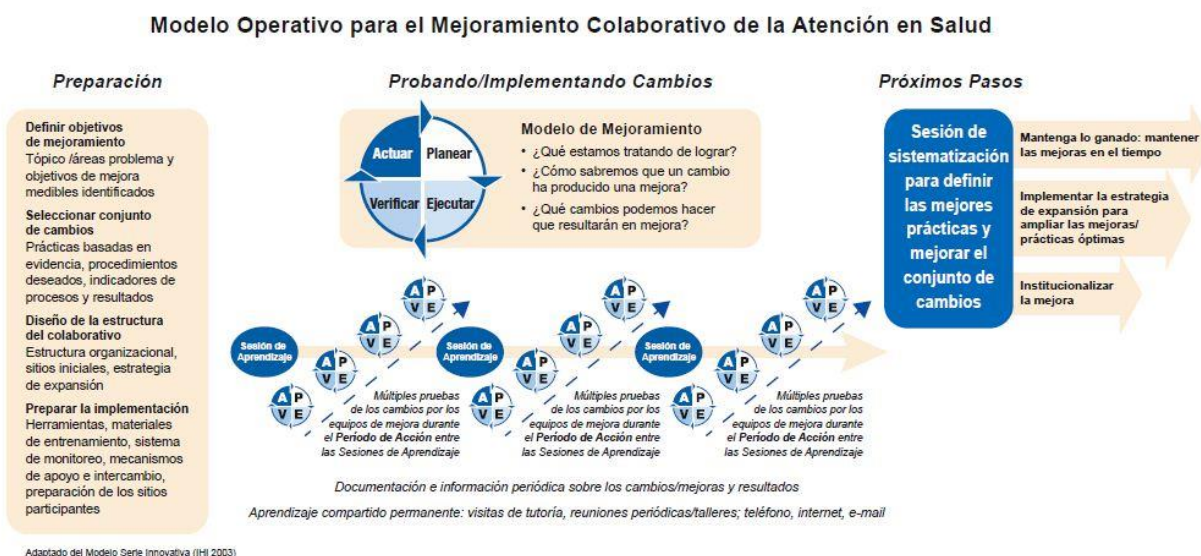
	J.9	F.9	M.9	A.9	M.9	J.9	J.9	A.9	S.9	O.9	N.9	D.9	J.10	F.10	M.10	A.10	M.10	J.10	J.10	A.10	S.10	O.10	N.10	D.10	J.11	F.11	M.11	A.11	M.11	J.11	J.11	A.11	S.11	O.11	N.11
Num	212	164	254	313	278	313	434	285	280	252	227	199	500	489	544	502	596	518	508	332	340	333	314	262	603	601	668	732	649	617	473	303	286	232	227
Den	667	440	488	554	497	478	641	347	318	303	282	253	719	660	691	679	717	637	630	393	401	380	348	296	769	746	828	846	739	705	553	369	345	277	279

Anexo 2. Esfuerzos colaborativos de mejoramiento

Un **esfuerzo colaborativo de mejoramiento** es una red organizada de un gran número de sitios (por ejemplo, distritos, establecimientos, o comunidades) que colaboran durante un período limitado, generalmente de 9 a 24 meses, para lograr rápidamente mejoras significativas (a menudo notables) en un tema focalizado mediante el aprendizaje compartido y métodos de difusión intencionales. Un esfuerzo colaborativo está diseñado a mejorar el sistema, los procesos, la calidad y la eficiencia de un área particular de prestación de servicios de salud.

Los esfuerzos colaborativos de mejoramiento incluyen varias fases diferenciadas que se ilustran en el gráfico A-3. Primero, los esfuerzos colaborativos de mejoramiento empiezan con una fase de preparación en la cual los expertos se reúnen para determinar el tema central y los objetivos del colaborativo y cómo se medirá el progreso. Las intervenciones técnicas del colaborativo se perfeccionan, incluyendo las ideas para cambios que los equipos pueden probar, y se desarrolla una estructura para apoyar la implementación del colaborativo. Se identifican los lugares, y se contrata a los equipos de mejoramiento de la calidad para que participen en el colaborativo. El “período de implementación”—cuando los equipos en el lugar elaboran y prueban los cambios para poner en práctica el paquete de cambios promovidos por el esfuerzo colaborativo—generalmente se divide en tres a cinco períodos de sesiones de aprendizaje que son separados por períodos de uno a cuatro meses cuando los equipos prueban los cambios. Estos períodos intermedios se conocen como “períodos de acción”, porque son las acciones clave durante la vida del colaborativo. Una vez los equipos saben cómo concretar las intervenciones y han logrado los objetivos del colaborativo, se puede realizar un taller o una conferencia para examinar la experiencia colectiva de los equipos para decidir cuáles cambios fueron los más eficaces y para compartir los resultados con interesados directos fuera del colaborativo.

Gráfico A-3. Modelo colaborativo de mejoramiento adaptado por URC del Colaborativo IHI Breakthrough Series



Una vez completado el colaborativo y se ha desarrollado un paquete de implementación mejorado, se pueden usar varias estrategias diferentes para difundir ese conocimiento operacional a los sitios nuevos. El colaborativo inicial —a veces conocido como un colaborativo de “demostración”—luego puede dar lugar a un segundo, o “ampliado”, colaborativo cuya finalidad es difundir el paquete de implementación mejorado de los sitios de demostración al resto del sistema sanitario progenitor. Los miembros del colaborativo original a menudo sirven como agentes de cambio y asesores durante una fase ampliada.

También se pueden aprovechar otras estrategias para la propagación de las mejoras (campañas, agentes de cambio y difusión natural con el transcurso del tiempo), según el alcance de los objetivos de la propagación y los recursos disponibles.

Anexo 3. Panorama del modelo de institucionalización

El modelo de institucionalización proporciona un punto de partida útil para ilustrar las piezas necesarias o los “elementos esenciales” necesarios para institucionalizar la calidad. Si bien muchos factores afectan a un sistema sanitario o la capacidad de organizaciones de institucionalizar el MC y una cultura de la calidad, se identificaron sistemáticamente ocho elementos en la bibliografía y la experiencia de la GCP. Los cuatro primeros elementos constituyen el entorno interno de una organización o sistema sanitario, incluyendo:

- Las políticas que apoyan, guían y refuerzan el MC;
- El liderazgo que establece las prioridades, promueve el aprendizaje y modela la calidad;
- Los valores fundamentales de la organización que recalcan el respeto, la calidad y el mejoramiento continuo; y
- La asignación de recursos suficientes para la implementación de actividades de MC.

Tres funciones de apoyo fundamentales mantienen la implementación de MC y la calidad mejorada de la atención:

- El aumento de la capacidad en MC, como capacitación, supervisión y orientación para los proveedores y gerentes de atención sanitaria;
- Información y comunicación para compartir, aprender, y abogar por la calidad; y
- La recompensa y reconocimiento de los esfuerzos individuales y del equipo para mejorar la calidad.

En el triángulo central de la “atención de calidad” está:

- El diseño de calidad (DC),
- Mejoramiento de la calidad (MC) y
- Control de la calidad (CC).

Aunque la distinción entre DC, MC y CC no siempre es clara, estos se trataron en la monografía original para recalcar el punto de que las organizaciones deben esforzarse por obtener un equilibrio en la variedad de enfoques. Si bien el mejoramiento de la calidad funciona bien con los sistemas existentes y en buenas condiciones, a veces las organizaciones tendrán que diseñar o rediseñar totalmente los servicios para lograr adelantos significativos. Si bien el término “control de calidad” ha crecido hasta llegar a tener una connotación negativa, en el momento en que esta monografía fue escrita, indicaba la importancia de usar sistemas de medición para identificar y seguir los cometidos de mejoramiento.

El elemento final del modelo de institucionalización es una estructura para la calidad; si bien existen muchos modelos diferentes para estructurar la calidad en un sistema sanitario, una de las características más importantes es determinar la responsabilidad clara y la rendición de cuentas de la calidad en la organización, incluida la supervisión, coordinación e implementación de las actividades de calidad.

Anexo 4. Resumen de estudios anteriores sobre la institucionalización de la calidad

Estudios pertinentes	Objetivos directamente relacionados con la institucionalización de la calidad	Métodos del estudio	Aprendizaje clave a considerar para el estudio de Guatemala
Níger	La evaluación se centra en la institucionalización de la calidad después del fin de la ayuda técnica en el contexto del Colaborativo de Mejoramiento Esencial de la Atención Obstétrica y del Recién Nacido (EONC, en inglés) mediante: - La determinación del grado de institucionalización de la atención de calidad y de la implementación de MC, en el sitio, distrito, niveles regionales y central y su evolución con el transcurso del tiempo. - La identificación de los factores que facilitaron u obstaculizaron la institucionalización de la atención de calidad en el MC en todos los niveles del sistema, con el transcurso del tiempo. - La descripción del grado de implementación del paquete de cambios de institucionalización del Ministerio de Salud (MSPAS) incluida su integración en los planes de acción anuales y la movilización de recursos requeridos en los diferentes niveles del sistema.	<u>Descripción:</u> Estudio longitudinal con un diseño previa/posteriormente modificado para medir las ganancias sostenidas y la implementación continua de las actividades de MC mediante esfuerzos colaborativos. Se usaron los resultados de esta evaluación para desarrollar un 'paquete de cambios de institucionalización' que se emprendió en los sitios en octubre de 2009. Se realizó una segunda evaluación (agosto 2010) para evaluar la repercusión del paquete de cambios de institucionalización. <u>Muestra:</u> 20 de 52 sitios participantes en el colaborativo de EONC. <u>Instrumentos utilizados:</u> entrevistas al nivel de sitio a informantes clave y miembros del equipo de MC, observaciones de la atención, simulaciones y examen de historias clínicas. Entrevistas y reuniones con funcionarios de los niveles distrital, regional y central en el Ministerio de Salud.	Factores que facilitan el proceso de institucionalización: - La calidad de la atención y tareas de MC: la orientación continua del personal nuevo; la implementación continua de los cambios institucionales centrados en la disponibilidad de aportes clave; aumento de la capacidad del personal y cálculo de los indicadores - Movilidad del personal y aptitudes: a pesar del alto nivel de recambio, las aptitudes continúan siendo altas - Actividades de institucionalización: es fundamental que las actividades de institucionalización sean incluidas en los planes de acción y que cuenten con financiamiento presupuestado Recomendaciones para mejorar el proceso de institucionalización y abordar las barreras: - Calidad de la atención y tareas de MC: sesiones y discusión de los resultados, representación gráfica de los datos, diagramas anotadores de series cronológicas - Movilidad del personal y aptitudes: Abordar/reducir el alto nivel de recambio - Actividades de institucionalización: la difusión del paquete de cambios no llegó a los niveles distrital y de establecimiento; no existe responsabilidad de la implementación del paquete de cambios
Honduras	Exposición del nivel de institucionalización logrado por los equipos de Mejora Continua de la Calidad (MCC) que trabajan con el enfoque colaborativo, así como	<u>Descripción:</u> Estudio transversal <u>Muestra:</u> 17 unidades en la fase de demostración y 14 en la fase de replicación Incluye hospitales, consultorios	Factores que facilitan el proceso de institucionalización: - existencia de equipos que pueden desarrollar actividades sin supervisión directa, que han extendido la capacitación al personal nuevo y que siguen haciendo mediciones, llevando a cabo ciclos de mejoramiento rápido y

	conocer los factores que contribuyen e impiden el proceso de institucionalización	materno-infantiles y centros de salud con un médico. <u>Instrumentos utilizados:</u> Se administró un cuestionario a los miembros de los equipos locales, así como a miembros del personal de los niveles regional y nacional. Se llevaron a cabo sesiones de trabajo con facilitadores de la red de equipos de calidad.	documentando los cambios ejecutados - establecimiento y funcionamiento de Comités de Calidad Recomendaciones para mejorar el proceso de institucionalización: - Mejorar la capacidad del equipo - Plan de incentivos para los equipos de MCC - asignación presupuestaria - disponibilidad de ayudas de trabajo - metodologías nuevas e innovadoras de capacitación - plan de supervisión
Ecuador	Explorar las asociaciones entre el grado de institucionalización lograda y la presencia de reformas introducidas por la Ley para la Provisión de Atención Matern e Infantil Gratuita	<u>Descripción:</u> Se utilizó el Modelo de Institucionalización como marco conceptual para el estudio <u>Instrumentos utilizados:</u> - Examen de documentos - Encuestas regulares y electrónicas a facilitadores provinciales y locales, así como a los equipos de mejoramiento	Factores que facilitan el proceso de institucionalización: - establecer alianzas estratégicas con otros actores sociales para ejecutar las políticas de calidad - un programa de capacitación bien estructurado de MCC así como un manual de capacitación Retos para la implementación de los procesos: - alto nivel de recambio de funcionarios en todos los niveles - inestabilidad política debida a cambio de gobierno
Nicaragua	Identificar cómo el MC se ha incorporado en el trabajo cotidiano en los procesos de atención de salud implementados. Confirmar el apoyo institucional para mantener las mejoras en el funcionamiento y la organización de las unidades involucradas.	Se utilizó el Modelo de Institucionalización y se adaptó para Nicaragua <u>Instrumentos utilizados:</u> - Examen de documentos - Entrevistas exhaustivas a informantes clave - Encuestas autoadministradas al personal clínico y administrativo - Grupos focales - Instrumento especial conocido como DASI (documentación, análisis, proporción de aprendizaje e institucionalización)	Factores que facilitan el proceso de institucionalización: - existencia de un marco jurídico y normativo a nivel nacional e institucional - medición de los procesos de atención de salud - implementación de mejoras a los procesos de atención de salud - conexión directa entre capacitación del personal y MC - líderes de MC experimentados y otros líderes potenciales en la unidad de salud - Los líderes autorizan o permiten las actividades de mejoramiento y participan en MC - Los equipos técnicos pueden promover el MC Estrategias para reducir los retos al MC: - mejorar el conocimiento/habilidades en la metodología del mejoramiento - Fortalecer la participación del liderazgo en MC - Diseñar e implantar un sistema de certificación de

			calidad - Diseñar un plan de acción a nivel central para fortalecer la sostenibilidad del mejoramiento
Tanzanía	Evaluar la eficacia de la Asociación para el Mejoramiento de la Calidad (PMC, en inglés), específicamente al investigar: - Los resultados logrados (establecimientos de salud) en cuanto al mejoramiento de la calidad de la atención y los resultados de los pacientes. - La implementación de la capacidad de los socios (ONGs y Equipos de Gestión Sanitaria al nivel Regional/Distrital) y la intención de organizar, implementar y apoyar el MC <u>Marcadores tempranos de la institucionalización</u> del MC entre las regiones de demostración y la capacidad del Ministerio de Salud para mantener las actividades de MC.	Descripción: Se analizaron los niveles de institucionalización en el Ministerio de Salud, los Equipos de Gestión Sanitaria y establecimientos de salud en los niveles Distrital y Regional. También se entrevistó a los socios de la implementación. Muestra: Se entrevistó a todos los informantes clave en los niveles central, regional y distrital. Muestra de miembros de los equipos de MC en los establecimientos de salud. Instrumentos utilizados: Los métodos incluyeron cuestionarios cuantitativos, entrevistas exhaustivas individuales y grupos focales.	El estudio halló marcadores tempranos de institucionalización en los establecimientos de salud y sentido de propiedad de la calidad en el nivel central del Ministerio de Salud. La institucionalización al nivel regional y distrital, sin embargo, no era tan clara. Los instrumentos y el diseño del estudio podría ser útil para el estudio en Guatemala que también procura conocer la profundidad de la institucionalización en los diversos niveles del sistema sanitario.
The Institute for Healthcare Improvement–IHI (El Instituto para el Mejoramiento de la Atención de Salud)	“Transformación de la Atención de Salud”, monografía publicada por The Institute for Healthcare Improvement.	Descripción: Estudio cualitativo para elaborar un marco y definición común de transformación institucional Muestra: Líderes en mejoramiento de los sistemas de salud.	Se citaron los siguientes aspectos como importantes para la transformación de la organización. Si bien estos aspectos son implícitos en el Modelo de Institucionalización, no están explícitamente declarados. Estos se incorporarán en las definiciones operacionales de los elementos para el estudio. - valores fundamentales explícitos de transparencia, trabajo en equipo multidisciplinario y concentración en el paciente - énfasis en la medición y el mejoramiento de resultados de los pacientes - optimización de la experiencia del paciente en el sistema sanitario - armonización del liderazgo en todos los niveles del sistema sanitario para darle prioridad a iniciativas de calidad

Anexo 5. Ejemplo de logros del Ministerio de Salud de Guatemala como resultado del uso de métodos de mejoramiento

Resultados clave: Certificación ISO 9001:2008 de normas de atención clínica del Centro de Salud de San Pedro – Agosto de 2010



El Dr. Guillermo Echeverría, Viceministro Administrativo, hace entrega del certificado de acreditación al Dr. Aníbal Orozco, Director del Centro de Salud de San Pedro Sacatepéquez



El componente del Sistema de Gestión de Calidad del Proyecto de Mejoramiento de la Atención de Salud de la USAID apoyó al MSPAS y al Centro de Salud de San Pedro comenzando en 2009 para obtener altos niveles de servicios de calidad en áreas tales como procesos financieros, administrativos y de salud materna y neonatal. Luego de llevar a cabo auditorías internas y externas, en agosto de 2010 se le otorgó la certificación de calidad ISO 9001:2008 al Centro de Salud de San Pedro, un evento auspiciado por el MSPAS con la participación de la USAID.