



**FACULTAD DE POSTGRADO**

**TESIS DE POSTGRADO**

**CALIDAD DE ATENCIÓN A PACIENTES VIH/SIDA EN  
CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL INSTITUTO  
NACIONAL CARDIOPULMONAR**

**SUSTENTADO POR:**

**AIDA LIZZETH TORRES IRIAS**

**ELA DIANIRA MARQUEZ**

**PREVIA INVESTIDURA AL TÍTULO DE  
MÁSTER EN DIRECCION DE RECURSOS HUMANOS**

**TEGUCIGALPA, FRANCISCO MORAZÁN, HONDURAS, C.A.**

**JULIO, 2013**

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA CENTROAMERICANA  
UNITEC**

**FACULTAD DE POSTGRADO  
AUTORIDADES UNIVERSITARIAS**

**RECTOR  
LUIS ORLANDO ZELAYA MEDRANO**

**SECRETARIO GENERAL  
JOSÉ LÉSTER LÓPEZ**

**VICERRECTOR ACADÉMICO  
MARLON ANTONIO BREVÉ REYES**

**DECANO DE LA FACULTAD DE POSTGRADO  
JEFFREY LANSDALE**

**CALIDAD DE ATENCIÓN A PACIENTES VIH/SIDA EN  
CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL INSTITUTO  
NACIONAL CARDIOPULMONAR**

**TRABAJO PRESENTADO EN CUMPLIMIENTO DE LOS  
REQUISITOS EXIGIDOS PARA OPTAR AL TÍTULO DE  
MÁSTER EN  
DIRECCION DE RECURSOS HUMANOS**

**ASESOR METODOLÓGICO  
JUAN MARTÍN HERNÁNDEZ**

**ASESORA TEMÁTICA  
PATRICIA VILLALTA**

**MIEMBROS DE LA TERNA:**

**MYRIAM CASTRO  
PATRICIA VILLALTA  
MANUELA FLORES**

## **DEDICATORIA**

Esta tesis la dedicamos a Dios por darnos la fuerza para seguir adelante y por siempre ser nuestro guía.

A nuestras familias por el apoyo, consejos, amor, ayuda en cada uno de los momentos de nuestra vida, todo lo que somos y todo lo que tenemos es gracias a ustedes.

Aida y Ela

## AGRADECIMIENTO

"No hay límites", sólo oportunidades de triunfar y de alcanzar lo que Dios nos coloque por delante.

### **Pedro Pantoja Santiago**

Gracias a todas las personas que estuvieron a mi lado para alcanzar este sueño, en especial a mi amado esposo, por toda su paciencia.

A mis hijos por ser el motor de mi vida. En especial a mí amada Dominique por ser mi gran alegría.

A mis amigas Fanny, Natalie, Merary, Norma Palma, Norma Rosales Silvia y Patty y finalmente a Aida por ser mi equipo de trabajo en este gran sueño. **ELA MÁRQUEZ**

En primer lugar agradecer a Dios por acompañarme y guiarme a lo largo de mi vida y de mi carrera, por ser mi fortaleza, por darme la oportunidad de una vida llena de aprendizajes, experiencias y felicidad al lado de todos aquellos que están a mí lado. Le doy las gracias a mis padres por el apoyo en todo momento, por los valores que han inculcado en mí y por siempre darme lo mejor de ellos, por la gran oportunidad de una excelente educación en mi vida, pero por sobre todas las cosas gracias por ser el mejor ejemplo a seguir.

Gracias de corazón a Fanny, Natalie, Merary, Norma P, Norma R, Silvia y Patty por el apoyo, por haber compartido sus conocimientos y experiencias pero sobre todo gracias porque me llevo lo mejor de cada una de ustedes, su amistad!!!!!!

Finalmente, Ela, mil gracias por haber sido una excelente compañera de trabajo, por la paciencia, comprensión y por la motivación de seguir adelante en los momentos de desesperación. Pero por sobre todas las cosas gracias por su amistad. **AIDA TORRES.**

A nuestros maestros por haber compartido sus conocimientos. Al personal y pacientes del CAI y del INCP por su colaboración. **AIDA Y ELA.**



## **CALIDAD DE ATENCIÓN A PACIENTES VIH/SIDA EN CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL INSTITUTO NACIONAL CARDIOPULMONAR**

### **AUTORES:**

AIDA LIZZETH TORRES IRIAS Y ELA DIANIRA MARQUEZ

### **RESUMEN:**

El presente informe es una propuesta para implementar un plan de capacitación en el Centro de Atención Integral (CAI) del Instituto Nacional Cardiopulmonar (INCP). Se propone la implementación de un plan para poder contribuir a la calidad de atención que se brinda a los pacientes del CAI y para que este sirva como medio para la mejora continua que se busca en el CAI. De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio realizado en la institución, se propone en este proyecto el paso a paso para la implementación de un plan de capacitación. Se describen los pasos a seguir desde la identificación de necesidades, diseño, implementación y evaluación de las capacitaciones a implementar. En el proyecto se incluye además un presupuesto preparatorio para la implementación del plan de capacitación. Cada uno de los temas propuestos a tratar en dicho plan está encadenado a la calidad en la atención en una institución de salud. Temas que van desde la motivación, trabajo en equipo, inteligencia emocional hasta la actualización de normas y protocolos de atención al paciente VIH/SIDA, así como la integración de buenas prácticas y estándares de calidad en la atención y seguridad del paciente con el propósito de mantener un nivel de calidad y actualización en los conocimientos, tanto para el que la recibe como para el que la otorga.

**Palabras claves:** Plan, Capacitación, Calidad, Atención



**QUALITY IN THE ATTENTION ON PATIENTS HIV/ AIDS IN THE  
COMPREHENSIVE CARE CENTER AT THE NATIONAL  
CARDIOPULMONARY INSTITUTE**

**AUTHORS:**

AIDA LIZZETH TORRES IRIAS Y ELA DIANIRA MARQUEZ

**ABSTRAC:**

This report is a proposal to implement a training plan in the Comprehensive Care Centre (ISC) of the National Heart Institute (NCPI). It proposes the implementation of a plan to contribute to the quality of care provided to patients of the ISC and this serves as a means for continuous improvement is sought in the ISC. According to the results of the study conducted in the institution, is proposed in this project, a step by step for the implementation of a training plan. It describes the steps from identification of needs, design, implementation and evaluation of training to implement. The project also includes a preparatory budget for implementation of the training plan. Each of the issues proposed to be addressed in the plan are chained to the quality of care in a health facility. Topics ranging from motivation, teamwork, emotional intelligence to updating standards and patient care protocols HIV / AIDS as well as the integration of best practices and standards of quality care and patient safety in order to maintain a level of quality and upgrade knowledge for both the recipient and the care provider.

**Keywords:** Plan, Training, Quality, Attention

## ÍNDICE

<b>CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>1</b>
1.1 INTRODUCCIÓN.....	1
1.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	2
1.3 HISTORIA DE LA SALA DE INFECTOLOGIA CAI .....	4
1.4 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....	7
1.4.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	7
1.4.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	8
1.4.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACION.....	8
1.5 OBJETIVOS .....	8
1.5.1 OBJETIVO GENERAL.....	8
1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	8
1.6 VARIABLES .....	9
1.7 JUSTIFICACIÓN .....	10
1.7.1 INICIATIVA DEL PROYECTO.....	10
<b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>11</b>
2.1 CONCEPTOS Y DEFINICIONES.....	11
2.2 CALIDAD DE ATENCIÓN HOSPITALARIA .....	12
2.2.1 PLANIFICACIÓN, EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL .....	13
2.2.2 LOS SIETE PILARES DE LA CALIDAD.....	14
2.2.3 LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD.....	17
2.2.4 CONSUMIDORES COMO COLABORADORES DE LA GARANTÍA DE CALIDAD.....	18
2.3 INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL DE GESIDA .....	19
2.3.1 EXPERIENCIAS CON INDICADORES.....	22
2.3.2 SISTEMAS DE MONITORIZACIÓN.....	23
2.3.3 INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL DE GESIDA.....	23
2.4 ESTABLECIENDO Y MONITOREANDO LAS METAS PARA LOS RECURSOS HUMANOS DE LA SALUD: ENFOQUE BASADO EN LA DENSIDAD DE LA FUERZA DE TRABAJO.....	24

2.4.1 LA EVALUACIÓN DE LOS RHS BASADA EN LA RELACIÓN FUERZA DE TRABAJO– POBLACIÓN.....	24
2.4.2 ESTRATEGIAS DE MEDICIÓN .....	26
2.5 METAS REGIONALES EN MATERIA DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD 2007-2015 .....	27
2.6 LA GESTIÓN DE CALIDAD Y EL RECURSO HUMANO .....	33
2.7 PROCESO DE CAPACITACIÓN.....	35
2.8 CASO DE ÉXITO .....	36
2.9 LEGISLACIÓN .....	37
<b>CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....</b>	<b>40</b>
3.1 ENFOQUE Y MÉTODOS .....	40
3.2 MÉTODOS .....	41
3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	41
3.3.1 POBLACIÓN.....	42
3.3.2 MUESTRA.....	42
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS.....	44
3.5 FUENTES DE INFORMACIÓN .....	44
3.5.1 FUENTES DE INFORMACIÓN PRIMARIA.....	44
3.5.2 FUENTES DE INFORMACIÓN SECUNDARIA .....	45
<b>CAPÍTULO IV.RESULTADOS Y ANÁLISIS .....</b>	<b>46</b>
4.1 RESULTADOS Y ANÁLISIS DE ENCUESTAS.....	46
4.1.1 ENTREVISTA A DOCTORA NORMA FLORES DE SOLORZANO.....	46
4.1.2 ANÁLISIS Y RESULTADOS DE ENCUESTA APLICADA A PERSONAL QUE LABORA EN EL CAI.....	49
4.1.3 ANÁLISIS Y RESULTADOS DE ENCUESTA APLICADA A PACIENTES.....	58
<b>CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>64</b>
5.1 CONCLUSIONES.....	64
5.2 RECOMENDACIONES .....	65
<b>CAPÍTULO VI. APLICABILIDAD.....</b>	<b>66</b>

6.1 PLAN DE CAPACITACIÓN SOBRE CALIDAD DIRIGIDO AL PERSONAL .....	66
6.2 INTRODUCCIÓN .....	66
6.4 POBLACIÓN META SUJETA A CAPACITACIÓN.....	66
6.5. OBJETIVO.....	66
6.6 METODOLOGÍA.....	66
6.6.1 DISEÑO DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN .....	66
6.6.2 DISEÑO DE PROGRAMACIÓN.....	66
6.6.3. TÓPICOS Y TEMAS DEL PLAN DE CAPACITACIÓN.....	66
6.7 DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN .....	66
6.7.1 PROGRAMA PARA JUNTA INFORMATIVA .....	66
6.8 CAPACITACIÓN EN CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD.....	66
6.8.3 FICHA PROPUESTA DE CAPACITACIÓN .....	66
6.8.4 INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN .....	66
6.8.5 CRONOGRAMA PLAN DE CAPACITACIÓN .....	66
6.9 PRESUPUESTO .....	66
6.1.1 DIAGRAMA PLAN DE CAPACITACIÓN DEL CAI DEL INCP .....	67
6.2 INTRODUCCIÓN .....	68
6.3 ANTECEDENTES .....	69
6.4 POBLACIÓN META SUJETA A CAPACITACIÓN.....	70
6.5. OBJETIVO.....	70
6.6 METODOLOGÍA.....	70
6.6.1 DISEÑO DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN .....	73
6.6.2 DISEÑO DE PROGRAMACIÓN.....	74
6.6.3. TÓPICOS Y TEMAS DEL PLAN DE CAPACITACIÓN.....	75
6.7 DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN .....	76
6.7.1 PROGRAMA PARA JUNTA INFORMATIVA .....	79
6.8 CAPACITACIÓN EN CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD.....	80
6.8.1 DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE CAPACITACIÓN DEL CAI.....	81
6.8.2 CONTROL DE PLAN DE CAPACITACIÓN DEL CAI .....	81
6.8.3 FICHA PROPUESTA DE CAPACITACIÓN .....	86

6.8.4 INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN .....	87
6.8.5 CRONOGRAMA PLAN DE CAPACITACIÓN .....	88
6.9 PRESUPUESTO .....	89
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>94</b>

# CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

## 1.1 INTRODUCCIÓN

El siguiente escrito surge como un aporte para el estudio de la calidad de atención de los pacientes con VIH/ SIDA, en donde se analizó la situación y las condiciones actuales en relación a la calidad de los servicios que se presta a los pacientes dentro de los Centros de Atención Integral (CAI) del Instituto Nacional Cardiopulmonar .

Pero, ¿Qué es el VIH/SIDA? La Organización Mundial de la Salud lo define como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH.

El VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia. (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 2013).

En el primer capítulo se habla de los antecedentes de la enfermedad en Honduras, se define y el problema así como los objetivos y las preguntas de investigación, para poder enfocarse en el estudio y determinar lo que se requiere para lograr el objetivo del proyecto.

El segundo capítulo habla del marco teórico de la investigación, en donde se abordaron temas sobre la calidad de atención hospitalaria, el talento humano en empresas de servicio, indicadores de calidad y seguridad según GESIDA. De igual

forma se habla de la relación entre el recurso humano de la salud y la gestión de calidad.

En el tercer capítulo se describe la metodología y se dan a conocer los métodos y el enfoque utilizado en el proyecto, el cual es un enfoque mixto ya que para el estudio de la calidad de atención el análisis de ambos enfoques es posible. Se realizaron análisis descriptivos y exploratorios, ya que se hizo uso de encuestas y entrevistas para medir el grado de la calidad de atención que se brinda a los pacientes del CAI.

El cuarto capítulo de esta investigación comprende todo lo relacionado con el análisis y resultados de los instrumentos utilizados para poder realizar una medición más concreta de la calidad de atención prestada por el personal que labora en el CAI del INCP. Dentro de este capítulo se incluyen los resultados más relevantes para el estudio de dicha investigación así como un resumen de las entrevistas realizadas al personal del centro, encontrándose en el anexo los resultados completos a cada una de las preguntas utilizadas.

Este capítulo se utilizó como la base para la generación del estudio de aplicabilidad que se detalla en el capítulo VI de esta investigación.

El quinto capítulo detalla las conclusiones y recomendaciones del estudio y finalmente en el sexto capítulo se describe la aplicabilidad del estudio con la propuesta de implementación de un plan de capacitación, en donde se describe los pasos que se deben seguir para la implementación del mismo, de igual forma se describen los posibles temas a incluir en el plan basándose en la calidad de atención y en los indicadores para lograr la mejora continua en la prestación de los servicios brindados en el CAI del INCP.

## 1.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

En todo el territorio nacional hay 44 centros de atención para los enfermos de la mortal enfermedad, donde se garantiza el tratamiento retroviral de los pacientes. Después de 28 años que se reportó el primer caso en el país, las estadísticas actuales que maneja la Secretaría de Salud y la Organización de las Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA), revelan que en Honduras hay 30,766 casos de VIH/SIDA confirmados, sin

embargo el número de portadores que aún no presenta los síntomas puede estar arriba de los 70.000 en todo el territorio, mientras que las muertes superan las 10.000, según estadísticas del Departamento de ITS/VIH/SIDA de 2012.

Aproximadamente el 60 por ciento de todos los casos que se registran a nivel de Centroamérica son de Honduras, donde más de 22 mil casos son por transmisión heterosexual, 4 mil 200 por transmisión homosexual y bisexual, cerca de mil seiscientos casos por la vía de transmisión vertical, y solamente unos 280 casos son por causa de transfusiones sanguíneas.

Informes oficiales revelan que pese a las campañas masivas de concienciación y prevención del VIH, en la mayoría de los casos positivos que se reportan, es la población juvenil, la que resulta infectada, mostrando poca responsabilidad al momento de sostener relaciones sexuales. El grupo más afectado es de 20 - 39 años de edad, representando aproximadamente el 70 por ciento de todos los casos.

Informes de la Secretaría de Salud también constatan que en el total de los casos, el número de mujeres infectadas es mayor que los hombres, lo que deja como resultado en muchas ocasiones cientos de niños infectados.

Según cifras de septiembre del 2012, de la Secretaria de Salud y del Departamento de ITS/VIH/SIDA, la población infantil más afectada son los niños de 0 a 4 años, con 955 casos acumulados desde 1985, mientras que de cinco años a nueve son de 351 y 175 casos de menores con edades entre los 10 y 14 años.

San Pedro Sula y Tegucigalpa continúan siendo las ciudades en donde se concentra la mayor cantidad de casos de infección asintomática. Además, reveló que la mayor proporción de los 1,200 casos se presentan en la población joven menor de 24 años de las principales ciudades de Honduras, como Tegucigalpa, San Pedro Sula y La Ceiba, siendo estas ciudades donde se manifiesta con mayor incidencia la enfermedad.

Hace algunos años, en el país se registraban de cada cuatro casos, tres hombres y una mujer, sin embargo, ahora se redujo a 1.4 hombres por uno de mujer.

La incidencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida) en Honduras ha disminuido en los últimos cuatro años en el país, no obstante, las autoridades sanitarias registran anualmente entre 900 y 1,100 nuevos casos. (Programa de ITS/VIH/SIDA, 2012)

### 1.3 HISTORIA DE LA SALA DE INFECTOLOGIA CAI

En el año de 1985 se detectó el primer caso de VIH/SIDA en Honduras, en 1986 fueron atendidos los primeros casos de SIDA asociados con tuberculosis en el Instituto Nacional del Tórax (INT), por lo que en 1987 la Dra. Elsa Palou, jefe de la sala de infectología del INT solicitó la apertura de una sala para pacientes VIH +, el Director del Hospital Dr. Alejandro Villeda Bermúdez aceptó y apoyó la idea, iniciándose así la primera sala para pacientes VIH/SIDA en Honduras, contando con 7 camas.

Al abrir la sala se inicia el trabajo de la atención de pacientes con la capacitación del personal: médicos, licenciadas en enfermería, microbiólogos, personal de apoyo, en temas sobre bioseguridad y todo lo relacionado con esta nueva patología.

A medida que la cantidad de pacientes iba en aumento, se fue incrementando el número de camas dedicadas a estos pacientes y asignándole más espacio, hasta que en 1994 se trasladó al lugar que actualmente ocupa con una capacidad de 24 camas, 12 para hombres y 12 para mujeres, 2 cubículos para atención de consulta externa y un área para educación y funcionamiento del grupo de auto apoyo que fue formado por trabajo de enfermeras psicólogos, trabajadoras sociales y médicos.

Desde Junio del año 2002 y hasta la actualidad con apoyo de la Secretaría de Salud y Fondo Global, como una iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se inició la utilización de tratamiento antirretroviral para los pacientes en Honduras, iniciándose también en la sala de infectología.

Debido a que era necesario capacitar personal para poder abrir nuevos centros y proporcionar este tratamiento en el resto del país y siendo este el único hospital con un área de hospitalización para tratar a pacientes con VIH/SIDA y manejada por medico infectólogo, quien capacito al resto el personal, dada la experiencia previa al fundar la sala; en Junio de 2002 se inició en la sala de infectología del INCP, el entrenamiento

del personal de la Secretaría de Salud sobre VIH/SIDA, infecciones oportunistas, bioseguridad, manejo y administración de antiretrovirales.

Hasta la fecha se ha capacitado alrededor de 200 profesionales entre médicos, licenciadas en enfermería, psicólogos, trabajadores sociales, microbiólogos, médicos, farmacéuticos; con lo que se ha colaborado a la apertura de 44 centros de atención integral diseminados en el país, especialmente en los sitios de mayor prevalencia de la epidemia, con lo cual se ha logrado en 10 años dar tratamiento a 8,792 pacientes en todo el País.

Actualmente en el INCP se ha iniciado tratamiento antirretroviral a cerca de 1,800 pacientes de los cuales se mantienen activos en el centro más de 700, el resto ha sido trasladado a los centros que se han abierto cerca de sus hogares, analizando los pacientes, se encuentra un abandono de: 7.8 %, adherencia de 82.63%, mortalidad de 15.5%, sobrevida tardía (1 año) de 37%, resistencia a tratamiento con ARV de 3.42% del total de activos.

En el 2003 se inicia la búsqueda de una organización que pudiera ayudar en la remodelación del Centro de Atención Integral, dado el incremento del número de pacientes, prometiendo el FHIS la construcción del nuevo centro o probablemente Fondo Global, en vista que ninguna de estas posibilidades funcionó, se inicia la búsqueda de financiamiento para la remodelación a través de gestiones del Dr. Ricardo Avilés, enlace médico en la base área “José Enrique Soto” y La Fuerza de Tarea Conjunto Bravo (Palmerola), quien presenta el proyecto al Departamento de Estado Norteamericano a través del Grupo Militar en la persona del teniente comandante Jason Testa, quienes conocieron el proyecto e iniciaron los trámites que culminaron con la aprobación del donativo de US \$280,000 para la construcción del centro.

La asociación Cristiana Canadiense Kairos se interesó en el proyecto y se unió al esfuerzo solicitando al Decano de la Facultad de Ingeniería de la UNAH; quien apoyó designando a las Arquitectos: María Teresa Jerez y Karina de Fiallos para elaborar los planos de la construcción de manera gratuita.

La asociación Kairos firmó un convenio de asistencia con la Secretaría de Salud para apoyar este proyecto con respecto al equipamiento del nuevo edificio y suplir además necesidades del área de hospitalización.

Es de resaltar el apoyo de la Oficina de la Primera Dama Xiomara Castro de Zelaya quien facilitó las gestiones a todo nivel, de igual manera se resalta el acompañamiento de la Señora Ministra y Viceministra de Salud Dras. Jenny Meza y Nerza Paz que facilitaron el proceso administrativo a lo interno de la Secretaría de Salud.

Así mismo la Sociedad civil representados por el Foro Nacional de Sida y el grupo de Auto apoyo “Triunfando con VIH +” fueron pieza importantes en la resolución de problemas y dificultades encontradas en el camino. (Programa de ITS/VIH/SIDA, 2012)

El propósito de la atención integral es brindar al equipo de salud un marco para el manejo integral de paciente con VIH/SIDA, dando una atención oportuna, humana y no discriminativa, basándose en el conocimiento de la enfermedad y sus complicaciones, para llegar al diagnóstico y al tratamiento de los problemas más comunes de la infección por el VIH; así como proporcionar las bases de la terapia antiretroviral a través de los Centros de Atención Integral (CAI). Cuenta con 44 CAI en los que se brindan los siguientes servicios:

- Consejería
- Evaluación médica: criterios clínico, inmunológico, virológicos y de adherencia, terapia Antirretroviral, manejo de las infecciones oportunistas, profilaxis (primaria, secundaria y post exposición), evaluación de los lactantes perinatalmente expuestos.
- Psicología
- Trabajo social
- Pruebas de Monitoreo de laboratorio
- apoyo de grupos de auto apoyo
- Captación temprana de las embarazadas, se ofrece consejería y prueba de VIH.



**Figura 1: Distribución de CAI**

## 1.4 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

### 1.4.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

En Honduras el primer caso de SIDA ocurrió en el año de 1984, en la ciudad de El Progreso, Yoro en un profesional que reportó viajes realizados a la ciudad de San Francisco en los años previos a su enfermedad. El diagnóstico fue hecho en 1985, cuando sus muestras fueron enviadas a los Estados Unidos y resultaron positivas en sarcoma de Kaposi y por anticuerpos contra el VIH. Los primeros casos ocurrieron en cuatro hombres y fueron calificados, tres como transmisión homosexual y uno como transmisión heterosexual, todos con historia de haber viajado al exterior. En 1986 se vieron los primeros casos de SIDA asociados con tuberculosis en el Instituto Nacional del Tórax, por lo que en 1987 se inicia así la primera sala para pacientes VIH/SIDA en Honduras, contando con 7 camas, desde que comenzó la epidemia de VIH/SIDA en 1985, el país ha experimentado un número creciente de casos de SIDA.

#### 1.4.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El incremento del número de personas infectadas con VIH/SIDA en el país, ha generado la apertura de nuevos CAI a lo largo del territorio nacional, estos centros brindan atención con recursos limitados; por tal razón, se formula el problema de la siguiente manera:

Deficiencia en la calidad de atención a pacientes VIH/SIDA del Centro de Atención Integral del Instituto Nacional Cardiopulmonar.

#### 1.4.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACION

##### 1.4.3.1 Pregunta Principal

¿Cuáles son los factores que influyen para que los recursos humanos que laboran en el CAI del Instituto Nacional Cardiopulmonar (INCP) brinden atención de calidad a los pacientes que demandan el servicio?

##### 1.4.3.2 Preguntas Secundarias

- ¿Existen alternativas de cambio en los procesos de atención existentes?
- ¿Qué otras alternativas pueden considerarse para mejorar los procesos de atención existentes?
- ¿Se cuenta con la aceptación de la institución para que se creen diferentes alternativas de cambio en los procesos de atención?
- ¿Cuáles son los estándares que deben tener los centros de atención integral para brindar atención de calidad?

#### 1.5 OBJETIVOS

##### 1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Contribuir a mejorar la atención brindada por el personal que labora en el CAI del Instituto Nacional Cardiopulmonar (INCP), a pacientes VIH/SIDA, mediante la propuesta de un plan de capacitación en calidad para optimizar los procesos en la atención.

##### 1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Describir los distintos procesos que sigue un paciente para ser atendido en el hospital.

- b) Identificar los factores que influyen para que el personal brinde calidad en los procesos de atención.
- c) Determinar las alternativas de cambio en los procesos existentes de atención del CAI en el INCP.
- d) Diseñar y proponer a las autoridades del CAI del INCP, un plan de capacitación sobre calidad al personal, para optimizar los procesos en la atención y brindar a los pacientes servicios de calidad.

## 1.6 VARIABLES



**Figura 2. Variables de estudio de la calidad de atención.**

## 1.7 JUSTIFICACIÓN

### 1.7.1 INICIATIVA DEL PROYECTO

El proyecto surge como un aporte a la calidad en la atención a pacientes VIH/SIDA, en momentos en que la Secretaria de Salud está realizando evaluaciones y análisis a la calidad en los procesos existentes de atención y como estos pueden mejorar.

Este proyecto en particular servirá como aporte a los estudios que la Secretaria está realizando sobre la importancia, el cómo, en qué y el porqué de mejorar los procesos de atención a los pacientes y los indicadores de calidad con que estos deben ser efectuados por medio de la propuesta de la implementación de un plan de capacitación.

Preparar un proyecto como este, es importante para poder abordar los diferentes factores que se deben de tomar en cuenta a la hora de medir la calidad de atención de los pacientes que se atienden. Factores como:

- Insuficientes Centros de Atención Integral para pacientes de VIH/SIDA en el país.
- Insuficiente personal especializado.
- Procesos de atención tardíos y el número de instancias que el paciente debe visitar antes de poder ser atendido.
- Horarios de atención limitados.
- Inexistencia de medicamentos
- Limitados recursos económicos de los pacientes que visitan los centros de Atención Integral (CAI).
- Limitado presupuesto del programa VIH/SIDA.

## CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 CONCEPTOS Y DEFINICIONES

**Calidad asistencial:** Avedis Donabedian (1980) definió la calidad asistencial como “aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdida que puedan acompañar el proceso en todas sus partes”.

**Sistema de monitorización:** Mide y evalúa, de forma periódica, aspectos relevantes de la asistencia, mediante el uso de indicadores de calidad, que constituyen la unidad básica de un sistema de monitorización (GESIDA, 2010).

**Indicadores:** Son los instrumentos de medida que indican la presencia de un fenómeno o suceso y su intensidad (GESIDA, 2010).

**Administración de recursos humanos:** Son las políticas y las prácticas que se requieren para cumplir los aspectos relativos al personal o los recursos humanos, que competen a un puesto de la organización e incluyen el reclutamiento, la selección, capacitación, las recompensas y la evaluación (Dressler, 2009, pág. 2).

**Capacitación:** Es el proceso de desarrollar las cualidades en los recursos humanos, preparándolos para que sean productivos y contribuyan al mejor logro de los objetivos de la organización. El propósito de la capacitación es influir en los comportamientos de los individuos para aumentar su productividad en su trabajo. La capacitación se relaciona con las habilidades y las capacidades que exige el puesto. Su orientación pretende ayudar a los empleados a utilizar sus principales habilidades y capacidades para poder alcanzar el éxito (CHIAVENATO, 2009, pág. 371).

**VIH:** La Organización Mundial de la Salud lo define como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el

sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades.

**SIDA:** El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH.

**Antiretroviral:** *m. MED.* Medicamento empleado para dificultar la replicación de los retrovirus, de máxima utilidad en la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana causante del SIDA (Diccionario Larousse, 2009).

**Terapia ARV:** Terapia antiretroviral.

## 2.2 CALIDAD DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

Avedis Donabedian propuso en 1980 una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que la formulo como: “Calidad de atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso de todas sus partes”.

En 1989, la International Organization for Standardization (ISO) definió la calidad como el grado en que las características de un producto o servicio cumplen con los objetivos para los que fue creado. Esta definición gozo desde el inicio de una amplia aceptación, transmite dos conceptos fundamentales. El primero de ellos es que la calidad de la asistencia puede medirse y de otro lado que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo y por tanto depende de cómo este se define. El concepto de calidad varía en función de quien lo utiliza y en consecuencia la idea de calidad será distinta cuando la aplica la administración, la gerencia del centro, que cuando el término es aplicado por los profesionales y aun por los usuarios. Sin embargo, es evidente que estas tres distintas ideas de la calidad se entrelazan y se encuentran en una zona en común. En 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población,

de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite.

Las motivaciones por las cuales puede plantearse la mejora de calidad son de distinto origen. De un lado, la transgresión o no adecuación de los valores éticos en una situación concreta puede aconsejar un cambio de la misma hacia otra situación de mayor calidad acorde con los valores éticos. Por otra parte, la mejora de calidad puede ser promulgada por el legislador, al dictar leyes de acreditación de los centros de atención que contengan los requisitos mínimos para determinar las actividades. La mejora de la calidad puede generarse por otra vía, como es la constatación de que el centro posee una mala imagen dentro de la comunidad. Los motivos económicos en general y el control de los costos en particular pueden ser la génesis del cambio.

#### 2.2.1 PLANIFICACIÓN, EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Una aportación esencial en este ámbito es la realizada por Juran, que sostiene que la calidad no solo puede evaluarse y mejorarse, sino que también debe planificarse, siendo esta fase necesariamente previa a las demás.

Una vez planificada la mejora de la calidad por medio de la definición de la calidad que le interesa al cliente y diseñando los servicios adecuados a las necesidades, deben estimarse y organizar los recursos de forma que permitan conseguir estos objetivos, diseñando al propio tiempo los procesos capaces de producirlos y transfiriéndolos a las actividades habituales. Es entonces cuando puede producirse la evaluación de la calidad y la implementación de las medidas para que la mejora de la calidad pueda producirse, una vez que se haya diseñado el sistema de medida que haga posible una rigurosa evaluación.

Este concepto es esencial para el desarrollo de la calidad asistencial ya que introduce una matriz de extrema importancia como es el de que si la calidad debe planificarse, su máxima responsabilidad corresponde a las personas que realizan la planificación en las empresas, es decir en la alta dirección (Àlvar Net, 2012, págs. 1-3).

## 2.2.2 LOS SIETE PILARES DE LA CALIDAD

Los siete pilares sobre los que se sustenta la calidad, sus siete caras o los siete atributos por los cuales se reconoce y juzga. Desgraciadamente, no se puede construir ningún acrónimo significativo a partir de los atributos (Donabedian, los siete pilares de la calidad, 2001).

Los siete pilares de la calidad son:

- **Eficacia:** Eficacia es la capacidad de la ciencia y el arte de la atención sanitaria para conseguir mejoras en la salud y el bienestar. Significa la mejor actuación posible, en las condiciones más favorables, según el estado del paciente y en unas circunstancias inalterables. La estrategia más eficaz de manejo clínico que se conoce, establece el límite superior de lo que se puede alcanzar; es la frontera tecnológica. La importancia de este concepto para definir y evaluar la calidad se aprecia de manera más clara si consideramos la efectividad, el segundo de los siete pilares.
- **Efectividad:** es la mejora de salud alcanzada, o que se espera conseguir en las circunstancias normales de la práctica cotidiana. En la definición y evaluación de la calidad, la efectividad puede especificarse de manera más precisa, como el grado en que la atención cuya evaluación de la calidad se está realizando, alcanza el nivel de mejora de salud, que los estudios de eficacia han fijado como alcanzables.
- **Eficiencia:** La eficiencia no es más que el costo que representa cualquier mejora en la salud. Si existen dos estrategias de asistencia igualmente eficaz o efectiva, la menos costosa es la más eficiente.

Los valores establecidos en la atención sanitaria nos exigen el objetivo de obtener la mayor mejora alcanzable en salud para cada paciente, y todos estamos de acuerdo en que lo mejor es conseguir esta mejora al costo más bajo posible. No obstante, podemos estar en desacuerdo sobre si el costo de la asistencia, es o no un aspecto de la calidad-uno de sus pilares. Existen ventajas en desligar la eficiencia, como atributo, del concepto de calidad: los conceptos sencillos son más manejables que los conceptos demasiado amplios. Sin

embargo, la atención innecesaria y la atención innecesariamente cara, aunque no interfieran en la consecución de las mejoras máximas en la salud, muestran una clara ineptitud, negligencia o irresponsabilidad social, que uno difícilmente puede relacionar con la buena atención.

- Optimización: La optimización se convierte en un tema importante cuando los efectos de la atención no se valoran en términos absolutos, sino relativos al costo de la asistencia. Aunque todos estos complementos sean de utilidad, la curva de los efectos o beneficios muestran un eventual aplanamiento.
- Aceptabilidad: De manera arbitraria, la aceptabilidad es como la adaptación de la atención a los deseos, expectativas y a los valores de los pacientes y sus familias. Obviamente, los pacientes tienen unas expectativas acerca de los efectos de la asistencia sobre su propia salud y bienestar, y la manera de conseguir estos efectos. Podemos decir pues, que en gran medida, la aceptabilidad depende de las valoraciones subjetivas del paciente en cuanto a efectividad, eficiencia y optimización, aunque no de manera absoluta. Existen nuevos elementos que entran en escena. Se trata de la accesibilidad a la asistencia, los atributos de la relación médico y paciente y el confort.
  - Accesibilidad: Podría debatirse largo y tendido sobre si la accesibilidad forma parte del concepto de calidad en sí misma, o se trata de una característica aparte de la atención. Para los potenciales pacientes, la capacidad de obtener asistencia cuando se requiere y obtenerla de manera fácil y apropiada, es un factor importante de la calidad.
  - La relación médico-paciente: A los pacientes les preocupa mucho el trato que van a recibir por parte de los médicos y otras personas que participan en su atención. Por ejemplo los pacientes quieren que se les trate con consideración y respeto, que se responda a sus preguntas, se les explique su estado y se les dé la oportunidad de participar en las decisiones de salud y bienestar. Todos sabemos de la importancia de una buena relación médico-paciente en la satisfacción de este último. Podemos olvidar a veces que una buena relación también contribuye a la efectividad, incorporando la cooperación del paciente en la asistencia.

- El confort de la atención: Son las propiedades de los centros donde se presta la asistencia, adecuándolos y haciéndolos más cómodos. Estos atributos son indicativos de calidad para el paciente, aunque entiendan también que existen otros aspectos más importantes que este en la atención. Preferencias del paciente en la efectividad de la asistencia Los pacientes valoran a menudo las consecuencias de la atención, ya que éstas afectan a su propia salud de manera distinta a las valoraciones de profesionales; por ejemplo, los pacientes pueden tener una visión distinta sobre lo que la atención moderna puede conseguir. Los pacientes pueden esperar mucho o muy poco. Básicamente, los distintos estados de salud y enfermedad tienen un significado distinto según las personas, tal vez, en función de sus requisitos ocupacionales, situaciones sociales o entramado psicológico. Por ello, cuando se trata de seleccionar entre distintos tratamientos alternativos, que ofrecen distintas perspectivas de riesgos y beneficios, es necesario tratar la cuestión con un paciente debidamente informado o su representante.
- Legitimidad: Alguien podría pensar en la legitimidad como la aceptabilidad de la atención por parte de la comunidad o la sociedad en general. En una sociedad democrática, cabe esperar que todas las características de la atención importantes para el individuo, sean también asuntos de relevancia social; de eso se trata. No obstante, en un ámbito social, además de la preocupación de los individuos, existe también la responsabilidad por el bienestar general. Por consiguiente, lo que algunos individuos o sus médicos podrían considerar como la mejor atención, es distinto del bien común. Cuando los individuos reciben atención, o no la pueden recibir, no son éstos necesariamente los que se benefician o sufren.

Aunque los efectos de la atención en la salud estén confinados a individuos, la sociedad puede no valorarlos en una medida tan alta como los individuos. Por ejemplo, como sociedad puede que deseemos dedicar menos a la asistencia de los mayores y más a la asistencia de los niños. Por estos motivos y algunos

otros, aquello que la sociedad considera una atención óptima puede diferir, a veces de manera significativa, de lo que los individuos considerarían óptimo.

- **Equidad:** Es el principio por el que se determina qué es justo en la distribución de la atención y sus beneficios entre los miembros de una población. La equidad forma parte de aquello que hace que la atención sea aceptable y socialmente legítima para los individuos. La equidad como atributo de la asistencia es tan importante que se merece figurar como un "pilar" aparte de la calidad. Cada individuo tiene alguna noción acerca de qué es justo en cuanto a acceso a la asistencia y en la calidad de atención posterior. Es probable que los individuos estén motivados para buscar lo mejor para sí mismos, a menos que sean especialmente altruistas. No obstante, a nivel social, la distribución equitativa del acceso y de la calidad es a la fuerza un asunto de política social. Debe quedar claro que la distribución más equitativa puede no representar necesariamente la que aporta una mayor mejora de la salud a un coste más bajo. La equidad es un principio adicional, un compromiso moral, en cumplimiento del cual algunos pueden recibir una atención que podría aportar grandes mejoras en la salud si fuera utilizada por otras personas (Donabedian, los siete pilares de la calidad, 2001, págs. 96-100).

### 2.2.3 LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

Es básicamente una función de investigación cuyo propósito es entender la magnitud y distribución de la calidad, y cómo se ve afectada por las características de las sociedades, organizaciones, médicos individuales y categorías de pacientes.

Es un tipo de epidemiología, no de la enfermedad o la salud, sino de su gestión. Es una epidemiología que se distingue, especialmente, en que se refiere a dos conjuntos de distribuciones: el de la calidad entre los profesionales sanitarios y entre sus receptores.

- La monitorización de la calidad

Por el contrario de la evaluación de la calidad, la monitorización es básicamente una función administrativa. Su intención es obtener información continua de la práctica del sistema sanitario, con el objeto de determinar si está obteniendo sus objetivos y

en caso de no ser así determinar las causas de error, realizar las correcciones oportunas y verificar su éxito.

- La garantía de calidad

Se considera, a menudo, sinónimo de monitorización de calidad. Sin embargo, en un sentido más amplio, se trata de la suma total de todo lo que hace la sociedad para salvaguardar e incrementar la calidad. Incluye la formación médica, la clasificación y organización de los recursos asistenciales, la financiación sanitaria, el mecanismo legal que regula la prestación y recepción de la atención, etc. (Donabedian, Evaluación de tecnología y calidad. Estudio comparativo de evidencias y ambigüedades, 2001, págs. 89-94).

#### 2.2.4 CONSUMIDORES COMO COLABORADORES DE LA GARANTÍA DE CALIDAD

Los consumidores contribuyen en la garantía de la calidad de tres formas: definiendo la calidad, evaluando la calidad y facilitando la información que permite que otros la evalúen.

- Consumidores como definidores de la calidad

Para definir lo deseable e indeseable de la relación interpersonal o de los temas de confort, son los consumidores quienes deben realizar la contribución decisiva. Son sus expectativas las que deben fijar el estándar de qué es accesibilidad o qué servicios son convenientes, confortables u oportunos. Son ellos quienes nos dicen cómo se les ha escuchado, informado, permitido ejercer su decisión y si se les ha tratado con respeto. A través de ello, los consumidores expresan sus preferencias personales y manifiestan las expectativas que las posturas individuales, y en especial, de segmentos de la sociedad individuales a los que pertenecen, les han hecho concebir.

- Consumidores como evaluadores de la Calidad

El grado de satisfacción del consumidor juega un papel tripartito en la atención médica. Se trata en primer lugar, como se ha dicho, de un juicio sobre la calidad de la atención que incorpora las expectativas y percepciones del paciente.

En segundo lugar, se trata de un "resultado" de la atención: un aspecto del bienestar psicológico del paciente y también, una consecuencia a la que deben aspirar los sistemas de atención sanitaria como signo de su éxito.

En tercer lugar, la satisfacción del paciente representa una contribución para un tratamiento posterior, alentando a los pacientes en la búsqueda de atención y para que colaboren en mejorar su éxito.

De este modo, con una transmutación sutil, la satisfacción del paciente, siendo un resultado de la asistencia, se convierte también en un rasgo estructural de la propia función asistencial.

- Consumidores como informadores

Además de definir y evaluar la calidad de la atención, los consumidores pueden contribuir al esfuerzo de garantía de calidad facilitando información de sus propias experiencias sanitarias.

No se les pide que emitan un juicio de la atención sino simplemente que informen para que otros puedan juzgar. Existen ciertos tipos de información que sólo pueden facilitar los pacientes por ejemplo, explicar sus vivencias cuando solicitaron asistencia, sus esperanzas y temores, su estado general y su grado de disfunción. El paciente puede facilitar otro tipo de información que concierne especialmente al proceso técnico de la atención que debería figurar en la historia clínica aunque pueda haberse omitido. De este modo, los pacientes constituyen una fuente de información primaria (Donabedian, Garantía de Calidad en la Atención de Salud: el papel, 2001, págs. 102-106).

### 2.3 INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL DE GESIDA PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS INFECTADAS POR EL VIH/SIDA

La calidad de la atención sanitaria es algo que, desde siempre, preocupa a los profesionales asistenciales que, de una u otra forma, han trabajado con un horizonte de búsqueda de la excelencia, aún sin utilizar una metodología específica y reconocida (GESIDA, 2010).

Este interés se ha ido transformando en metodología de trabajo a medida que se han desarrollado las herramientas que han permitido, en primer lugar, medir el nivel de calidad. Una vez que se ha aprendido a medir (evaluar), se ha evolucionado desde el concepto de control de calidad hacia el de garantía de calidad. Posteriormente, y a partir de los años noventa del pasado siglo, se ha progresado hacia los sistemas de calidad total. No obstante, esta evolución no ha seguido siempre, de forma precisa, este orden cronológico, sino que, generalmente, las fases se han mezclado y, a veces, se han dado al mismo tiempo.

Desde las aproximaciones más básicas, centradas en la relación médico-paciente, se ha pasado, a medida que se iba modificando el concepto de salud, a aproximaciones más generales en las que se incluye no sólo la globalidad de servicios directos prestados por los profesionales de la salud, sino que se han ido incorporando aspectos de atención a la comunidad y conceptos de efectividad y equidad en la distribución de los recursos para la atención de la salud y, cómo no, la ética en la toma de decisiones.

Los primeros antecedentes documentados en evaluación de calidad de la atención sanitaria se remontan a la segunda mitad del siglo XIX, cuando Florence Nightingale estudió las tasas de mortalidad de los hospitales militares durante la guerra de Crimea.

También se considera como precursor de estudios sobre el tema a Ernest Codman, cofundador del Colegio Americano de Cirujanos, el cual, en el año 1912, desarrolló en Estados Unidos un método que permitía clasificar y medir los resultados de la atención quirúrgica.

La creación de la Joint Commission on The Accreditation of Hospitals (JCAH), formada por una agrupación de colegios profesionales americanos, el año 1951, inició su labor acreditando centros hospitalarios que lo solicitaban de forma voluntaria, si cumplían unos estándares de calidad preestablecidos. Posteriormente se ha impulsado el desarrollo de diferentes metodologías en el ámbito de la calidad y ha extendido su actuación a otros tipos de centros sanitarios, motivo por el cual cambió de nombre y, actualmente, se denomina Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO).

Una aportación metodológica significativa en la década de los cincuenta fue la de Paul Lembdke, cirujano de la John Hopkins University Medical School, que desarrolló un nuevo método para evaluar la calidad: el audit médico. Lembdke, profundamente preocupado por la variabilidad de resultados que observaba en su práctica diaria, estableció el desarrollo de criterios explícitos que permitían la comparación entre centros y profesionales, y una sistemática recogida de información que incluía la verificación de los datos y el diseño del estudio.

Más adelante, entre 1965 y 1966, se crean en Estados Unidos los programas federales de atención a ancianos y personas sin recursos (MEDICARE y MEDICAID) y se estipula que los hospitales que han pasado la acreditación de la JCAHO serán reconocidos para la atención de este tipo de pacientes.

Cabe citar también los trabajos de J. Williamson, que en los años setenta introdujo una nueva metodología, con la formulación del concepto de ABNA (achievable benefit not achieved, o beneficio posible no alcanzado), que mide la diferencia entre los estándares considerados como deseables para el diagnóstico y tratamiento y la práctica real evaluada, tanto mediante revisión de las historias clínicas como mediante la revisión del estado de los pacientes y el envío de cuestionarios en el que reportaban su estado de salud. Williamson realizó parte de sus trabajos en el ámbito de la atención primaria (hipertensión, etc.) estableciendo los “resultados deseables” de la atención y poniendo especial énfasis en la mejora de la calidad obtenida tras los estudios. Se inauguraba así la etapa de la garantía de calidad (quality assurance), tras la etapa anterior más centrada en la evaluación que en la mejora.

Sin embargo, uno de los autores que más impacto tuvo en el cambio del panorama de la calidad fue sin duda R. Brook, que estableció el seguimiento de pacientes a largo plazo después de la atención sanitaria y demostró la baja correlación entre el proceso y los resultados de la asistencia. Los trabajos de Brook se concretaron después en el desarrollo de métodos para establecer la adecuación de procedimientos y fueron una de las aportaciones más interesantes, ya que pusieron de manifiesto las hipótesis que permiten explicar la variabilidad (sistemas de pago, formación de los profesionales, etc.) y la forma de abordarla desde el punto de vista de los estudios de calidad.

En este breve repaso histórico no se puede olvidar la aportación de un gran estudioso en este campo, el Profesor Avedis Donabedian quien, desde la clasificación en 1966 de los métodos de evaluación de la calidad en estructura, proceso y resultado y la reflexión en 1992 acerca del impacto del modelo de calidad industrial sobre el modelo sanitario en el año 1992, ha ofrecido una gran cantidad de estudios y planteamientos, tanto teóricos como de aplicación práctica, de indudable ayuda para todos los profesionales que trabajan para la mejora de la calidad (GESIDA, 2010).

### 2.3.1 EXPERIENCIAS CON INDICADORES

Durante los años 80, la JCAHO requirió la existencia, en todos los centros que iban a ser acreditados, de planes de calidad integrados de ámbito global que encontraron inicialmente una importante resistencia, y estableció a partir de 1986 el estándar que implementaba los sistemas de monitorización y su desarrollo metodológico (GESIDA, 2010).

Para llevarlos a cabo es necesario definir el tipo de atención que se realiza en un determinado servicio o centro mediante un proceso de “dimensionado”, establecer las principales áreas de trabajo y crear los indicadores que permiten medirlo. Estos indicadores, que se evalúan de forma periódica y permiten tener una visión de conjunto de la calidad del servicio, así como actuar en los casos en que se presenten desviaciones, se aplicaron básicamente a la evaluación de diferentes especialidades, y con menos intensidad en el global de los centros.

La JCAHO inició el desarrollo de un sistema de indicadores de resultados integrado en el sistema de acreditación, que permitía la comparación de los diferentes proveedores de servicios. Con esta finalidad, se inició un ambicioso proyecto de desarrollo de indicadores que se prolongó hasta mediados de los noventa.

Esta estrategia de la JCAHO tuvo un éxito limitado por la aparición de otros sistemas de indicadores en Estados Unidos. En la actualidad, la JCAHO ha creado un sistema propio de indicadores llamado ORYX, que se revisa y actualiza periódicamente, contando en 2004 con 52 indicadores. Otros países, especialmente Australia, han avanzado también mucho en el desarrollo de sistemas de indicadores de resultados

que permiten comparaciones entre centros, y que son elaborados por las propias sociedades científicas.

En 1990, el University Hospital Consortium, de Estados Unidos, que agrupa más de 50 hospitales universitarios de todo el país, realizó un “compendio de indicadores clínicos” que abarcan la mayoría de especialidades médicas y que incluye cerca de 100 indicadores de ginecología y obstetricia, elaborados por un comité de expertos y usado por todos los hospitales miembros del consorcio. También en 1991, y con sucesivas actualizaciones, se publicó el Monitoring with indicators de J.G. Carroll. Como ya se ha citado anteriormente, el Australian Council of Healthcare Standards introdujo en 1995 en su programa de evaluación los indicadores clínicos de las unidades de cuidados intensivos, elaborados con la Australian and New Zealand Intensive Care Society.

### 2.3.2 SISTEMAS DE MONITORIZACIÓN

Un sistema de monitorización mide y evalúa, de forma periódica, aspectos relevantes de la asistencia, mediante el uso de indicadores de calidad, que constituyen la unidad básica de un sistema de monitorización (GESIDA, 2010).

Los indicadores son, pues, instrumentos de medida que indican la presencia de un fenómeno o suceso y su intensidad. La monitorización permite asegurarnos de que lo básico está bien. Se trata de un sistema basado en medidas cuantitativas repetidas.

En cualquier caso, la monitorización tiene como finalidad última la de identificar problemas, situaciones de mejora potencial o bien desviaciones, y los indicadores actúan como una llamada de atención o señal de alarma que nos advierte de esta posibilidad. Un indicador es un criterio de calidad y, por lo tanto, le son aplicables todas las condiciones y características que se recomiendan en la construcción de criterios (aceptables, comprensibles, relevantes, medibles, etc.).

### 2.3.3 INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL DE GESIDA

La relación de indicadores de calidad fue elaborada por el Grupo de Estudio del SIDA (GESIDA), con la colaboración de la fundación SEIMC-GESIDA, y la coordinación y asesoramiento de la Fundación Avedis Donabedian.

Hasta hace poco, la implantación de sistemas de garantía de calidad asistencial era escasa en el campo de la infección VIH. Sin embargo, GESIDA publicó el documento “Indicadores de calidad asistencial de GESIDA para la atención de personas infectadas por el VIH/SIDA”, donde se recogen 66 indicadores:

- 5 de estructura
- 45 de proceso
- 16 de resultados

De los cuales 22 de los 23 indicadores son considerados relevantes, de modo que GESIDA recomienda a todas las unidades VIH su monitorización sistemática. Estos indicadores pueden ser considerados una referencia en el campo de la calidad asistencial en la infección VIH/SIDA.

Evidentemente, esta versión de indicadores no puede ser definitiva, y de la misma manera que los protocolos, debe ser revisada y adaptada periódicamente en la misma medida en que cambia la práctica asistencial y la evidencia científica aporta datos suficientes (GESIDA, 2010).

## 2.4 ESTABLECIENDO Y MONITOREANDO LAS METAS PARA LOS RECURSOS HUMANOS DE LA SALUD: ENFOQUE BASADO EN LA DENSIDAD DE LA FUERZA DE TRABAJO

Un componente crítico del monitoreo y el fortalecimiento del desempeño de los sistemas nacionales de la salud es la identificación de una serie de indicadores – y la capacidad de medirlos para así poder monitorear la fuerza de trabajo en salud. Diferentes enfoques se han desarrollado y utilizado para medir la capacidad de los recursos humanos de la salud (RHS) en alcanzar los objetivos de los sistemas de salud. Cada enfoque tiene sus propias ventajas y limitaciones. La decisión sobre cuál es más apropiado para un contexto, depende en la disponibilidad de datos, capacidad técnica y darle prioridad a las intervenciones programáticas y de políticas. (Salud O. M., 2008)

### 2.4.1 LA EVALUACIÓN DE LOS RHS BASADA EN LA RELACIÓN FUERZA DE TRABAJO–POBLACIÓN

Una estrategia comúnmente utilizada para medir la disponibilidad de RHS es el método de relación fuerza de trabajo–población. La relación trabajadores–población calcula la

densidad o la cantidad de personal de salud con respecto a la población, por ejemplo médicos por cada 1000 habitantes o profesionales de la salud por cada 1000 habitantes. Esta relación puede entonces ser comparada con una densidad mínima o umbral determinada, que se supone deberá corresponder con la capacidad del sistema de salud para proporcionar servicios esenciales de salud.

Una ventaja de utilizar el método de la relación trabajadores–población para establecer metas, es que es fácil y sencillo de aplicar, puede ser utilizado para análisis comparativos entre países y en el tiempo, además es fácil de entender para una amplia gama de audiencias, incluyendo aquellos que no estén familiarizados con técnicas de estadística más avanzadas. La relación trabajadores-población puede ser calculada y utilizada, por ejemplo, para propósitos de abogacía entre los gobiernos y actores sociales, para así enfocar la atención en los retos de los RHS, que están dirigidos hacia mejorar las tasas de cobertura para las intervenciones esenciales de atención de la salud, tales como aquellas priorizadas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. También han sido utilizadas en el desarrollo de marcos de trabajo de monitoreo y evaluación para planes y estrategias nacionales de RHS.

Utilizando la relación trabajadores-población se asume que la proporción relativa de fuerza de trabajo en salud en un área dada y en un tiempo determinado, es el determinante más importante de la capacidad del sistema de salud de proporcionar servicios de salud. Este enfoque a menudo asume que la extrapolación de la relación observada en una región o país referente, es un objeto de comparación adecuado.

Sin embargo, aparte del tamaño de la población, este enfoque no toma en cuenta otras variables, las que han demostrado jugar un papel importante en determinar el impacto del desempeño de la fuerza de trabajo en los resultados de salud en un contexto dado. Estas otras variables incluyen: la estructura de la población; epidemiología y carga de morbilidad; modelos de utilización de servicios y de proveedores; eficiencia organizacional; políticas de salud, regulaciones y estándares; capacidad tecnológica; distribución de la fuerza de trabajo en salud según su ocupación, lugar de trabajo y características socio-demográficas; desempeño individual de los trabajadores de salud; demanda pública y expectativas; y disponibilidad y formas de financiamiento. Los

métodos para el establecimiento de metas de RHS que tomen en cuenta alguno o todos estos factores son mucho más exigentes en términos de requerimientos de datos y especificación del modelo (Salud O. M., 2008).

#### 2.4.2 ESTRATEGIAS DE MEDICIÓN

Varias fuentes de datos pueden ser utilizadas para medir la relación fuerza de trabajo de salud-población. Estas incluyen: censos y encuestas domiciliarias con preguntas sobre la actividad de la fuerza de trabajo y ocupación; evaluaciones de establecimientos de salud y registros administrativos tales como la nómina de sueldo o la acreditación de profesionales de la salud. Según la fuente de datos, la cantidad de trabajadores de la salud puede ser calculada en términos de personas o puestos de trabajo (con puestos determinados según el equivalente a tiempo completo, o según las horas de trabajo).

Dada la diversidad de fuentes de información y tipos de medición, el monitoreo de tendencias en la densidad de RHS entre países y en el tiempo, requiere de la estandarización de definiciones y clasificaciones para una delineación estadística precisa. Muchos países con una densidad baja de fuerza de trabajo en salud también se enfrentan a retos de sistemas de información deficientes, quienes pueden llevar a una notificación insuficiente de los recursos. En tales contextos, existe una falta de información confiable sobre los recursos humanos de la salud capacitados que están desempleados o trabajando fuera de establecimientos de salud del gobierno. A su vez, la cantidad de trabajadores de la salud puede ser sobre-estimada si no toman en cuenta el conteo doble de personal trabajando tanto para el sector público como para el privado, o la deserción del mercado de trabajo de la salud nacional debido a razones tales como la emigración, retiro o cambio de profesión (Salud O. M., 2008).

#### 2.4.3 MEDICIÓN DEL PERSONAL SANITARIO DE REHABILITACIÓN

En todo sistema de salud se requieren diferentes categorías de personal sanitario para prestar distintos tipos de servicios. La combinación específica del personal necesario en el ámbito local variará según las circunstancias del área. Por ejemplo, un país en el que se registra un gran número de accidentes de automóvil tal vez necesite más personal especializado para tratar trastornos cognitivos y osteomusculares, mientras que otro

país puede necesitar más profesionales calificados para ocuparse de discapacidades relacionadas con el VIH/Sida y otras enfermedades transmisibles.

Dependiendo de la organización del sistema nacional de salud y de los medios de seguimiento, se pueden utilizar diferentes tipos de fuentes de datos para evaluar la situación de los RHS destinados en un país determinado. Esas fuentes pueden ser fuentes estadísticas estándar, como las plantillas de personal de los establecimientos sanitarios, las nóminas de pago de la administración pública, los registros de organismos de reglamentación profesional y otros tipos de datos administrativos, así sobre la actividad y la ocupación de la fuerza de trabajo.

Ahora bien, en muchas ocasiones estas fuentes de datos son infrautilizadas en las investigaciones sobre servicios de salud, y la disponibilidad de personal suele ser sólo una estimación (por ejemplo, basada en informes de asociaciones profesionales no información mundial sobre las diferentes ocupaciones sanitarias fundándose en datos oportunos, completos y fiables es un requisito previo para la elaboración con base científica de estrategias de desarrollo de la fuerza de trabajo (Salud O. P., 2012).

## 2.5 METAS REGIONALES EN MATERIA DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD 2007-2015

Teniendo en cuenta la urgencia de desplegar un esfuerzo colectivo para afrontar la crisis prevaleciente de los recursos humanos para la salud en la Región de las Américas y a nivel mundial y consciente de que se necesitan esfuerzos incesantes para lograr los resultados aconsejables en materia de recursos humanos para la salud en el ámbito de la planificación y las políticas sanitarias, y considerando que el alcanzar los objetivos sanitarios y de los sistemas de salud de carácter esencial, como el acceso universal a la asistencia sanitaria y los servicios de salud de buena calidad, depende en gran parte de contar con una fuerza laboral competente, bien distribuida y motivada (Salud O. P., 2007).

En septiembre del 2007, la 27.ª Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó la resolución, Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015, que tiene por objeto brindar apoyo a la formulación de planes de acción nacionales en

materia de recursos humanos para la salud encaminados a fortalecer la atención primaria de salud. Se estableció un conjunto de 20 metas de recursos humanos para la salud 2007-2015 organizadas en torno a los cinco desafíos principales señalados en el Llamado a la Acción de Toronto 2006-2015: Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas y posteriormente en la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 (Salud O. P., 2007).

A continuación se describen los resultados más pertinentes, presentados de acuerdo con los cinco desafíos.

1. Definir políticas y planes de largo alcance con respecto a los recursos humano:

Se encontraron problemas graves para lograr tanto una densidad mínima de personal sanitario como una composición adecuada de la fuerza laboral médica. La limitada capacidad nacional para gestionar los recursos humanos en materia de salud sigue siendo un problema. Solo 12 de los 23 países donde se tomaron mediciones iniciales han logrado la razón de densidad mínima recomendada por la OMS de 25 profesionales de la salud (médicos, enfermeras o parteras) por 10.000 habitantes. Solo 6 países informaron que más de 40% de la fuerza laboral médica total se considera que está compuesta por médicos de atención primaria de salud. En el caso de la meta 5, solo 3 países registraron 100%, lo que significa que han establecido una unidad de recursos humanos para la salud con capacidades integrales de planificación estratégica, gestión, seguimiento y evaluación.

2. Colocar a las personas indicadas en los lugares adecuados

Las cuatro metas descritas en el desafío 2 se centran en la ampliación del acceso nacional a la atención primaria de salud. Muchos de los países no contaron con datos suficientes para evaluar adecuadamente estas metas. Sin embargo, en aquellos casos en los que había información sobre estos puntos específicos, se mostró que el acceso a la atención primaria no se ha desarrollado adecuadamente y que se necesita prestar atención de inmediato a este tema a fin de garantizar el acceso universal.

Se requiere que al menos 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tengan competencias de salud pública e intercultural.

3. Asegurar un nivel adecuado de dotación del personal de salud, de acuerdo con las necesidades del país.

Los países de la Región no han logrado la autosuficiencia necesaria para salvar sus brechas con respecto a los recursos humanos en materia de salud y satisfacer sus necesidades nacionales. Sin embargo, se muestra que pocos países han contraído el compromiso de adherirse a algún código de conducta ética con respecto a la migración internacional del personal sanitario y la protección de los países de origen frente a las prácticas de reclutamiento enérgicas por parte de otros países.

4. Promover ambientes de trabajo saludables y fomentar el compromiso con la misión institucional de garantizar buenos servicios de salud para toda la población.

Algunos estudios han mostrado que los lugares de trabajo propicios conducen a una mayor productividad, mejor calidad de la atención y menos emigración. Dentro del desafío 4, las metas más llamativas mostraron que muchos países tienen realmente mecanismos para manejar los conflictos laborales. Sin embargo, no han regularizado la práctica de contratos por escrito, ni han elaborado recomendaciones para puestos de normalización, a pesar de que estas prácticas generalizadas ayudan a disminuir las causas de conflictos laborales.

La mayoría de los países tienen una proporción alta de contratos laborales precarios y sin protección para el personal sanitario pero en algunos países más de las dos terceras partes han puesto en marcha mecanismos para resolver los conflictos y asegurar la continuidad de la atención durante los conflictos laborales.

5. Desarrollar cooperación entre las instituciones de formación y aquellas que prestan servicios de salud.

Los enfoques se deben encaminar en abordar prioridades nacionales específicas con respecto a la necesidad de:

- a) mejorar la capacidad de seguimiento y evaluación dentro de los ministerios y
- b) perfeccionar y ajustar las metas regionales sobre la base de las necesidades propias de cada país.

Sobre la base de los resultados clave de la evaluación de referencia de las 20 metas regionales, se invita a que consideren las siguientes líneas de acción:

- a) Redoblar tanto los esfuerzos como las inversiones en la planificación y el aumento de los recursos humanos para la salud apropiados, como un requisito esencial para lograr el acceso universal a servicios de atención de salud de buena calidad y ejecutar la estrategia de atención primaria de salud.
- b) Aumentar los esfuerzos dirigidos a la distribución equitativa del personal de salud, en particular en cuanto a su contratación y retención en las zonas sub atendidas, rurales e indígenas.
- c) Poner en marcha sistemas para ofrecer programas de educación continua y de capacitación en el servicio para los gerentes de recursos humanos para la salud y para el personal sanitario; y forjar alianzas con las instituciones académicas.
- d) Fortalecer el Observatorio de Recursos Humanos de Salud como una estrategia para incluir a los sectores pertinentes y los interesados sociales directos, así como para garantizar información de buena calidad sobre los recursos humanos para la salud, tanto para la adopción de decisiones como para la formulación de políticas (Salud O. P., 2007).

La evaluación integral de la calidad de la atención médica incluye un número importante de variables que deben ser verificadas con objeto de obtener una información completa y correcta, que permita la toma de decisiones.

Las necesidades de las instituciones de salud de recursos económicos y personal capacitado para la realización de la evaluación integral de las unidades médicas, con la suficiente profundidad y frecuencia, rebasaría los presupuestos disponibles o caería en insuficiencia por su superficialidad, baja periodicidad e imposibilidad de verificar con

oportunidad el cumplimiento de los acuerdos tomados. Se hace necesario por la tanto, un mecanismo que permita la realización de la evaluación de la calidad y eficiencia de las unidades médicas, por los responsables de su operación a través de la aplicación de una guía metodológica que les permita conocer las condiciones de calidad y eficiencia con que se otorgan los servicios como resultado de una autoevaluación, cuyas conclusiones permitirían establecer un diagnóstico situacional, detectar los problemas que afectan la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios, la satisfacción de los usuarios y de los prestadores de servicio. Los resultados de esta autoevaluación serían acreditados por las autoridades locales o evaluadas por las centrales, por muestreo (Gas, 1993).

En los procesos de evaluación se sigue el esquema de análisis de estructura, proceso y resultados.

El procedimiento inicia a través de un conocimiento de los recursos disponibles en cuanto a instalaciones, equipo, instrumental, mobiliario, material de consumo, el personal médico, paramédico, técnico y administrativo e cuanto a número, capacidad profesional y técnica. El conocimiento de la estructura disponible, permitirá realizar un juicio de valor para acreditar la calidad y la eficiencia con que se están otorgando los servicios mediante el análisis de productividad, metas, índices de eficiencia, cumplimiento de programas y costos de operación.

Aun cuando conceptualmente la calidad debería evaluarse a través de los resultados, en lo referente a la atención médica, debemos considerar como elemento primordial, la calidad en el proceso de la atención médica.

Como elementos integrantes de la calidad en el proceso de la atención se consideran: la oportunidad, analizada a través de la accesibilidad a los servicios, el diferimiento para obtener una cita el tiempo que debe de aguardar el usuario en las salas de espera hasta recibir la atención; el trato personalizado y amable en un ambiente confortable; el correcto desarrollo de los procedimientos médicos conforme a las normas institucionales, conocimientos vigentes de la medicina y utilización correcta de la

metodología; con información al usuario sobre su estado, el plan a seguir y el pronóstico en caso de considerarse conveniente.

En relación a los resultados de la atención se evalúa la capacidad resolutive derivada del proceso de la atención, la morbilidad y la mortalidad. Los programas operativos de salud tendrán un impacto a nivel, tanto de morbilidad como de mortalidad, situación que deberá incluirse en la evaluación de resultados.

Como consecuencia de una evolución de calidad de la atención médica y en forma congruente con las corrientes actuales en el concepto de calidad total, debe considerarse la satisfacción del usuario por los servicios recibidos, evaluada a través de encuestas de opinión.

Con frecuencia sucede que las expectativas del usuario no se ven satisfechas o existe inconformidad manifiesta en relación a la atención recibida, dando lugar a la presentación de una queja.

De conformidad a la necesidad de investigar, analizar y dar respuesta a las quejas que se presentan, la información en ellas contenida, es de gran utilidad como manifestación de un problema, que seguramente está afectando la calidad, la eficiencia o la satisfacción de los usuarios y estará sujeta a la metodología que conduzca a su solución.

Si consideramos al prestador de servicios, por una parte como un actor relevante en el proceso y resultado de la atención médica, y por otra parte como un usuario que obtiene de sus trabajo los recursos para su subsistencia y hace uso de las instalaciones de la institución, se propone la evaluación de sus satisfacción en el desempeño de sus actividades, tanto por el hecho de que no podemos esperar que un trabajador insatisfecho nos de eficiencia y calidad en su trabajo, como por la responsabilidad de las instituciones en la mejoría de la calidad de vida de sus empleados.

La triada de actores que participan en la atención médica se completa con la institución donde se prestan los servicios, la cual a través de la evaluación debe constatar la calidad en la prestación de los mismos, la eficiencia en la utilización de los recursos y la

satisfacción de usuarios y trabajadores. Cabe, en este momento, hacer énfasis en el término eficiencia y el perfecto equilibrio que debe tener con la calidad con que se otorga la atención, en virtud de que los recursos disponibles no son ilimitados, aun en países con gran bonanza económica debiendo otorgar una atención con calidad al más bajo costo posible y lograr que la correcta administración de los recursos existentes, permita dar a atención al mayor número de usuarios.

Como elementos inherentes a la prestación de servicios con calidad en las unidades médicas son las actividades de educación e investigación.

La primera como instrumento a través del cual se debe garantizar la inducción, capacitación y actualización del personal en el puesto que desempeña, la formación de personal para la salud en las áreas médicas, paramédicas, técnica y la difusión de los conocimientos vigentes de la medicina y la segunda, como elemento que conduce hacia el desarrollo permanente de nuevos conocimientos que permitan mejorar los procedimientos y técnicas médicas en beneficio de la calidad y la eficiencia en la atención.

No sería aceptable que un procedimiento de la evaluación de la calidad de la atención, concluyera su función con el establecimiento de un diagnóstico situacional. Es necesario repercutir este diagnóstico situacional en acciones que permitan mejorar, garantizar o acreditar una atención médica de calidad, a través de identificación de problemas que afectan la calidad o la eficiencia en la prestación de los servicios, asignación o ubicación del responsable y un tiempo para su solución, establecimiento participativo y formal, por consenso, con el equipo involucrado, de la mayor alternativa de solución, registro del problema, del responsable y del tiempo de solución y seguimiento hasta su consecución, que indudablemente repercutirá en mejoría de calidad y eficiencia (Gas, 1993).

## 2.6 LA GESTIÓN DE CALIDAD Y EL RECURSO HUMANO

En la actualidad existe la tendencia sobre la implementación de sistemas de gestión de calidad en todas las empresas de servicios de salud, con el fin de asegurar procesos y

planes de mejoramiento que eliminen los riesgos para el usuario y para el prestador de servicios.

Para el cumplimiento de estándares de calidad en la prestación de servicios, desde el proceso de selección de las personas, se deben conocer los aspectos relacionados con sus cualidades. La norma ISO 9001 del 2000 plantea las siguientes estrategias a considerar para lograrlo:

1. Identificar las competencias que requiere el personal para desarrollar adecuadamente las actividades que afectan la calidad.
2. Capacitar y brindar entrenamiento al personal para satisfacer esas necesidades.
3. Evaluar la efectividad de la capacitación y el entrenamiento.
4. Asegurar que los empleados sean conscientes de la relevancia e importancia de sus actividades y como estas contribuyen para el cumplimiento de los objetivos de calidad.
5. Mantener registros adecuados de educación, experiencia, entrenamiento y habilidades.

La gestión del recurso humano es un área de la administración general de gran importancia por las características de su producto final que es prestar servicios de salud con calidad. El servicio de salud requiere de una serie de procesos, procedimientos, tecnología, infraestructura, e información, entre otros elementos, que son las herramientas de trabajo de las personas, quienes a su vez son el recurso más importante de cualquier organización. Administrar el recurso humano de una organización de salud no difiere en sus procesos de las empresas de otros sectores, pero si en la especial atención al diseño de perfiles para cada cargo, el proceso de selección, inducción, entrenamiento, evaluación y seguimiento. Las habilidades que deben tener las personas involucradas en la prestación del servicio tienen en común el factor de desarrollo humano necesario para la difícil tarea de atender a otros seres humanos en condiciones difíciles donde está en juego su proceso de salud.

Es de vital importancia la implementación de sistemas de gestión de calidad en las instituciones prestadoras de salud (IPS), CON ESTA HERRAMIENTA los planes de acción pueden ser controlados y llevados a planes de mejoramiento, donde el papel de las personas es fundamental.

La gestión del cambio, entendido como programa de educación hacia una mejor cultura organizacional, es sin lugar a dudas, la estrategia moderna más ajustada a las necesidades de las organizaciones de salud, por su contribución al logro de los objetivos tanto de las personas como de las empresas (Restrepo, 2005, pág. 147).

## 2.7 PROCESO DE CAPACITACIÓN

Capacitar significa proporcionar a los empleados nuevos o antiguos las habilidades que requieren para desempeñar su trabajo. La capacitación se enfocaba sobre todo en la enseñanza de habilidades técnicas, en la actualidad no solo se concentran en los objetivos tradicionales de la capacitación como identificar metas y objetivos estratégicos, sino también en las habilidades y los conocimientos requeridos para alcanzarlos y que los programas de capacitación.

Los programas de capacitación consisten en cinco pasos:

1. Análisis de las necesidades: identificación de las habilidades específicas que se requieren para desarrollar el trabajo.
2. El diseño de la instrucción: se reúnen y producen los contenidos del programa de capacitación
3. Se puede incluir la validación en donde se eliminan los defectos del programa presentándolo a un grupo reducido.
4. La implantación del programa en donde se aplica la capacitación al grupo de empleados elegidos
5. Y finalmente la evaluación en donde la administración evalúa los éxitos o fracasos del programa.

Una vez que se decide capacitar a los empleados y se han identificado las necesidades y metas de la capacitación, se debe crear un programa, donde se decide el contenido real, así como la forma de realizar la capacitación.

Hay varios métodos que se pueden utilizar para dar la capacitación entre estos:

- Capacitación en la práctica: es capacitar a las personas para que aprendan un trabajo mientras desempeñan su trabajo.
- Capacitación por aprendizaje: es un proceso estructurado en el que las personas se convierten en trabajadores hábiles, a través de la combinación de instrucción en salón de clases capacitación en la práctica.
- Capacitación para instrucción en el trabajo: son las lista de tareas básicas de cada puesto, así como los puntos clave necesarios para ofrecer a los empleados una capacitación paso por paso.
- Capacitación simulada: es capacitar a los empleados con equipo especial fuera del trabajo.
- Capacitación por Internet: permite que los empleados capacitados e instructores interactúen en vivo y de manera asincrónica en salas de chat y foros de discusión.

La evaluación de las actividades de capacitación logra medir las reacciones de los participantes ante el programa, que aprendieron en el programa y el grado en que su conducta en el trabajo cambio como resultado del programa. Para evaluar la eficiencia de un programa de capacitación hay cuatro categorías de resultados que las empresas pueden medir: las reacciones, el aprendizaje, la conducta y los resultados. cuando parezca que la capacitación ha fallado en ciertos casos, , tal vez se deba a que ésta mo era la solución adecuada al problema (Dressler, 2009, págs. 292-323).

## 2.8 CASO DE ÉXITO

Primer hospital en Latinoamérica en recibir certificado ISO 9001:2000

El Antiguo Hospital Civil de Guadalajara, Fray Antonio Alcalde y su Unidad de VIH recibió certificado ISO 9001:2000 que acredita la estandarización de los procesos de acuerdo con los parámetros reconocidos y por las normas que rigen cada uno de estos ámbitos a nivel internacional.

La calidad es un atributo de la atención médica y se define como el logro de los mayores beneficios posibles con los menores riesgos para el paciente. En el Hospital

Civil se ha construido un Sistema de Gestión de la Calidad enfocado al cumplimiento de su misión: la salud y trato digno a sus los pacientes.

Una institución como el Hospital Civil, con su historia, no ha llegado hasta aquí de una manera accidental, sino por la voluntad de generaciones de profesionales unidos por los valores éticos que han elevado a esta institución que tiene al paciente como su centro, a un ámbito relevante dentro de las instituciones públicas de esta nación.

Ser el primer hospital de asistencia pública en México y el primero que certifica la atención de pacientes con VIH en Latinoamérica, llena de mucho orgullo a la comunidad de trabajadores de la institución. Enfatizando que este es el inicio de una permanente mejora de los servicios que tiene su validez en la percepción que tienen los pacientes, sus familiares y la sociedad en general. El modelo impregna en su filosofía el espíritu de servicio, el deseo de contribuir a la superación, al desarrollo y sobre todo a la aspiración de ser la palanca que impulse el cambio a la mejora de los demás servicios.

Finalmente, el subsecretario de Innovación y Calidad de la Secretaria de Salud del Gobierno de la República, expresó que avanzar en los niveles de calidad requiere de múltiples esfuerzos, por ello se diseñó la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud como una estrategia que hoy da resultados al haber capacitado a más de 30 mil personas en el país en procesos de mejora, en herramientas de mejora de calidad, en trato digno a los pacientes para que la Cruzada sea un esfuerzo de convicción de los trabajadores de la salud y son las certificaciones el producto de dichos esfuerzos. La calidad es una convicción permanente con la certeza de que siempre es posible ser mejor. (Mural, 2005) (ver anexo 5).

## 2.9 LEGISLACIÓN

El marco constitucional de la República reconoce en el artículo 45 de la Constitución “El derecho a la protección de la salud y el deber de todos a participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad”. Además, manda que “El Estado conservará el medio ambiente adecuado para proteger la salud de las personas”. En su artículo 149, establece que “El Poder Ejecutivo, por medio de la Secretaría de Salud,

coordinará todas las actividades públicas de los organismos centralizados y descentralizados de dicho sector, mediante un Plan Nacional de Salud, en el cual dará prioridad a los grupos más necesitados. Corresponde al Estado supervisar las actividades privadas de salud conforme a la ley”.

Con respecto a la formación de talento humano en salud, su responsabilidad recae en su mayoría, en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) y la Secretaría de Salud, con un enfoque orientado a un abordaje centrado en la atención, en la curación del daño y la enfermedad, con énfasis biologicista asistencialista, desvinculado con las necesidades prioritarias de salud del país. Las especialidades y el uso de alta tecnología de alto costo dirigida a la atención del individuo sigue siendo la prioridad. Tampoco existen políticas, programas ni instituciones dedicadas a la formación de investigadores en salud que sean capaces de brindar al sector salud, resultados sustentados en evidencia para los diferentes procesos de reforma y modernización del sistema.

El desarrollo del talento humano continúa siendo una tarea pendiente que dificulta la planificación cuantitativa y cualitativa de dichos recursos para las necesidades presentes y futuras del país. La carencia de políticas y estrategias integrales e innovadoras para la gestión y administración del talento humano es crítico, también para la implementación y desarrollo de los procesos de reforma del sistema (Salud S. d., 2010, pág. 18).

En la sección tercera de la Ley General de Administración Pública en su artículo 28 indica que para la Administración General del país la Constitución de la República confiere al Poder Ejecutivo que habrá Secretarías de Estado, donde en el numeral 3 se refiere a la Secretaria de Salud .

En el artículo 29 de esta misma ley se habla de las competencias fundamentales de cada Secretaria. En salud las competencias según la ley son: Lo concerniente a la formulación, coordinación, ejecución y evaluación de las políticas relacionadas con la protección, fomento, prevención, preservación, restitución y rehabilitación de la salud de la población; las regulaciones sanitarias relacionadas con la producción, conservación,

manejo y distribución de alimentos destinados al consumo humano; el control sanitario de los sistemas de tratamiento, conducción y suministro del agua para consumo humano, lo mismo que de las aguas pluviales, negras y servidas y la disposición de excretas; así como lo referente a inhumaciones, exhumaciones, cementerios y crematorios, en coordinación con las autoridades municipales; el control y vigilancia de la producción y venta de productos farmacéuticos, cosméticos y sustancias similares de uso humano y la producción, tráfico, tenencia, uso y comercialización de drogas sicotrópicas (Social S. D., 2012).

La Ley de Servicio Civil en su capítulo X artículo 73 habla sobre las obligaciones de los servidores públicos y para efectos de la investigación primero desempeñar el cargo para el que hayan sido nombrados, en forma regular y con la dedicación y eficiencia que requiera la naturaleza de éste; segundo, acatar las órdenes e instrucciones que les impartan sus superiores jerárquicos y ejecutar las labores adicionales que se les encomienden, en interés del servicio público; tercero guardar la reserva y discreción necesarias sobre los asuntos relacionados con su trabajo y enaltecer la administración pública y la institución a la que sirven, mediante la observancia de buena conducta dentro y fuera del servicio; y, por ultimo guardar en las relaciones con el público la debida consideración y respeto, de modo que no se originen quejas justificadas por el mal servicio o por falta de atención (Social S. d., 2012).

## CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

Siguiendo los lineamientos de aprobación de proyectos de investigación del comité de ética del Instituto Nacional Cardiopulmonar, se presentó la propuesta sobre “Calidad de atención a pacientes con VIH/SIDA en del Instituto Nacional Cardiopulmonar” (ver anexo 4).

### 3.1 ENFOQUE Y MÉTODOS

El enfoque que se utilizó en la presente investigación es el enfoque mixto. Con el enfoque cualitativo se describe como se realizan los procesos de atención en la actualidad y con el enfoque cuantitativo se hizo uso de la recolección de datos con una base en medición numérica para establecer los patrones de comportamiento.

El método es mixto porque estos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación y la implicación de recolección de datos así como el análisis de datos tanto cualitativos como cuantitativos (Sampieri C. B., 2010, pág. 546). Se utilizó la integración de ambos métodos en un solo estudio con el fin de obtener una representación más completa del fenómeno.

En el enfoque cualitativo se utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas en el proceso de interpretación, se utiliza un proceso circular, donde no se sigue una secuencia rigurosa. Así se parte de la idea, se plantea el problema, se realiza una revisión bibliográfica entorno al tema, se diseña la metodología, en donde se define la muestra y el acceso utilizado para la recolección de datos, una vez completados estos pasos se llega al análisis e interpretación de datos para hacer propuestas de cambio en base a los resultados encontrados.

En el enfoque cuantitativo se parte con una idea, se establecen los objetivos y preguntas de investigación, se hace revisión de la literatura y se construye el marco teórico, para luego analizar objetivos y preguntas y poder determinar la muestra, se recolectan los datos de acuerdo al instrumento establecido y una vez recolectado los datos poder pasar al estudio de la información para poder concluir sobre estos (Sampieri C. B., 2010, pág. 4).

### 3.2 MÉTODOS

La investigación fue de carácter transversal, ya que se recolectaron datos en un solo momento con el propósito de describir y analizar variables y como estas se relacionan entre sí, utilizando tanto el método exploratorio como el descriptivo.

El método exploratorio se utilizó ya que este tiene como objetivo examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido elaborado antes, con el propósito de investigar la calidad de atención que brindada a los pacientes en el CAI del INCP y que en la actualidad está siendo evaluado por la Secretaria de Salud.

El método descriptivo se utilizó con el fin de describir una serie de cuestiones seleccionadas y medirlas cada una de ellas independientemente con el propósito de analizar cómo se realizan en la actualidad los procesos de atención a los pacientes VIH/SIDA en el CAI del INCP y sus diferentes componentes.

### 3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se realizó mediante una investigación no experimental de diseño transversal, ya que la recolección de datos se realiza una sola vez en cada una de las unidades de análisis y se observan fenómenos tal como suceden en un contexto natural.

El plan de desarrollo de la investigación se basó en la recolección de datos desde el punto de vista de los prestadores de la atención médica en la institución y los beneficiarios de la misma en un periodo de tiempo determinado realizado durante la tercera semana del mes de mayo del 2013.

Para la recolección de la información, se utilizaron tres muestras diferentes para conocer de manera global la calidad en la atención que se brinda a los pacientes en el CAI del INCP.

La primera muestra fue el personal a cargo de las diferentes áreas que brindan atención a los pacientes que asisten al CAI del INCP tomándose como muestra el personal que labora en el Centro de Atención Integral.

La segunda muestra fueron los médicos que laboran en el CAI, entrevistando a 3 de los 5 médicos, incluyendo el jefe del CAI. La tercera muestra fueron los pacientes que

reciben atención médica en el CAI del INCP independientemente de su género, raza, religión y área geográfica de donde proceden. Esta muestra es probabilística, ya que todos los elementos de la población, en este caso los pacientes que visitan el CAI, tienen la misma posibilidad de ser elegidos.

### 3.3.1 POBLACIÓN

La población se define como “la totalidad de elementos o individuos que tienen características similares y sobre las cuales se desea hacer inferencia”. La población meta para esta investigación fueron los pacientes que asisten a consulta en el CAI así como los empleados encargados de prestar atención a los pacientes. Bernal (2005).

### 3.3.2 MUESTRA

Para efectos de esta investigación el tamaño de la población se extrajo de las estadísticas de pacientes que se atienden y visitan el CAI, así como del personal a cargo del centro. Ambas muestras proporcionadas por el Centro de Atención Integral.

La muestra de la población que visita el CAI se obtuvo calculando la ecuación para muestras infinitas que a continuación se presenta:

$$n = \left[ \frac{(Z)^2 (N) (P)(Q)}{e^2 (N-1) + (Z)^2 (P)(Q)} \right]$$

Dónde:

N= 700 pacientes (Fuente CAI)

e=0.05 (error de estimación máximo permitido)

Z=1.96 (para un 95% de confianza)

P=0.5Q=0.5son iguales a 0.5 respectivamente (probabilidades)

Fórmula aplicada

$$n = \frac{(1.96)^2 + (700)(0.5)(0.5)}{(0.05)^2(700 - 1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{178.8416}{(1.7475) + (0.9604)}$$

$$n = \frac{43,661.7048}{2.7079}$$

n = 66 Encuestas a pacientes

La muestra de la población que atiende en el CAI se obtuvo calculando la ecuación para muestras infinitas que a continuación se presenta:

$$n = \left[ \frac{(Z)^2 (N) (P)(Q)}{e^2 (N-1) + (Z)^2 (P)(Q)} \right]$$

Dónde:

N= 21 empleados (Fuente CAI)

e=0.05 (error de estimación máximo permitido)

Z=1.96 (para un 95% de confianza)

P=0.5Q=0.5son iguales a 0.5 respectivamente (probabilidades)

Fórmula aplicada

$$n = \frac{(1.96)^2 + (21)(0.5)(0.5)}{(0.05)^2(21 - 1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{9.0916}{(0.05) + (0.9604)}$$

$$n = \frac{9.0916}{1.0104}$$

n = 9 Encuestas a empleados

### 3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS

- LA ENTREVISTA. Según Sampieri (2006), las entrevistas implican que una persona calificada aplica el cuestionario a los sujetos participantes, el primero hace las preguntas a cada sujeto y anota las respuestas.

En la entrevista se realizaron 11 preguntas abiertas para conocer de manera detallada el trabajo que realiza el CAI brindar atención a los pacientes, se consideró este número por las agendas de trabajo de los médicos entrevistados. Las preguntas fueron diseñadas basándose en las variables utilizadas en el estudio y en los indicadores de calidad de GESIDA. Las entrevistas tuvieron un tiempo de duración de 35 minutos en promedio. (véase anexo 1).

- LA ENCUESTA: Es una técnica cuantitativa que consiste en una investigación realizada sobre una muestra de sujetos, representativa de un colectivo más amplio que se lleva a cabo en el contexto de la vida cotidiana, utilizando procedimientos estandarizados con el propósito de conseguir mediciones cuantitativas sobre una cantidad de características objetivas y subjetivas de la población a analizar.

Se aplicaron dos encuestas, la primera dirigida a los pacientes que asisten al CAI y la segunda al personal que labora en dicho centro. La encuesta se diseñó de acuerdo a los objetivos, variables y marco teórico del estudio; en ambas encuestas se utilizó la escala de Likert con preguntas cerradas; para el personal se elaboraron 16 preguntas y para el paciente 8 preguntas; esto para facilitar al paciente la comprensión del contenido de las mismas y la disponibilidad para colaborar (véase anexo 2).

### 3.5 FUENTES DE INFORMACIÓN

#### 3.5.1 FUENTES DE INFORMACIÓN PRIMARIA

Para esta investigación se hizo uso de las siguientes fuentes primarias:

- Entrevistas a la Dra. Norma Flores de Solórzano, Jefe del CAI del INCP y la Dra. Sayda Pejuan, Coordinadora del Departamento de Garantía de Calidad de la Región Metropolitana de la Secretaría de Salud.

### 3.5.2 FUENTES DE INFORMACIÓN SECUNDARIA

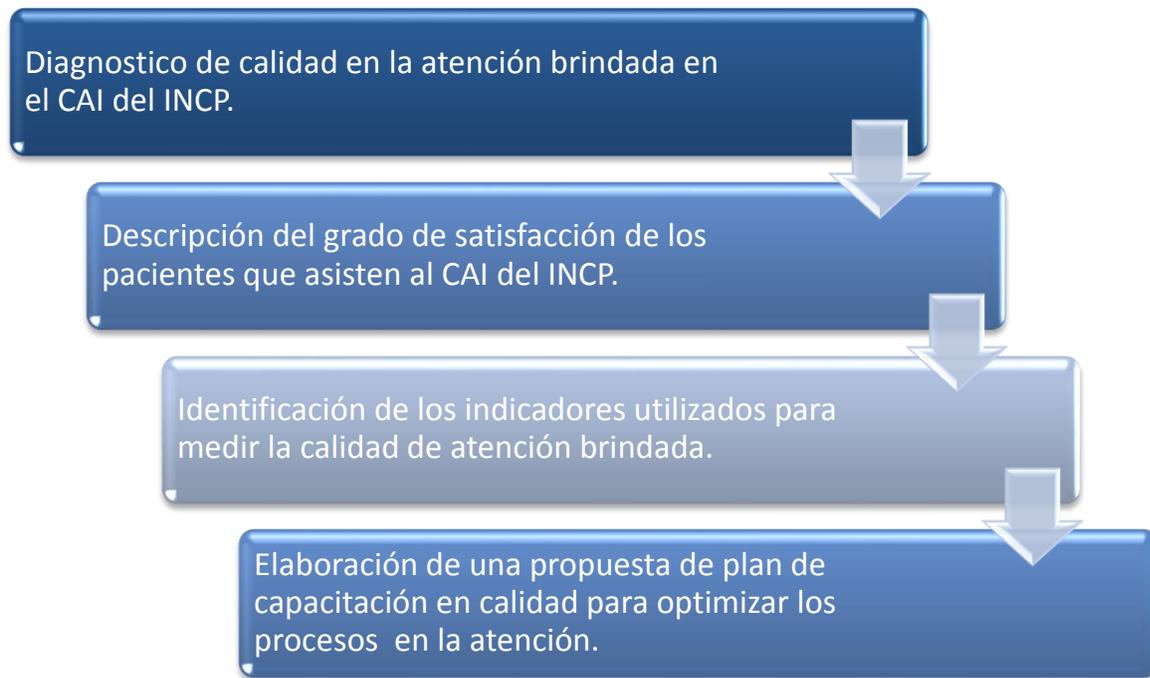
Las fuentes de información secundaria para esta investigación se respaldaron con la consulta de libros y tesis relevantes al tema de investigación, artículos, revistas, sitios web y la consulta del libro sobre metodologías de la investigación.

- Datos estadísticos de la Secretaria de Salud, programa de ITS/VIH/SIDA.
- Indicadores de calidad según GESIDA.
- Consulta de documentos de la Fundación Avedis Donabedian.
- Consulta de documentos con información relevante al tema de investigación.

## CAPÍTULO IV.RESULTADOS Y ANÁLISIS

### 4.1 RESULTADOS Y ANÁLISIS DE ENCUESTAS

En este capítulo se presentan todos los resultados que arrojan las encuestas aplicadas, utilizando tablas de frecuencia por pregunta, así mismo gráficos de barra, con el propósito de presentar y reflejar los resultados obtenidos mediante la aplicación de las herramientas e instrumentos de comprobación de variables, así como el seguimiento del procedimiento metodológico que se utilizó.



**Figura 3. Fases Metodológicas**

Para el estudio se aplicó una entrevista a la jefe del CAI y dos encuestas; la primera al personal que labora en el CAI del INCP, en un periodo de dos días y la segunda, a los pacientes que asisten ha dicho centro en un periodo de 5 días, tomando a los pacientes que estaban citados y los que llegaron por remisión de otros CAI.

#### 4.1.1 ENTREVISTA A DOCTORA NORMA FLORES DE SOLORZANO

Se realizó entrevista a la jefe del CAI del Instituto Nacional Cardiopulmonar, quien comentó que desde el 2012 se inició proceso de mejora continua en coordinación con el Departamento de Garantía de Calidad de la Secretaria de Salud; capacitando a los

coordinadores de los CAI a nivel nacional, luego se inició con la conformación de un comité de garantía de calidad y a trabajar y elaborar indicadores de calidad tales como porcentaje de muertes asociadas a infección avanzada por VIH/SIDA en personas recibiendo TARGA, porcentaje de establecimientos de salud que realizan referencia y contra referencia para la atención y apoyo relacionados con el VIH/Sida, porcentaje de desabastecimiento en el suministro de medicamentos ARV, entre otros, luego se replicó las capacitaciones con el resto del personal y en otros CAI, la experiencia está siendo aplicada simultáneamente en otros CAI, al ser evaluado el CAI del INCP, fue el que mejores resultados obtuvo, se inició el análisis y abordaje a problemas detectados en los procesos, como ser la pérdida de expedientes, por lo que se coordina con la jefe del departamento de estadística del hospital, con quien determinaron enviar los expedientes de las personas citadas a la consulta externa del CAI, el día anterior a la cita; aún se tiene problemas con los expedientes de pacientes que se presentan sin cita, a quienes en muchas ocasiones no se les encuentra el expediente; por tal razón se ha propuesto que el CAI maneje los expedientes, lo que no se puede por el recorte de personal que ha realizado la Secretaria de Salud, ya que era personal por contrato con Fondo Global, capacitado y no ha sido sustituido; luego se elaboró el flujo grama para abordar el abandono del paciente al tratamiento, por lo que ya se inició a hacer llamadas telefónicas a cada paciente para saber si realmente abandono la terapia antirretroviral, o es que el paciente murió o se trasladó a otro CAI, se maneja un abandono del 18%, porcentaje que es lo aceptado según las normas de la Secretaria de Salud; en la actualidad Fondo Global apoya a la Secretaria de Salud en un 20% de la compra de medicamentos; la doctora manifiesta además que no a todas las personas les gusta trabajar en el CAI, la sala cuenta con 25 camas en la actualidad .

La doctora expresó que en la infraestructura de la sala de hospitalización no se cuenta con las condiciones óptimas para atender algunas patologías de los pacientes como ser la tuberculosis, la cual sin tratamiento puede contagiar al personal y al resto de demás pacientes; y en los linfomas a los cuales se les administra quimioterapia y radioterapia, lo que provoca que se deteriore aún más el sistema inmunológico del paciente, por lo que corre el riesgo de adquirir otras patologías, esto debido a que en el Hospital San Felipe, donde existe una sala de oncología, no los quieren recibir por su condición de

VIH, donde le administraron quimioterapia y se tiene las condiciones para atención; en el edificio de la consulta externa, se recibe al paciente en la preclínica, donde se toman signos vitales, peso, administración de medicamentos, se espera ser atendido por el médico, psicología, trabajo social y farmacia; si ha perdido cita pasa a trabajo social, quienes refuerzan adherencia al tratamiento, luego pasa con la psicóloga, quien nuevamente lo refiere al médico, sugiriendo después de la valoración de cada caso, que se prescriba medicamento para tres días, pues se debe evaluar y reforzar adherencia; este proceso se realiza para evitar el abandono del paciente al tratamiento, luego la cita se da cada semana, hasta que el paciente mejora la asistencia a sus citas de control.

La doctora opina que los procesos de atención brindados al paciente en el CAI, son de alta calidad, pues siempre se está buscando brindar lo mejor y con trato humanizado, a pesar de tener escasez de insumos y medicamentos, los cuales por problemas administrativos no siempre se tienen a tiempo ni en las cantidades que se necesitan, sumado esto a la falta de personal para brindar una mejor atención, ya que la mayor parte del personal está por contrato; el cual se entrena y al ganar plaza permanente lo trasladan a otra sala, con la implementación del comité de garantía de calidad se está en busca de mejorar los procesos existentes, pero los pacientes se quejan de las decisiones que se han tomado en este proceso de cambio, en vista que muchos de los pacientes no se realizaban los exámenes de laboratorio indicados para control, los que según las normas de la Secretaria de Salud son importantes para valorar la adherencia al tratamiento y la mejoría del paciente, estos son indicadores de producción, además se evalúa el número de pacientes por hora médico, que deben ser cuatro, para que la Secretaria de Salud renueve el contrato a los médicos; estándar de atención negociado internamente con el director del hospital, ya que la Secretaria de Salud tiene como estándar que cada médico debe atender 24 pacientes en su jornada de seis horas.

La doctora considera que la implementación de un plan de capacitación al personal mejorara la calidad de la atención brindada y los procesos existentes, en vista que la Secretaria de Salud tiene sus manuales y normas de atención en el abordaje clínico y farmacológico; el comité de calidad está haciendo el abordaje en los procesos de

atención, específicamente el flujo grama que debe seguir el paciente al momento de ser atendido.

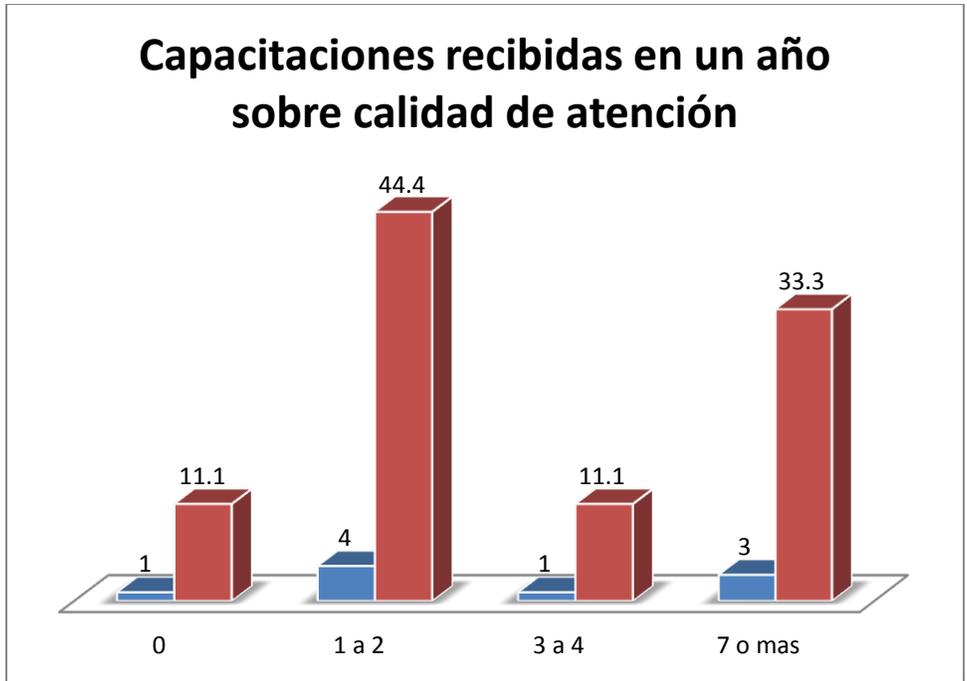
A continuación se presenta los resultados obtenidos en la encuesta realizada al personal y pacientes del CAI del Instituto Nacional Cardiopulmonar.

#### 4.1.2 ANÁLISIS Y RESULTADOS DE ENCUESTA APLICADA A PERSONAL QUE LABORA EN EL CAI.



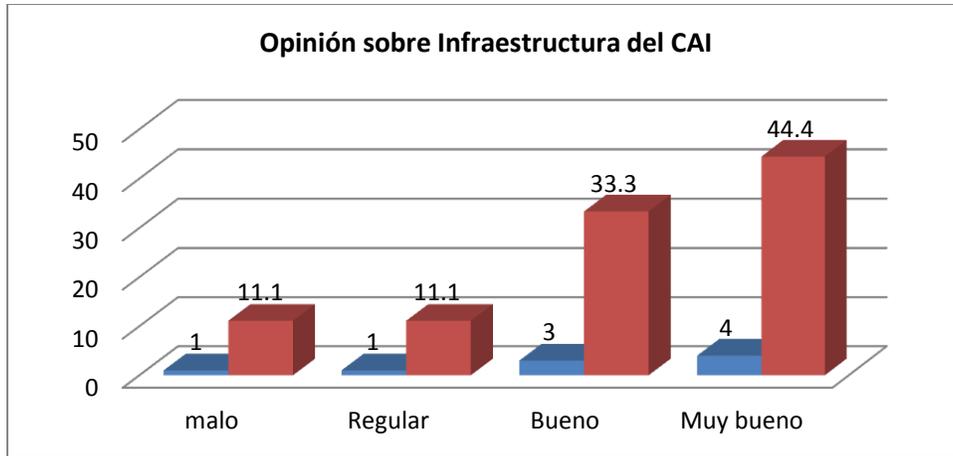
**Figura 4. Conocimiento sobre guías o protocolo de atención a pacientes del CAI**

El 100% de los empleados encuestados respondió tener conocimiento de las guías o protocolos de atención establecidos por la Secretaria de Salud para la atención a pacientes en el CAI, esto debido al proceso de inducción y capacitaciones que constantemente se brinda a los empleados en estos temas.



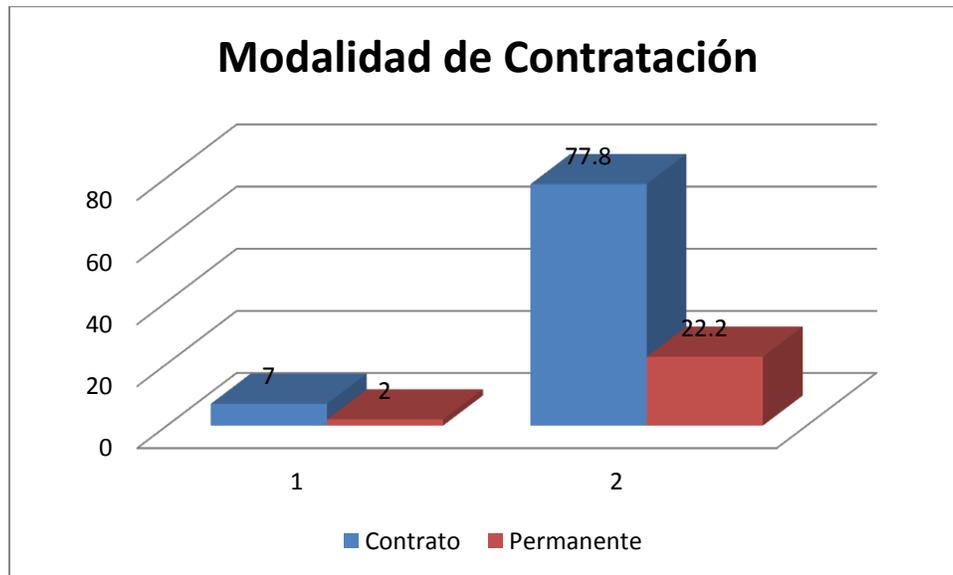
**Figura 5. Capacitaciones recibidas en un año sobre calidad de atención.**

La investigación evidencio que al preguntar sobre el número de capacitaciones recibidas sobre calidad de atención, el 44.4% refiere haber recibido de 1 a 2 capacitaciones, encontrando que el 11.1% ha recibido de 3 a 4 capacitaciones, el 33.3% ha recibido de 7 o más capacitaciones, y el 11% de los encuestados refiere no haber recibido capacitación, estos resultados evidencian que no se ha brindado el mismo número de capacitaciones a todo el personal que labora en el CAI, encontrando que existe personal que no ha sido capacitado, pese a que se está trabajando con Indicadores de Calidad, esto debido a que hay personal que labora en tres turnos diferentes, encontrando además que hay personal de recién ingreso.



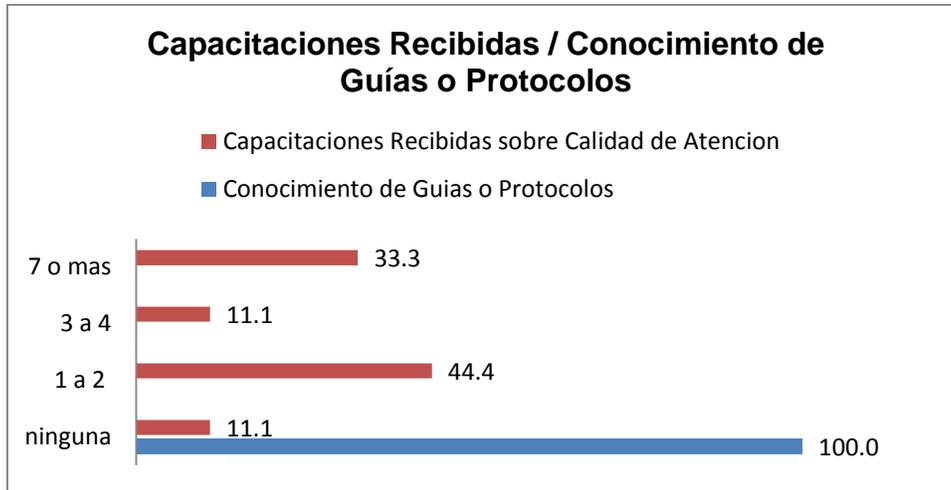
**Figura 6. Opinión sobre la infraestructura del CAI**

En relación a la opinión del personal sobre la infraestructura donde funciona el CAI, el 44.4%, opina que es muy buena, el 33.3% buena; en cambio el 22.2% considera la infraestructura de regular a mala, esto debido a que el área de hospitalización no se cuenta con áreas de aislamiento necesarias en patologías tales como tuberculosis y linfomas, por lo que se expone al paciente a adquirir otras patologías dentro del hospital, encontrándose además que en las clínicas de la consulta externa las ventanas se mantienen cerradas, hay poca ventilación, con lo que se expone al personal.



**Figura 7. Modalidad De Contratación De Los Empleados**

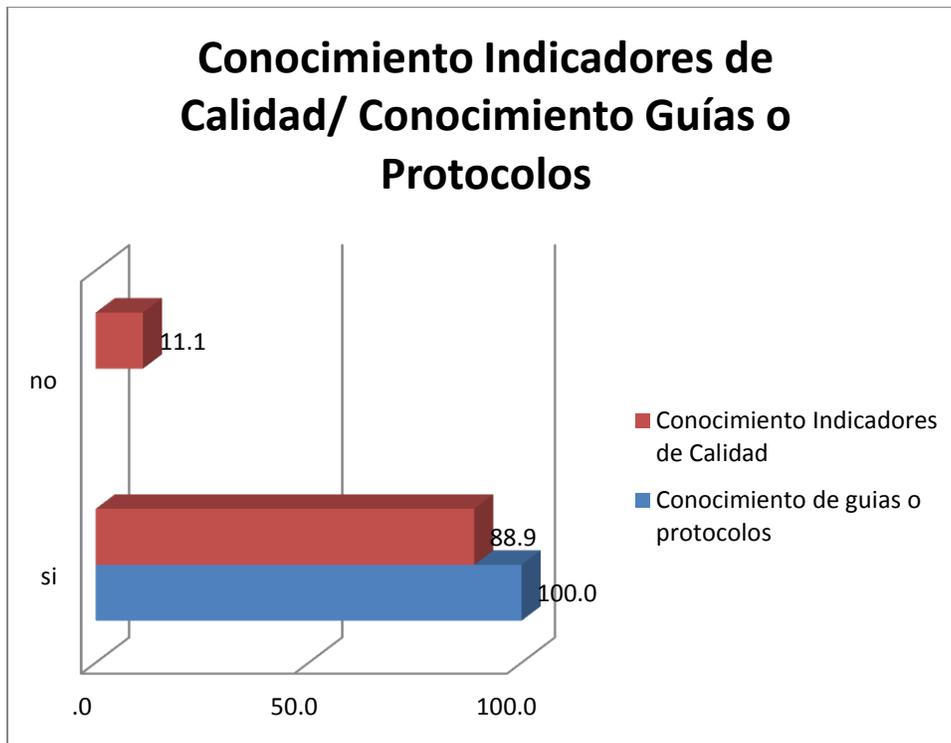
El 78% del personal entrevistado trabaja con la modalidad de contrato, encontrando que existe personal que tiene de ocho a diez años de estar bajo esta modalidad; lo que genera fuga de personal capacitado y entrenado en la atención a pacientes VIH/SIDA, en vista que la Secretaria de Salud ha hecho recortes de personal, encontrándose además que el personal que se despide no se reemplaza. En cambio solo un 22.2% del personal es permanente dentro del CAI del INCP.



**Figura 8. Capacitaciones recibidas sobre Calidad de Atención/ Conocimiento de Guías o Protocolos de Atención**

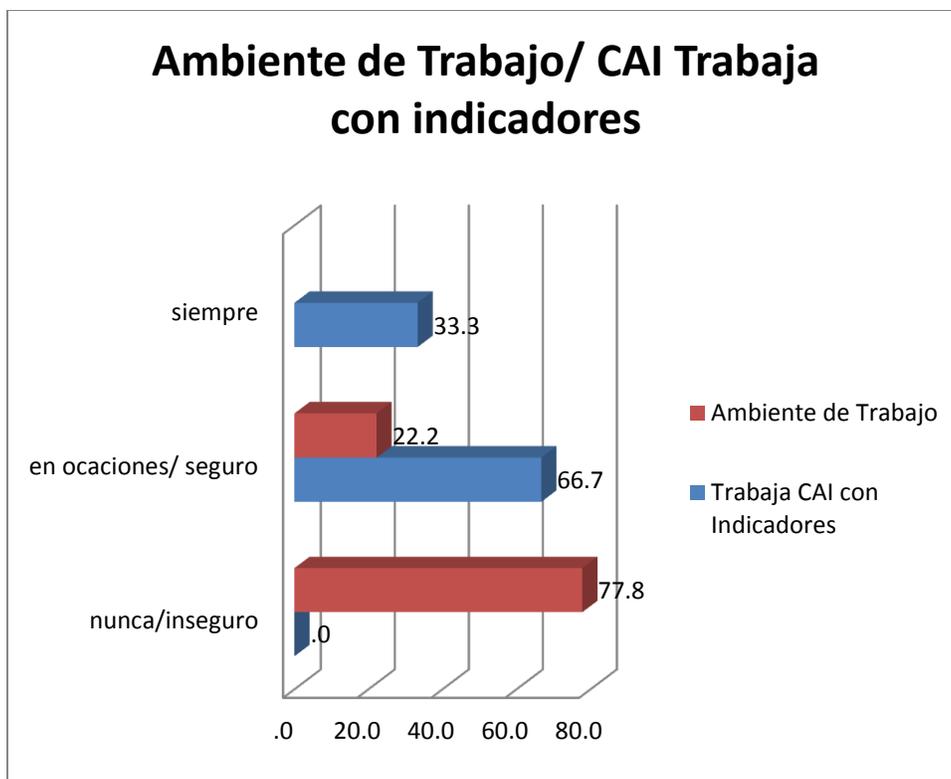
En el primer cruce se hace un análisis sobre el conocimiento del personal de las guías o protocolos de atención, con las capacitaciones recibidas sobre calidad en el periodo de un año. Los resultados proyectan que el 100% de los empleados conocen las guías o protocolos de calidad establecidos por la Secretaria de Salud, esto debido al proceso de inducción y capacitaciones que constantemente se brinda a los empleados en estos temas, encontrando que el 11.1% de los empleados del CAI no ha recibido capacitaciones sobre el tema de calidad, evidenciándose además que no hay una equidad en el número de capacitaciones recibidas por los empleados ya que el 44.4% refiere haber recibido de 1 a 2 capacitaciones encontrando que el 11.1% ha recibido de 3 a 4 capacitaciones y el 33.3% ha recibido de 7 o más capacitaciones, esto debido

a que hay personal que trabaja en tres turnos diferentes, y las capacitaciones se realizan en la jornada matutina y hay personal de recién ingreso.



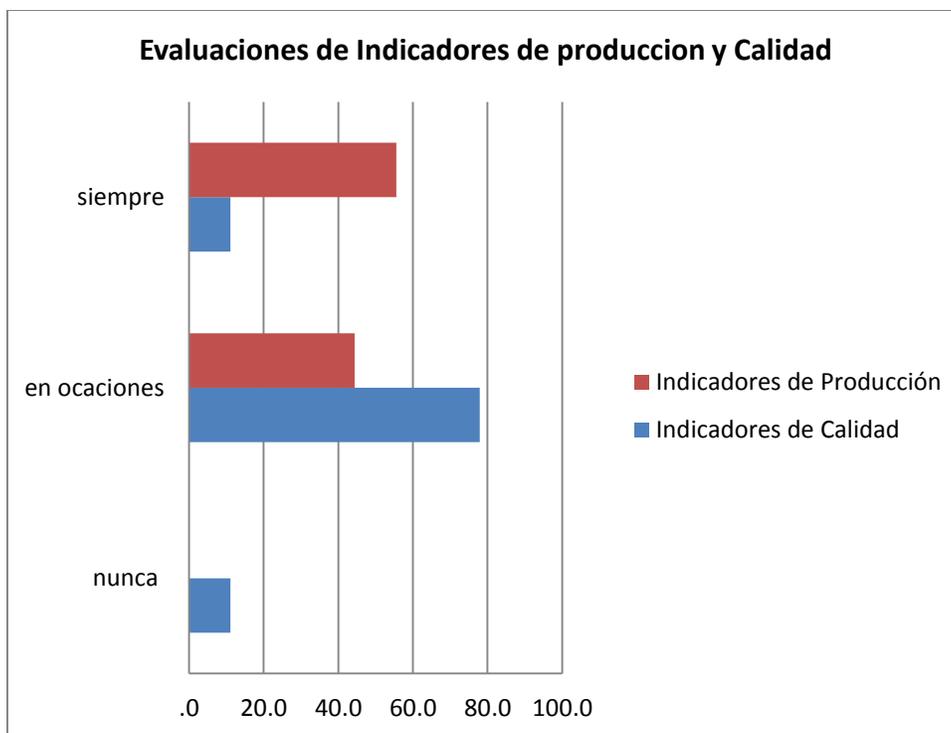
**Figura 9. Conocimiento de Indicadores de Calidad/ Conocimiento de Guías o Protocolos**

Al hacer el cruce sobre el nivel de conocimiento del personal de las guías o protocolos de atención establecidos por la Secretaria de Salud con el conocimiento de indicadores de calidad, se evidencia que el 100% del personal consultado conoce las guías o protocolos, encontrando que el 11.1% no tiene conocimiento sobre indicadores de calidad, lo que evidencia que se da mayor importancia a capacitar al personal sobre guías o protocolos de atención.



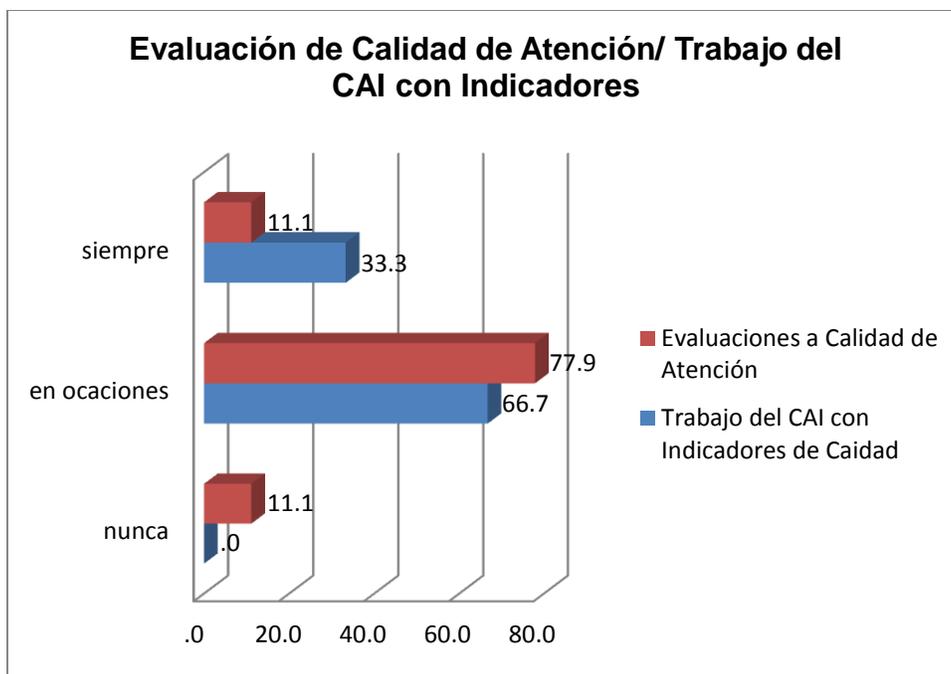
**Figura 10. Ambiente de trabajo/ CAI Trabaja con Indicadores de Calidad**

El 67% de los entrevistados opina que el CAI trabaja en ocasiones con indicadores de calidad, esto debido a que no todos los procesos de atención se evalúan con indicadores de calidad, en vista que la Secretaria de Salud mide indicadores de producción, con los cuales evalúa también la ampliación del contrato del personal; observándose que el 78% opino que el ambiente de trabajo es inseguro, en relación a las condiciones que proporciona la infraestructura para las patologías que presenta el paciente hospitalizado y que asiste a consulta médica, existen estructuras de recién construcción, las cuales no cuentan con las condiciones óptimas de diseño para atender los pacientes que demandan atención.



**Figura 11. Evaluación Indicadores de Producción/ evaluación Indicadores de Calidad**

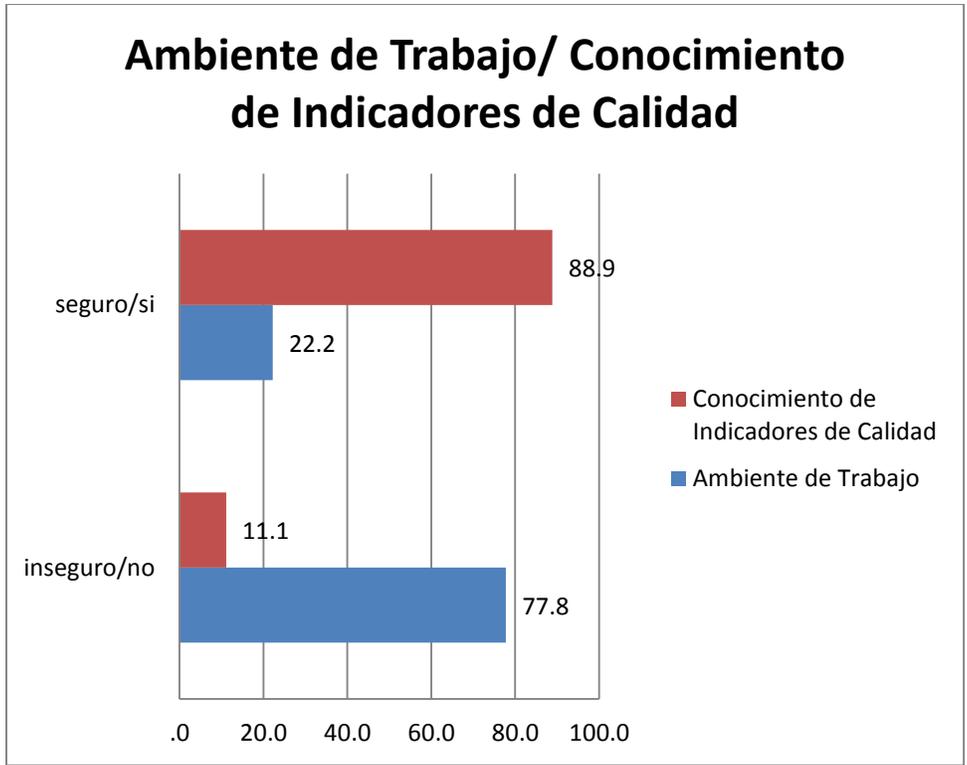
El 78% opina que en ocasiones se realiza evaluaciones a los indicadores de calidad ya que no todos los procesos de atención son medidos con estos indicadores, en cambio el 56% opino que siempre se evalúa los indicadores de producción establecidos por la Secretaria de Salud; teniendo como indicadores de producción: el número de atenciones en un mes, tales como número de pacientes atendidos por médico, número de muertes, número de abandonos a la terapia ARV, número de pacientes nuevos diagnosticados, entre otros; los hallazgos evidencian que las evaluaciones están enfocadas en la producción de resultados del personal y no en la calidad de los resultados.



**Figura 12. Evaluaciones a Indicadores de Calidad/ Trabajo con Indicadores de Calidad**

El 66.7% de los encuestados contestó que en ocasiones realiza su trabajo con indicadores de calidad, el 78% de estos entrevistados opino que en ocasiones se evalúa los indicadores de calidad.

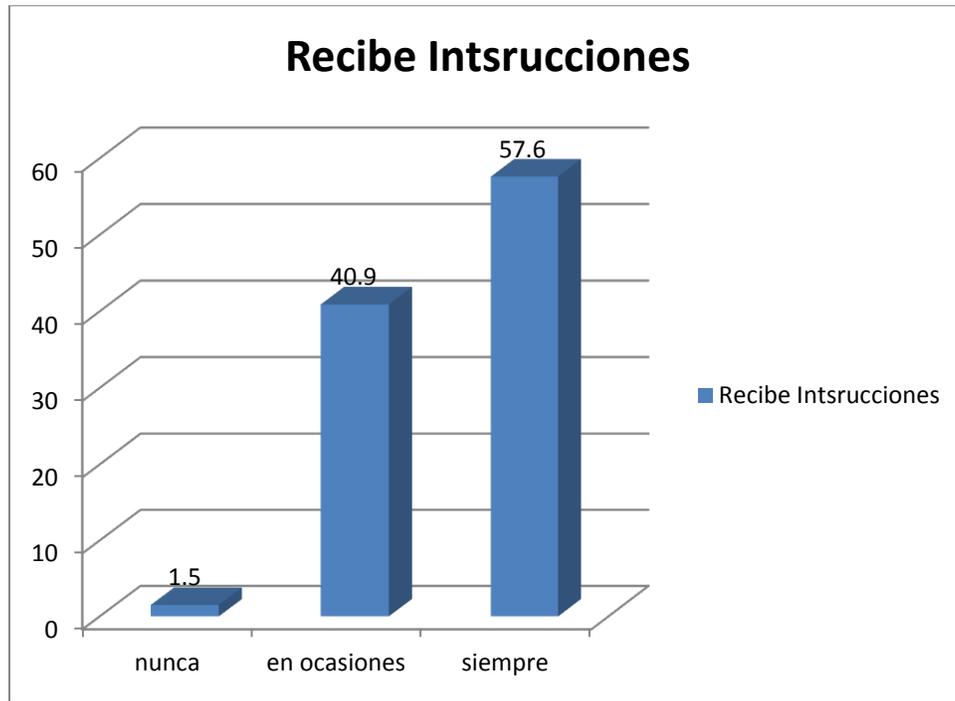
Mientras que el 33.3% contestó que siempre se trabaja con indicadores, y solamente un 11.1% contestó que siempre se hacen evaluaciones a los indicadores de calidad. Es importante evidenciar que existe un 11.1% del personal el cual nunca ha trabajado con indicadores, por lo cual no puede ser evaluado, lo que evidencia que no todo el personal trabaja con indicadores y no todos los procesos de atención se realizan y miden con Indicadores de Calidad.



**Figura 13. Conocimiento de Indicadores de Calidad/ Ambiente de Trabajo**

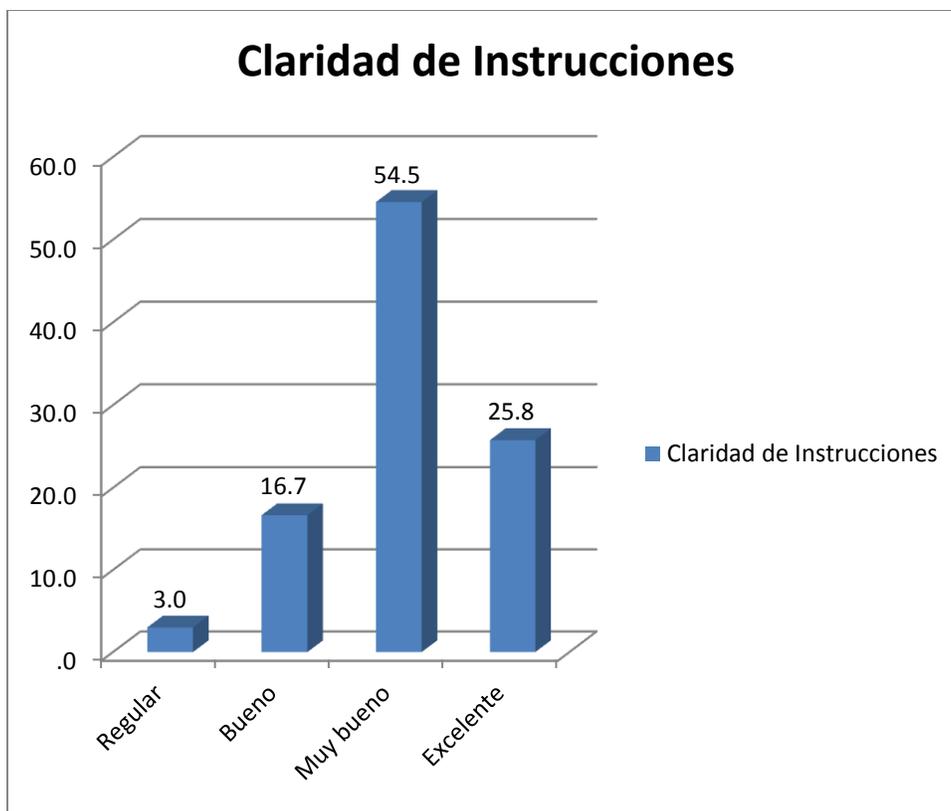
El 77.8% de los entrevistados opino que el ambiente de trabajo es inseguro, en vista que la infraestructura no tiene todas las condiciones adecuadas para atender al paciente, observándose que el 88.9% tiene conocimiento sobre indicadores de calidad, lo que le permite conocer de estándares mínimos de seguridad que debe tener las instalaciones donde funciona un CAI, encontrándose que existe un 11.1% que no tiene conocimiento sobre indicadores de calidad y el 22.2% que considera seguro el ambiente de trabajo para el tipo de patologías que presenta el paciente que se atiende.

#### 4.1.3 ANÁLISIS Y RESULTADOS DE ENCUESTA APLICADA A PACIENTES



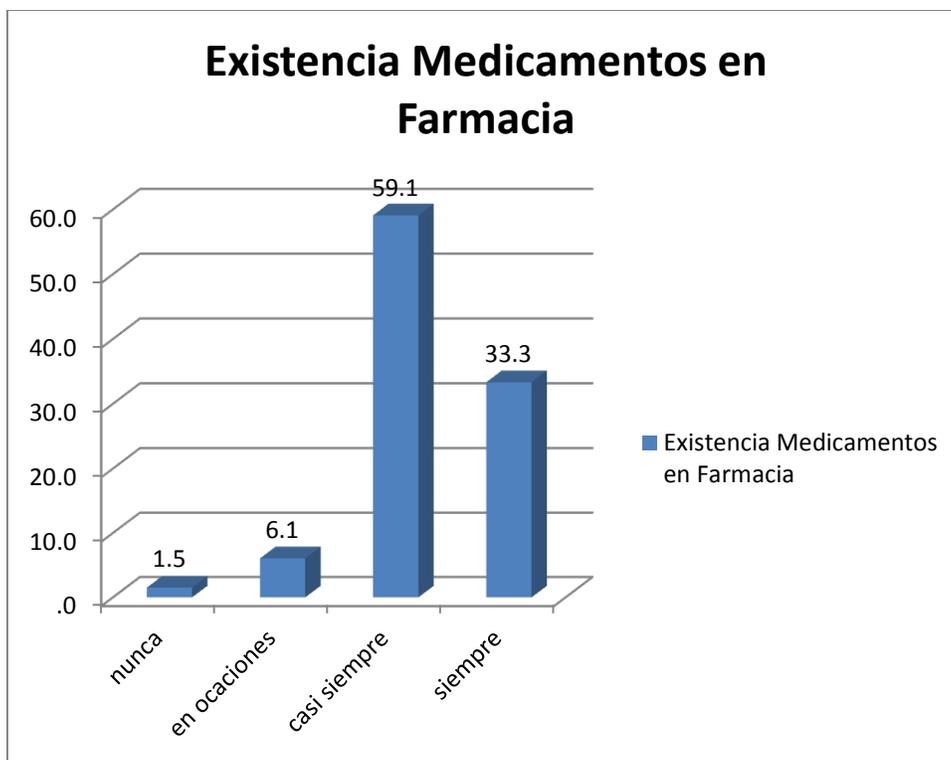
**Figura 13. Recibe Instrucciones del Personal**

El 57.6% de los pacientes que asisten al CAI refieren que siempre ha recibido instrucciones del personal que lo atiende, el 40.9% indicó que en ocasiones recibe instrucciones, observándose que el 1.5% de los pacientes nunca recibió instrucciones de parte del personal, lo cual influye en el tiempo de espera del paciente para ser atendido; es de hacer notar que no existe consistencia en la frecuencia con que se brinda instrucciones a los pacientes, esto debido a que dentro del hospital, el paciente debe visitar diferentes departamentos, en donde no se trabaja con indicadores de calidad, como estadística a solicitar la apertura del expediente, laboratorio, farmacia, consulta externa general, para luego ser atendido en el CAI.



**Figura 14. Claridad de instrucciones brindadas por el personal**

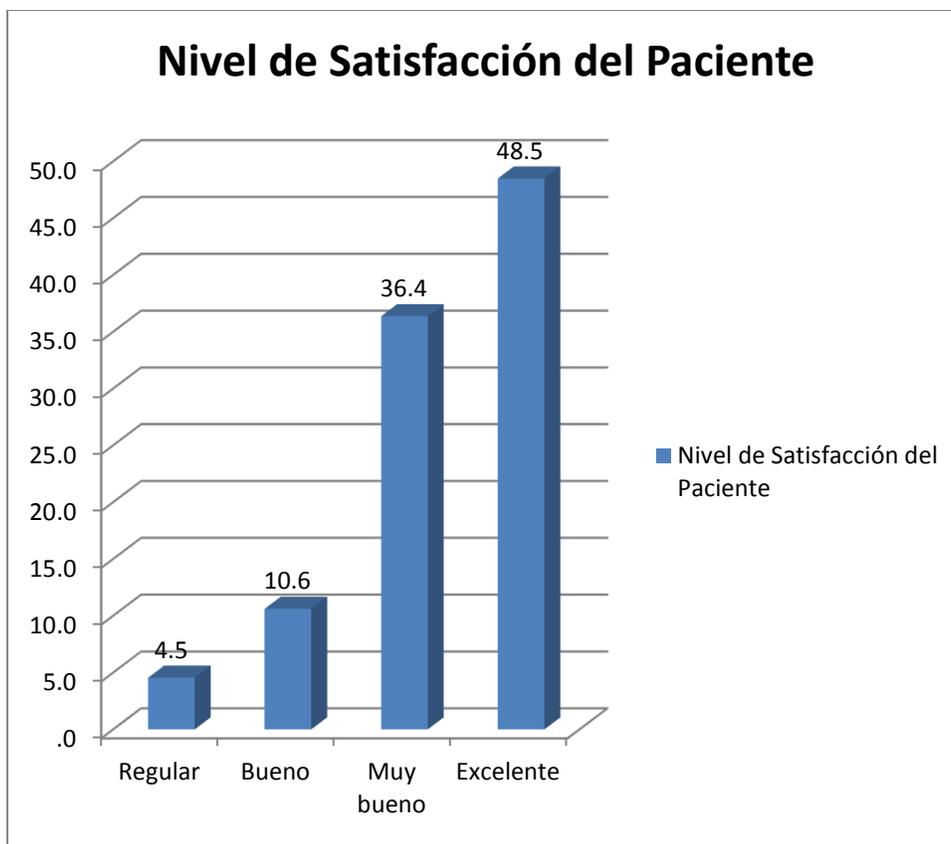
Observando los resultados de la figura 13, donde se evidencia que el 57.6% opino que siempre recibe instrucciones, este resultado se relaciona con el 54.5% de los pacientes que opina que las instrucciones recibidas de parte del personal son calificadas en un 25.8%, de muy buena y excelente; observándose que existe un 16.7% y 3.0% que opina que las instrucciones recibidas son calificadas de regulares a buenas, es de hacer notar que no siempre se da instrucciones con claridad a los pacientes atendidos, lo que puede generar que se alargue el tiempo de espera y por consiguiente retraso en la atención del paciente, esta situación se presenta debido a que no todos los departamentos del hospital trabajan con indicadores de calidad en la atención.



**Figura 15. Existencia de medicamentos en farmacia**

El 33.3% de los entrevistados asegura que siempre encuentra en la farmacia los medicamentos prescritos por el médico, encontrando que el 59.1% casi siempre encuentra los medicamentos indicados.

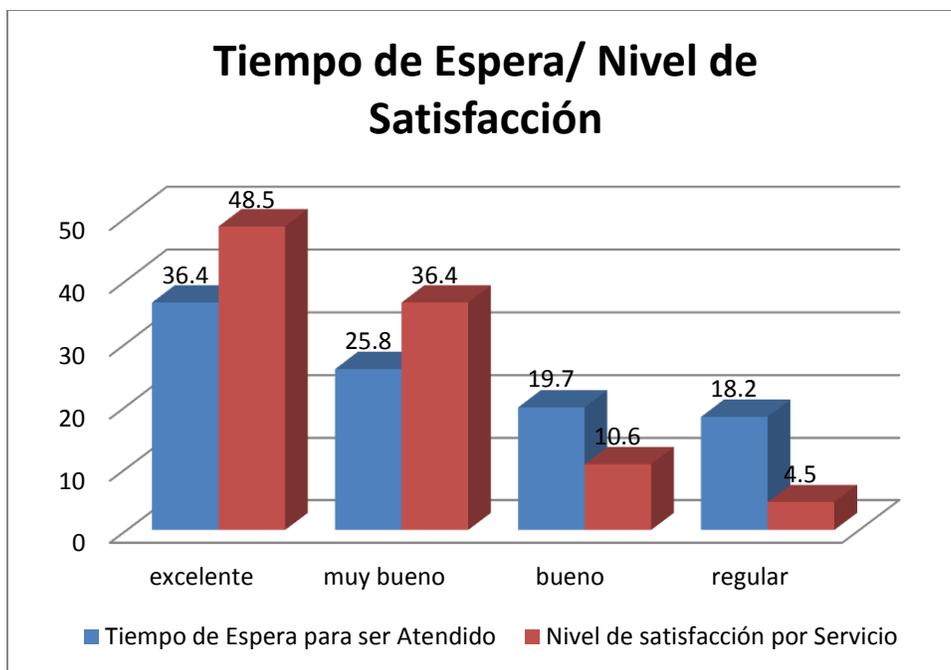
En cambio el 6.1% contestó encontrar en ocasiones los medicamentos indicados por el médico y el 1.5% refiere nunca encontrar los medicamentos; el desabastecimiento de medicamentos es provocado por los trámites administrativos propios de la Secretaría de Salud; lo cual genera retraso en el restablecimiento de la salud, en vista que no todos los pacientes cuentan con los recursos económicos para adquirir los medicamentos indicados por el médico, lo cual deteriora la salud; es de hacer mención que existe el apoyo a la Secretaría de Salud del Organismo No Gubernamental, Fondo Global que ayuda como contraparte, con el 20% para la compra de medicamentos en el tratamiento del VIH/SIDA; encontrando también que la Secretaría de Salud tiene como indicador de calidad el porcentaje de desabastecimiento en el suministro de medicamentos ARV.



**Figura 16. Nivel de satisfacción del paciente**

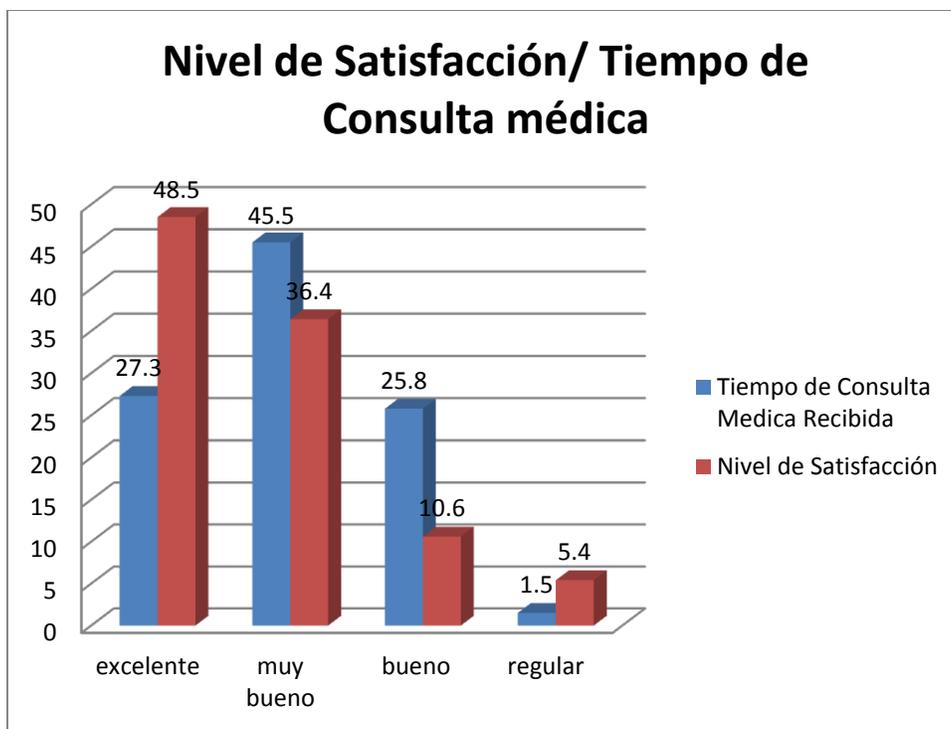
El 48.5% de los pacientes que asisten al CAI consideran excelente la satisfacción en la calidad de atención recibida, encontrando que el 36.4% lo consideran muy buena,

En cambio el 10.6% contestó tener un nivel de satisfacción bueno y el 4.5% de los encuestados tiene un nivel de satisfacción regular, evidenciando esto las condiciones de desabastecimiento de medicamentos, es evidente que entre los pacientes entrevistados hay cierta insatisfacción en la atención recibida, esto debido a que es atendido en diferentes departamentos dentro del hospital, antes de ser atendido en el CAI, donde aún no se está trabajando con indicadores de calidad, es de mencionar que en la actualidad no se realizan mediciones en el grado de satisfacción de los usuarios, lo cual es una oportunidad de mejora a los servicios brindados a la población demandante.



**Figura 17. Tiempo de Espera/ Nivel de Satisfacción**

El 49% de los pacientes está satisfecho con la calidad de atención brindada en el CAI esto se evidencia con el 27.3% de los pacientes que opina que espera de 10 a 20 minutos para ser atendido por el médico, en cambio el 36.4% de los pacientes tiene un nivel de satisfacción muy bueno, y refiere esperar más de 60 minutos, un 4.5% de los entrevistados califico el nivel de satisfacción de regular, esto debido al tiempo que tarda el médico en evaluar a cada paciente según las condiciones individuales y las patologías presentes en el momento de la atención, manifestando los entrevistados tener comprensión del tiempo que tarda el medico en el proceso de atención por los exámenes de laboratorio de control, placas de rayos X, interconsultas solicitadas a otros hospitales, entre otros; y en muchas ocasiones ser ingresados al hospital, situación que genera mayor inversión de tiempo por el médico tratante.



**Figura 18. Nivel de Satisfacción/ Tiempo de Consulta Médica**

El gráfico evidencia que el 48.5% de los pacientes considera excelente el nivel de satisfacción por los servicios brindados en el CAI, donde el 27.3% considera excelente el tiempo de duración de la consulta médica, el 45.5% de los entrevistados califica de muy bueno el tiempo que el médico dedica para brindarle la atención, observando además que el 35.4% considera el nivel de satisfacción de la atención recibida, muy bueno, los pacientes entrevistados manifestaron que el médico les realiza entrevista y valoración clínica detallada en cada consulta médica.

En cambio existe un 5.4% que considera regular el nivel de satisfacción por el tiempo que el médico dedica para brindarle la atención, esto debido a que el médico toma más tiempo en atender a los pacientes que presentan complicaciones, indicando exámenes de laboratorio de control y especializados, además de actualizar el expediente clínico digital, según las complicaciones presentes en el paciente al momento de la consulta y de ser necesario se ingresa al hospital.

## CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1 CONCLUSIONES

1. Los pacientes que asisten al CAI son atendidos según flujogramas establecidos por la institución de acuerdo a las condiciones clínicas que estos presentan; llegando a ser estos procesos en ocasiones largos y tardíos por la secuencia y cantidad de pasos que se debe de seguir antes de ser atendido por el médico. Los resultados de la investigación mostraron que el proceso de capacitación en calidad y mejora continua no se está aplicando en los demás departamentos donde se atiende al paciente según el flujo grama estructurado por el CAI antes que este sea atendido. (ver anexo 6).
2. Dentro de los factores que influyen para que se brinde atención de calidad en el CAI están: las capacitaciones recibidas por el personal, el conocimiento del de normas de atención de la SESAL, seguridad en su puesto de trabajo, años de experiencia profesional del personal en el manejo de pacientes VIH/SIDA, apoyo de compra de medicamentos por parte de Fondo Global, atención integral del equipo de trabajo.
3. La Secretaria de Salud comenzó el proceso de capacitación en calidad y mejora continua al personal que trabaja en el CAI desde marzo del 2012, iniciándose el abordaje de problemas y midiendo indicadores de calidad, con los cuales se evalúa ciertos procesos de atención, dándosele mayor relevancia a la medición de indicadores de producción, pero no se evalúa a las personas que realizan estos procesos.
4. La implementación de un plan de capacitación contribuirá a optimizar la calidad en la atención que se brinda actualmente en el CAI ya que en el mismo se incorpora a todo el personal que participa en la atención de pacientes VIH/SIDA, ya que la base fundamental de la calidad es la capacitación.

## 5.2 RECOMENDACIONES

1. Realizar revisiones periódicas a los flujogramas de atención para optimizar los procesos y disminuir los tiempos de espera del usuario.
2. Diseñar y estructurar indicadores que midan la calidad de atención brindada por el personal. Realizar evaluaciones no solo a indicadores de producción, sino evaluaciones a indicadores de calidad con el personal que labora en el CAI.
3. Incorporar en las capacitaciones sobre calidad a todo el personal de los diferentes departamentos del hospital que participan en la atención de los pacientes que asisten al CAI, para que se logren mejores resultados en los procesos de atención e incluyendo indicadores de calidad.
4. Evaluar constantemente el grado de satisfacción de los usuarios por la atención brindada, viéndose este como una oportunidad de mejora.
5. Implementar el plan de capacitación propuesto como producto de esta investigación para optimizar la calidad de atención brindada en el CAI del INCP.

## **CAPÍTULO VI. APLICABILIDAD**

### **ÍNDICE**

#### **6.1 PLAN DE CAPACITACIÓN SOBRE CALIDAD DIRIGIDO AL PERSONAL**

##### **6.1.1 DIAGRAMA PLAN DE CAPACITACIÓN DEL CAI DEL INCP**

#### **6.2 INTRODUCCIÓN**

#### **6.3 ANTECEDENTES**

#### **6.4 POBLACIÓN META SUJETA A CAPACITACIÓN**

#### **6.5. OBJETIVO**

#### **6.6 METODOLOGÍA**

##### **6.6.1 DISEÑO DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN**

##### **6.6.2 DISEÑO DE PROGRAMACIÓN**

##### **6.6.3. TÓPICOS Y TEMAS DEL PLAN DE CAPACITACIÓN**

#### **6.7 DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN**

##### **6.7.1 PROGRAMA PARA JUNTA INFORMATIVA**

#### **6.8 CAPACITACIÓN EN CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD**

##### **6.8.1 DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE CAPACITACIÓN**

##### **6.8.2 CONTROL DE PLAN DE CAPACITACIÓN**

##### **6.8.3 FICHA PROPUESTA DE CAPACITACIÓN**

##### **6.8.4 INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN**

##### **6.8.5 CRONOGRAMA PLAN DE CAPACITACIÓN**

#### **6.9 PRESUPUESTO**

## 6.1 PLAN DE CAPACITACIÓN SOBRE CALIDAD DIRIGIDO AL PERSONAL.

### 6.1.1 DIAGRAMA PLAN DE CAPACITACIÓN DEL CAI DEL INCP

El plan de capacitación es un proceso que va desde la detección de necesidades hasta la evaluación de resultados, el diagrama dará un panorama general del proceso.

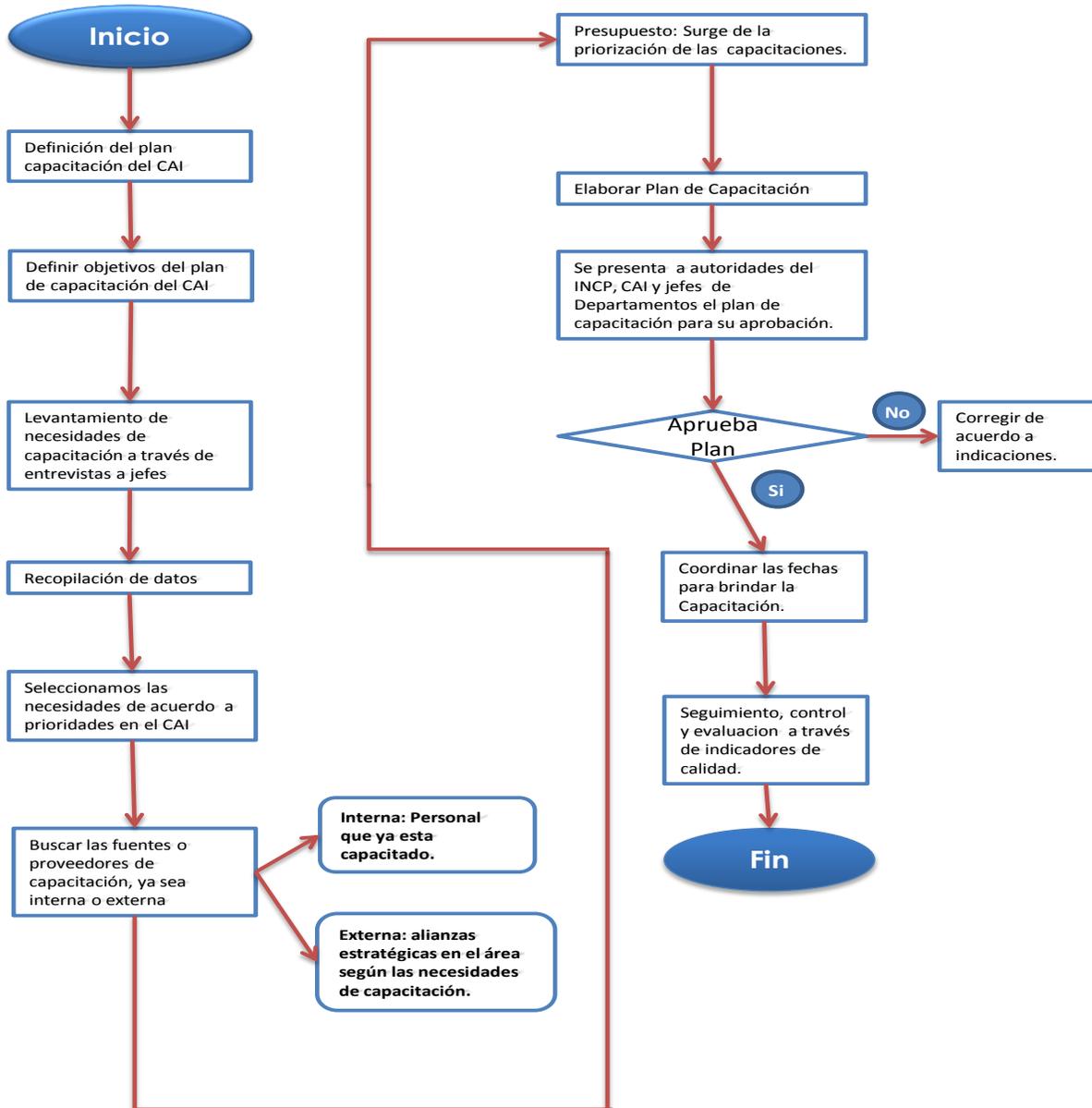


Figura 21. Diagrama Plan de Capacitación del CAI

## 6.2 INTRODUCCIÓN

Las actividades de educación médicas están consideradas como un elemento indispensable, que permite mantener el nivel de calidad y actualización en los conocimientos vigentes de la medicina, tanto para el que la recibe como para el que la otorga.

El presente capítulo constituye la parte más importante del estudio de investigación en vista que se hace la implementación de un plan de capacitación al personal que labora en el CAI del INCP, lo que contribuirá a obtener mejores resultados en los servicios brindados a la población demandante.

Desde el 2012 el CAI inició el proceso de mejora continua, mediante la conformación de un equipo de trabajo, con la metodología de mejoramiento colaborativo, donde se analiza la situación por medio de investigaciones rápidas de campo, con las que el equipo de trabajo discute y organiza el trabajo para dar respuesta a los problemas encontrados en los procesos de atención.

El plan de capacitación surge como resultado de la investigación realizada en el CAI, se plantea un programa de actualización en diferentes temas relevantes para optimizar la calidad en la atención, el que consistirá en siete módulos con una duración de dos a tres semanas dependiendo de la temática a desarrollar en cada en cada uno de estos. Esta programación presenta la ventaja para que el colaborador pueda organizar los tiempos de estudio en relación a sus actividades diarias de trabajo, proponiéndose dos horas semanales. En el desarrollo de cada módulo se utilizaran los recursos necesarios para realizar las actividades planificadas, utilizando técnicas de clase como ser: lecturas, instrucción programada, capacitación en clase, capacitación por computadora.

Se realizará un seguimiento, control y evaluación mediante la elaboración de indicadores de calidad del plan de capacitación.

El plan de capacitación contempla los aspectos necesarios para la efectiva planeación, programación, presupuesto y ejecución de los eventos de capacitación, que se lleven a cabo, con el propósito de dar cumplimiento al mismo.

Las actividades de educación y capacitación en el CAI deben incluir tres programas esenciales integrados de forma armónica: capacitación y actualización permanente del personal que labora en la unidad, la educación médica y capacitación que se otorga a personal externo que asiste a la unidad. Sin la existencia de estos elementos como requisitos indispensables, no puede hablarse de capacidad para la prestación de los servicios con calidad.

La importancia de la aplicabilidad en este capítulo recae en la implementación del plan de capacitación para optimizar la calidad de los procesos de atención.

### 6.3 ANTECEDENTES

Para la implementación del plan de capacitación sobre la calidad en la atención es necesario cubrir de forma organizada las siguientes etapas:

- Capacitación a los directivos en el proceso de calidad, posteriormente y en línea descendente hasta cubrir a la totalidad del personal.
- Contar con la estructura necesaria para el funcionamiento del proceso del plan de capacitación.
- Desarrollar la cultura de calidad con base al logro por medio de: espíritu de servicio, cumplimiento y dominio del trabajo, honestidad, participación, comunicación y oportunidad de ascenso como resultado del trabajo bien hecho, capacidad y productividad.
- Contar con una metodología de calidad en donde se incluya estructura, organización, identificación de expectativas, medición de resultados, logro de metas y retroalimentación.
- Desarrollar técnicas de análisis y medición de eficiencia y resultados.

#### 6.4 POBLACIÓN META SUJETA A CAPACITACIÓN

- **Beneficiarios Directos:**
  - Empleados del Centro De Atención Integral (CAI)
  - Empleados del Instituto Nacional Cardiopulmonar (INCP)
- **Beneficiarios indirectos:**
  - Pacientes que asisten al CAI
  - Familiares de los pacientes del CAI

#### 6.5. OBJETIVO

- **Objetivo General del Plan de Capacitación**

Contribuir al fortalecimiento en la calidad de atención con el diseño de un plan de capacitación para mejorar el conocimiento, las habilidades y desarrollar las capacidades necesarias en donde se aporten beneficios tanto para el personal, usuarios, como para la institución.

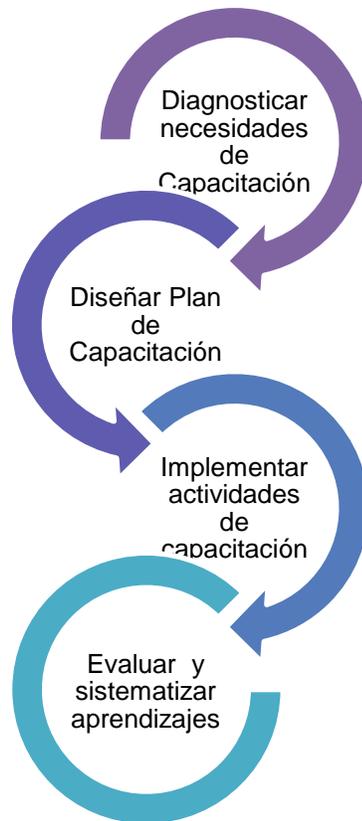
- **Objetivos Específicos del Plan**

- Actualizar los conocimientos del equipo de trabajo en métodos y estrategias en calidad de atención al paciente
- Desarrollar y fortalecer habilidades en la gestión para lograr la articulación entre los diferentes departamentos involucrados en la atención al paciente que asiste al CAI.
- Modificar actitudes para contribuir a una adecuada coordinación en el equipo de trabajo.

#### 6.6 METODOLOGÍA

El plan de capacitación del CAI se desarrollará bajo la modalidad presencial utilizando estrategias didácticas que fomentarán la participación activa de los participantes y el cumplimiento de los objetivos de aprendizaje, buscándose horarios flexibles para que el personal pueda asistir sin descuidar sus labores.

Para cumplir con los objetivos planteados en el plan de capacitan del CAI, se desarrolla una metodología de trabajo basada en un ciclo de capacitación que consta de cuatro etapas:



**Figura 19. Ciclo de Capacitación**

- Diagnóstico de necesidades de capacitación: se identifican las necesidades de capacitación del CAI, definiendo las brechas entre las competencias actuales y las requeridas para lograr los objetivos del plan de capacitación. En esta etapa se determinan los indicadores de resultados que se evaluarán al final del ciclo.
- Diseño del plan de capacitación: se elabora el plan de capacitación en donde se determinan los objetivos generales y específicos, las necesidades internas en base a los resultados de la investigación y el perfil de puesto de los colaboradores, contenidos, horarios, cronogramas, listado de participantes, recursos, selección de capacitadores y la elaboración y aprobación del presupuesto de capacitación.

- Implementación de las actividades: la implementación implica la coordinación de cronogramas y evaluación del material de capacitación, la comunicación a los destinatarios de capacitación, actualización del cronograma de capacitación, registro de asistencias, evaluaciones y el seguimiento de las actividades de capacitación.
- Evaluación y sistematización de aprendizajes: el plan de capacitación será evaluado en diferentes aspectos como la satisfacción de los participantes en la actividad de capacitación, el nivel de aprendizaje mediante la aplicación de evaluaciones, evaluación de los capacitadores, el impacto de la capacitación en cuanto al cumplimiento de los objetivos del plan.

Con el análisis de las evaluaciones se generan informes con indicadores acerca de la calidad y efectividad del plan de capacitación. Éstos indicadores de capacitación permitirán conocer la cantidad de personas que recibieron capacitación, el presupuesto dedicado a las distintas actividades de capacitación y los diferentes niveles de evaluación y aprendizaje obtenido en la capacitación.

- Herramientas para la capacitación:
  - Data show para la presentación en power point sobre el plan de capacitación al CAI.
  - Estudio y valoración de los indicadores de calidad.
  - Estudio de las normas de calidad.
  - Papel rotafolio para realizar trabajos en los equipos de trabajo
  - Marcadores, lápices, tinta, etc.
  - Material didáctico como: trifolios, folletos,

### 6.6.1 DISEÑO DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

El diseño del programa de capacitación del CAI, se refiere a la planificación de las acciones de capacitación y del objetivo específico, es decir, una vez que se ha hecho el diagnóstico de las necesidades de capacitación, es necesario plantear la forma de atender esas necesidades en un programa integral y enlazado.

El programa del CAI debe estar ligado a las necesidades estratégicas de la institución. Es preciso evaluar las necesidades de la institución y de las personas para fijar criterios precisos para establecer el nivel de desempeño deseado.

Programar la capacitación significa definir los siete ingredientes básicos a fin de alcanzar los objetivos de la capacitación (CHIAVENATO, 2009, págs. 379-381).



**Figura 20. Programación de capacitación.**

**Fuente: Gestión del Talento humano. (CHIAVENATO, 2009)**

Dentro de la programación de la capacitación es importante definir los niveles estructurales en la institución para poder identificar el personal que deberá ser capacitado de acuerdo a los temas que se incluirán en el plan de capacitación propuesto. Estos se asignan de acuerdo al nivel de educación base del personal a

capacitar. Se formuló un diseño estructurado en cuatro niveles según el perfil ocupacional del personal de la institución.

**Tabla 1. Niveles Estructurales del CAI**

NIVEL A	NIVEL B	NIVEL C	NIVEL D
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auxiliares de Enfermería</li> <li>• Personal del Departamento de Estadística</li> <li>• Porteros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Licenciadas En Enfermería</li> <li>• Licenciadas en Trabajo Social</li> <li>• Licenciadas en psicología</li> <li>• Doctoras en Química y Farmacia y Microbiología Clínica</li> <li>• Personal Técnico de Laboratorio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicos</li> </ul>	Jefe de cada departamento: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermería</li> <li>• Supervisión</li> <li>• Epidemiología</li> <li>• Laboratorio</li> <li>• Farmacia</li> <li>• Estadística</li> <li>• Trabajo Social</li> <li>• Portería</li> </ul>

**Fuente: Elaboración Propia**

#### 6.6.2 DISEÑO DE PROGRAMACIÓN

Para el diseño de la programación del plan de capacitación del CAI se especifican los módulos de capacitación mediante matrices para planificar la transmisión adecuada de los conocimientos y actividades necesarias para la implementación del plan. Se presenta a continuación el ejemplo de la matriz a utilizar:

**Tabla 2. Ejemplo de matriz de módulo de capacitación.**

Temas	Objetivos	Palabras claves	Tiempo	Técnica	Materiales	Actividades	Evaluación
Mejorar la calidad de atención y trato al usuario	Manejar nuevas normativas en relación al trato del usuario de los servicios	Calidad Atención Usuario	Capacitaciones de dos horas	Implementación de capacitación en cuanto a las habilidades que deben desarrollarse para brindar calidad de atención al usuario	Material impreso Lápices Pizarra Marcadores Borradores Hojas en blanco Folders	Trabajos y dinámicas grupales  Definición de las actividades para mejorar la calidad de atención al usuario.	Mediante la medición de resultados evaluar el efecto de la capacitación en el personal de la institución.

**Fuente:** (Novelia, 2003)

### 6.6.3. TÓPICOS Y TEMAS DEL PLAN DE CAPACITACIÓN.

Los tópicos del plan de capacitación del CAI, sirven para designar un tema, para hacer referencia a situaciones o momentos, es el tema del cual se hablara, los tópicos son los objetos de discusión que se trataran en cada uno de los módulos del plan de capacitación.

Los objetivos del plan de capacitación son los resultados que se esperan obtener al final de cada uno de los modelos del plan de capacitación.

Las palabras claves son los conceptos relevantes al tema y que se deberán tratar y discutir durante las actividades a realizar.

El tiempo en el que se realizarán las actividades será medido en periodos de tiempo de dos horas por el tipo de personal que recibirá las capacitaciones programadas en cada módulo.

Las técnicas son los recursos utilizados para exponer la implementación y poder transmitir los conocimientos. Los materiales son todos los recursos didácticos necesarios para la ejecución del programa de capacitación. Las actividades son todos los medios que utilizan para lograr los objetivos del programa y finalmente la evaluación es la medición de los resultados de acuerdo a los objetivos planteados en el plan de capacitación.

### 6.7 DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN

El plan de acción es la estructuración de las acciones que realizaran para cumplir con la propuesta elaborada en donde se indica objetivos, niveles, resultados y temática a tratar en cada módulo del plan de capacitación del CAI del INCP.

**Tabla 3. Módulos del plan de capacitación del CAI del INCP**

<p><b>Módulo 1 Calidad de Atención y Trato al Usuario.</b></p> <hr/> <p><b>Objetivo:</b> Manejar nuevas normativas en relación al trato del usuario de los servicios. <b>Nivel de participación:</b> A, B y C <b>Resultados:</b> Mejorar continuamente la satisfacción del usuario de los servicios <b>Temas a tratar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) Atención al usuario: Humanización del trato</li><li>b) Trabajo en equipo</li></ul> <p>Perfil del Capacitador: conocimiento en orientación al cliente, trabajo en equipo, manejo de personas.</p>
<p><b>Módulo 2: Gestión y Desarrollo de las personas</b></p> <hr/> <p><b>Objetivo:</b> Desarrollar en el participante condiciones para la observación de sí mismo proporcionándole herramientas que le permitan hacer cambios para lograr una mejor calidad de vida.</p>

**Nivel de participación:** A B C y D

**Resultados:** Generar mayor sentido y felicidad personal y laboral

**Contenido:**

- a) Motivación
- b) Salud Mental y laboral: Estilos de vida saludable y Prevención del síndrome de Burnout
- c) Autoestima
- d) Desarrollo de la inteligencia emocional y aplicación de psicología positiva en la organización.

**Perfil del Capacitador:** Psicólogo con conocimientos y experiencia en temas como: motivación inteligencia emocional, autoestima y salud laboral y mental.

---

### **Módulo 3: Estrategias de Desarrollo organizacional para el mejoramiento de la calidad de vida del empleado**

---

**Objetivo:** Orientar a los empleados para que integren un equipo de trabajo capaz de dar respuesta a las demandas del usuario

**Nivel de Participación:** A B C y D

**Resultado:** Las jefaturas contarán con herramientas para asumir el liderazgo en los equipos de trabajo. Los jefes de cada departamento enfrentaran asertivamente los problemas que se presenten, manteniendo una comunicación efectiva a la hora de emitir mensajes.

**Contenido:**

- a) Comunicación efectiva, liderazgo y negociación
- b) Comunicación estratégica: Gestión de crisis

**Perfil del capacitador:** persona con experiencia en desarrollo organizacional, manejo de personal, liderazgo, manejo de conflictos.

#### **Módulo 4: Normas y protocolos actuales de atención al paciente VIH/SIDA**

---

**Objetivo:** Optimizar la atención clínica

**Niveles de participación:** A B C y D

**Resultado:** Mejorar la atención clínica

**Contenido:**

- a) Normas y protocolo de atención de los diferentes programas de la Secretaria de Salud

**Perfil del capacitador:** Personal técnico del programa de VIH/SIDA de la SESAL

#### **Módulo 5: Iniciativas relacionadas con Jornadas de calidad y seguridad del paciente**

---

**Objetivo:** Adquirir conocimientos y buenas prácticas en relación a la calidad y seguridad en la atención del paciente.

**Nivel de participación:** A B y C

**Resultados:** Integración de buenas prácticas y estándares de calidad en la atención y seguridad del paciente.

**Contenido:**

- a) Control de infecciones asociadas a los cuidados de la salud.
  - I. Conceptos básicos de bioseguridad.
  - II. Lavado de manos
  - III. Uso de barreras (Equipo de Protección Personal)
  - IV. Medidas de eliminación de material contaminado
  - V. Prevención de úlceras por presión
  - VI. Prevención de flebitis
  - VII. Prevención de caídas
  - VIII. Intervención en Crisis
  - IX. Administración de componentes sanguíneos
  - X. Medidas de contención mecánica para pacientes de Salud mental con agitación psicomotora
  - XI. Farmacoterapia en pacientes VIH/SIDA

**Perfil del Capacitador:** Conocimientos en calidad y seguridad de atención a los usuarios.

**Fuente:** Elaboración Propia

#### 6.7.1 PROGRAMA PARA JUNTA INFORMATIVA

La programación de la junta informativa es la presentación a las autoridades del CAI y del INCP el plan de capacitación propuesto por las investigadoras con el propósito de presentar las actividades a desarrollar, así como describir cada uno de los módulos y presupuesto general.



**SECRETARIA DE SALUD**  
**INSTITUTO NACIONAL CARDIOPULMONAR**  
**CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL**



**LUGAR:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

<b>Hora</b>	<b>Actividad</b>	<b>Responsable</b>
8:00 a.m.	Inscripción de participantes	Personal del CAI
8:30 a.m.	Inauguración, bienvenida a los participantes y presentación del personal capacitador.	Personal del CAI
9:00 a.m.	Presentación de la Secretaria de Salud a través del departamento de garantía de calidad.	Capacitador
9:30 a.m.	Refrigerio	Todo el Grupo
9:45 a.m.	Definición de calidad, calidad de atención y trato al usuario	Capacitador
12:00 a.m.	Almuerzo	
1:00 p.m.	Resultados de la investigación	Capacitador
2:30 p.m.	Presentación Propuesta plan de Capacitación	Capacitador
3:00 p.m.	Refrigerio	
3:15 p.m.	Discusión, preguntas y respuestas.	Capacitador

## 6.8 CAPACITACIÓN EN CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

La calidad de atención en salud no puede definirse no solo desde el punto de vista exclusivo de un actor dentro del sistema de salud. Cada uno de ellos, sean estos paciente, prestador o entidad rectora, tiene una percepción que hace énfasis en aquellos determinantes que más valora.

Para el paciente, aspectos como la amabilidad y disponibilidad de tiempo del prestador, las características físicas del sitio en donde recibe la atención, el tiempo que transcurre entre el momento en que solicita el servicio y efectivamente lo recibe, y los resultados y las complicaciones del proceso, son características que se pueden evaluar fácilmente y por lo tanto se determina la valoración de la calidad.

Para el prestador, sin desconocer la importancia de lo anterior, la valoración de la calidad se soporta en los aspectos que se podrían denominar científicos, técnicos y tecnológicos involucrados en el proceso.

Para el pagador de los servicios, la eficiencia, es decir, la relación entre el costo de cualquier intervención y la efectividad para recuperar la salud, es la característica que más es valorada. De acuerdo con el Instituto de Medicina de los Estados Unidos la atención en salud debe ser:

- Efectiva: pertenecen características como el conocimiento y la experiencia técnica de los prestadores de servicio, así como las habilidades para relacionarse y comunicarse de los profesionales entre sí y con los pacientes
- Oportuna: que el paciente reciba la atención en el momento que lo requiere de acuerdo a su situación.
- Segura: toda intervención debe ejecutarse sin causar lesiones que puedan evitarse
- Eficiente: el paciente debe recibir la atención que requiere, en el momento que la requiere y de manera segura, al menor costo posible y con los recursos disponibles.

- Equitativa: la atención no debe variar en efectividad, oportunidad, seguridad y eficiencia por características como sexo, raza, creencias religiosas o nivel socioeconómico.
- Atención centrada en el paciente: la atención debe ser respetuosa de las preferencias, necesidades y valores de los pacientes (Salud O. p., 2008).

#### 6.8.1 DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE CAPACITACIÓN DEL CAI.

- Quien: El plan de capacitación está dirigido a todo el personal que participa en la atención del paciente que asiste a consulta al CAI, estructurándose el plan desde las jefaturas de cada departamento, el personal médico y operativo de la institución.
- Metodología: El plan de capacitación del CAI se desarrolla mediante exposiciones magistrales, dinámicas de grupo, lecturas, instrucción programada, capacitación en clase, capacitación por computadora
- Cuando: Luego de su aprobación por las autoridades correspondientes, el plan se ejecutara a partir de la primera semana del mes 4.
- Las capacitaciones se planificaron para ser recibidas en las instalaciones del CAI, con una duración de dos horas semanales durante dos o tres semanas, dependiendo de la temática a tratar en cada uno de los módulos de capacitación; esto para que el personal pueda asistir a las capacitaciones sin descuidar sus labores diarias dentro del CAI.

#### 6.8.2 CONTROL DE PLAN DE CAPACITACIÓN DEL CAI

El programa de capacitación del CAI, se mide a través de indicadores y cada uno de estos se mide por medio de evaluaciones tales como:

1. Indicador de Capacitación: que engloba otros sub indicadores como:

- Horas Capacitadas:  $\text{total de horas programadas} / \text{total de horas capacitadas} * 100$
- % de capacitación en el plan:  $\text{Capacitaciones recibidas} / \text{total capacitaciones planificadas en el periodo} * 100$

- Cantidad de empleados (Asistencia): Cantidad de empleados asistentes/ cantidad de empleados programados para capacitación\*100
- % de satisfacción del evento: Mediante ficha de evaluación

2. Indicador de Costo: Mide la ejecución del presupuesto asignado al plan de capacitación que programa la institución en un periodo de tiempo, el cual debe de incluir costo por capacitación, costo de alimentación, eventos, si es exterior gastos de viaje, hotel etc.

Todo proceso de capacitación realizado en la institución debe quedar documentado (copia de diplomas etc.) en expedientes en el departamento de Recursos Humanos y con copia al jefe de cada departamento así como en la base electrónica de la institución, si esta maneja este tipo de archivo.

**Tabla 4. Estructura del Plan de Capacitación del CAI**



**SECRETARIA DE SALUD**  
**INSTITUTO NACIONAL CARDIOPULMONAR**  
**CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL**



No	Temática a desarrollar	Objetivo	Nivel	Resultado esperado	Teórico/práctico	Duración
1	<p><b>Calidad de Atención y Trato al Usuario:</b></p> <p>Atención al usuario: Humanización del trato</p> <p>Trabajo en equipo</p>	Manejar nuevas normativas en relación al trato del usuario de los servicios.	A B C D	Mejorar continuamente e la satisfacción del usuario de los servicios	Power Point,  Lecturas dirigidas  Taller dinámico con actividades interactivas y participativas	Sesión semanal de dos horas durante dos semanas
2	<p><b>Gestión y Desarrollo de las personas</b></p> <p>Motivación Salud Mental y laboral: Estilos de vida saludable, Prevención del síndrome de Burnout Autoestima Desarrollo de la inteligencia emocional y aplicación de psicología positiva en la organización.</p>	Desarrollar en el participante condiciones para la observación de sí mismo proporcionándole herramientas que le permitan hacer cambios para lograr una mejor calidad de vida	A B C D	Generar mayor sentido y felicidad personal y laboral	Power Point,  Lecturas dirigidas,  Taller dinámico con actividades interactivas y participativas	Sesión semanal de dos horas durante cinco semanas

3	<p><b>Estrategias de Desarrollo organizacional para el mejoramiento de la calidad de vida del empleado</b></p> <p>Comunicación efectiva, liderazgo y negociación</p> <p>Comunicación estratégica: Gestión de crisis</p>	Orientar a los empleados para que integren un equipo de trabajo capaz de dar respuesta a las demandas del usuario	A B C D	<p>Las jefaturas contarán con herramientas para asumir el liderazgo en los equipos de trabajo.</p> <p>Los jefes de cada departament o enfrentaran asertivamente los problemas que se presenten, manteniendo una comunicación efectiva a la hora de emitir mensajes.</p>	Power point, Lecturas dirigidas, Taller dinámico con actividades interactivas y participativas	Sesión semanal de dos horas durante tres semanas
4	<p><b>Normas y protocolos de atención al paciente VIH/SIDA</b></p>	Optimizar la atención clínica	A B C D	Mejorar la atención clínica	Power point, Lecturas dirigidas, Taller dinámico con actividades interactivas y participativas	Sesión semanal de dos horas durante tres semanas

5	<p><b>Iniciativas relacionadas con Jornadas de calidad y seguridad del paciente</b></p> <p>Integración de buenas prácticas y estándares de calidad en la atención y seguridad del paciente.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>I. Prevención de úlceras por presión. Prevención de flebitis.</li> <li>II. Prevención de caídas,</li> <li>III. Intervención en Crisis,</li> <li>IV. Administración de componentes sanguíneos</li> </ol> <p>Control de infecciones asociadas a los cuidados de la salud.</p> <p>Conceptos básicos de bioseguridad.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>I. Lavado de manos,</li> <li>II. Uso de barreras (Equipo de Protección Personal),</li> <li>III. Medidas de eliminación de material contaminado</li> </ol>	Adquirir conocimientos y buenas prácticas en relación a la calidad y seguridad en la atención del paciente.	A B C	Integración de buenas prácticas y estándares de calidad en la atención y seguridad del paciente.	Power Point, Lecturas dirigidas, Taller dinámico con actividades interactivas y participativas	Sesión semanal de dos horas durante seis semanas
---	---	---	-------	--	--	--

**Fuente: Elaboración propia**

### 6.8.3 FICHA PROPUESTA DE CAPACITACIÓN



**SECRETARIA DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL CARDIOPULMONAR  
CENTRO DE ATENCION INTEGRAL  
FICHA PARA PROPUESTA DE CAPACITACION**



**Tema:** Mejorar la calidad de Atención y Trato al Usuario

**Indicador a aplicar en capacitación:** personal que asiste a la capacitación.

**Lugar donde se impartirán:** Centro de Atención Integral (CAI),

**Local:** salón de usos múltiples.

- **Participantes:** Auxiliares de Enfermería, Personal del Departamento de Estadística, Licenciadas En Enfermería, Licenciadas en Trabajo Social, Licenciadas en psicología, Doctoras en Química y Farmacia y Microbiología Clínica, Personal Técnico de Laboratorio, Médicos , Jefe de cada departamento.

**Fecha de inicio:**

**Fecha final:**

**Duración:**

**Ayudas audio-visuales:** Computadora portátil, Data Show, Pantalla, Portafolio, Papel rotafolio

- **Resultado esperado en la capacitación:** Mejorar continuamente la satisfacción del usuario de los servicios. Véase modelos de capacitación Anexo No. 3

6.8.4 INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN



**SECRETARIA DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL CARDIOPULMONAR  
CENTRO DE ATENCION INTEGRAL  
FICHA DE EVALUACIÓN**



Evento: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<b>Bríndenos su opinión para mejorar, marcar con una X la casilla que represente su opinión:  5 es el excelente, 1 es el muy malo</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. La Capacitación cumplió con los objetivos propuestos					
2. Los contenidos ayudaran a mejorar su trabajo.					
3. La metodología empleada facilito el logro de los resultados.					
4. La presentación, organización y estructura del material empleado facilito mi comprensión Tema.					
5. Las personas que condujeron la capacitación, mostraron dominio del tema.					
6. Se atendieron mis sugerencias y dudas de manera adecuada.					
7. Las instalaciones son adecuadas para este tipo de actividad.					
8. Estoy satisfecho(a) con mi grado de participación de este capacitación.					

6.8.5 CRONOGRAMA PLAN DE CAPACITACIÓN

**Tabla 6. Cronograma De Plan**



**SECRETARIA DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL CARDIOPULMONAR  
CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL**



Actividades	MES 1				MES 2				MES 3				MES 4				MES 5			
	SEMANAS				SEMANAS				SEMANAS				SEMANAS				SEMANAS			
Resultados	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Diseño del plan de capacitación																				
2. Junta Informativa																				
3. Alianzas Estratégicas.																				
4. Ejecución del Plan de Capacitación.																				

**Fuente: Elaboración Propia**

## 6.9 PRESUPUESTO

Dentro del presupuesto general se incluyen los costos de la junta informativa, costo total de los cinco módulos propuestos en donde se incluyen los honorarios del capacitador y meriendas; así como el total de los costos del equipo y los materiales necesarios para realizar las dinámicas y actividades del plan de capacitación. (Ver anexo 7).

**TABLA 7. Presupuesto General**



**SECRETARIA DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL CARDIOPULMONAR  
CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL**



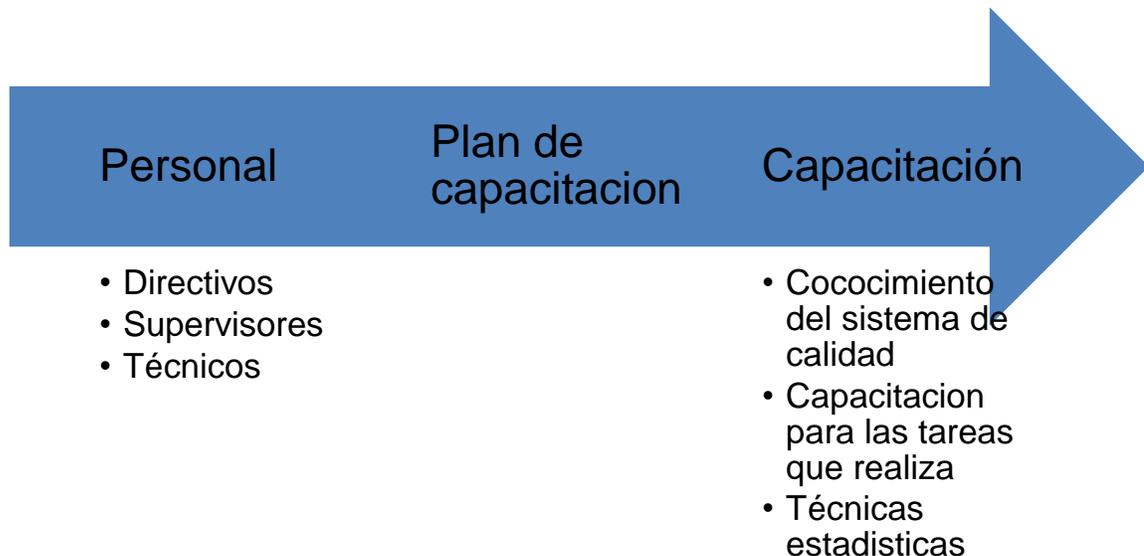
### **PRESUPUESTO GENERAL PLAN DE CAPACITACIÓN**

<b>Presupuesto General</b>		
<b>No.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Costo</b>
1	Celebración de cabildo informativo	L. 5,389.00
2	Costo total de las capacitaciones	9,870.00
3	Equipo y materiales para la ejecución de la capacitación	1,744.00
	<b>Total</b>	<b>17,003.00</b>

**Fuente: Elaboración Propia**

Como conclusión se puede reseñar que la base fundamental de la calidad es la capacitación, la cual debe de cubrir dos aspectos:

1. El personal de todos los niveles de la organización tenga los conocimientos y el entrenamiento adecuado para realizar su propia tarea, conociendo a fondo los procedimientos para su área de trabajo.
2. Es necesario capacitar y entrenar al personal en el conocimiento del sistema de calidad y su propio rol dentro del mismo (Normas ISO 9000).



**Fuente: Normas ISO 9000**

## BIBLIOGRAFÍA

1. Àlvar Net, R. S. (2012). LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN. *Ponències i Jornades*, 1-3.
2. CHIAVENATO, I. (2009). *GESTION DEL TALENTO HUMANO, TERCERA EDICION*. MEXICO, D.F.: MCGRAW HILL, EDUCACION.
3. Diccionario Larousse. (2009). *Diccionario Enciclopèdico Vox 1*. Larousse Editorial, S.L.
4. Donabedian, A. (2001). Evaluación de tecnología y calidad. Estudio comparativo de evidencias y ambigüedades. *Revista Calidad Asistencial*, 89-94.
5. Donabedian, A. (2001). Garantía de Calidad en la Atención de Salud: el papel. *Revista Calidad Asistencial*, 102-106.
6. Donabedian, A. (2001). los siete pilares de la calidad. *Revista Calidad Asistencial*, 96-100.
7. Dox, M. E. (2005). *Diccionario Medico Ilustrado*. Madrid: Marban, S. L.
8. Dressler, G. (2009). *Administración de Recursos Humanos, Decimoprimer Edición*. México: Pearson Educación.
9. Española, R. A. (2001). *Diccionario de la Real Academia Española, Vigésima Segunda Edición*. Madrid: Real Academia Española.
10. Gas, D. H. (1993). *Calidad de la Atención Médica*. México D.F.: Conferencia Interamericana de Seguridad Social.
11. GESIDA. (2010). <http://www.gesida-seimc.org/>. Recuperado el ABRIL de 2013, de <http://www.gesida-seimc.org/>: <http://www.gesida-seimc.org/buscador/index.asp?cx=007347616288746762774%3A-kmxpbmzuum&cof=FORID%3A11&apnvA=buscador&apnv0=buscador&q=indicadores+decalidad&siteurl=www.gesida-seimc.org%2Findex.asp&ref=www.gesida-seimc.org%2F&ss=4820j2992736j21>

12. Mural. (20 de Mayo de 2005). <http://search.proquest.com/docview/373664514?accountid=35325>. Recuperado el 2013, de <http://search.proquest.com/docview/373664514?accountid=35325>
13. Novelia, F. C. (2003). *Programa para el fortalecimiento de organizaciones locales en la administracion de proyectos turisticos en el area del proyecto BID*. Guatemala.
14. Nuñez, S. (2013). *Actualización de las Normativa Nacional del VIH/Sida*. Tegucigalpa: SECRETARIA DE SALUD, SUBSECRETARIA DE RIESGOS POBLACIONALES, DIRECCION GENERAL DE PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD, DEPARTAMENTO ITS/VIH/SIDA, Unidad de Atención Integral.
15. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. (ABRIL de 2013). <http://www.who.int>. Recuperado el ABRIL de 2013, de <http://www.who.int>: [http://www.who.int/topics/hiv\\_aids/es/](http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/)
16. Programa de ITS/VIH/SIDA, S. d. (2012). *Programa de ITS/VIH/SIDA, Secretaria de Salud*. Tegucigalpa: Secretaria de Salud.
17. Restrepo, J. H. (2005). *Fundamentos de Salud Publica, segunda edicion*. Colombia: Corporacion De Investigaciones Biologicas.
18. Salud, O. M. (2008). Estableciendo y monitoreando las metas para los recursos humanos de la salud: enfoque basado en la densidad de la fuerza de trabajo. *Spotlight*, 1-2.
19. Salud, O. P. (2007). *METAS REGIONALES EN MATERIA DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD 2007-2015*. OPS.
20. Salud, O. p. (2008). <http://www.cgh.org.co/>. Recuperado el Junio de 2013, de <http://www.cgh.org.co/>: <http://www.cgh.org.co/temas/calidadensalud.php>
21. Salud, O. P. (2012). <http://www.observatoriorh.org/>. Recuperado el Abril de 2013, de <http://www.observatoriorh.org/>: <http://www.observatoriorh.org/?q=node/178>

22. Salud, S. d. (2010). *Plan Nacional de Salud*. Tegucigalpa.
23. salud.doctissimo.es. (Mayo de 2013). *salud.doctissimo.es*. Recuperado el Mayo de 2013, de <http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/retrovirus.html>
24. Sampieri, C. B. (2010). *Metodologia De La Investigacion, Quinta Edicion*. Mexico: Mc Graw Hill/ Interamericana Editores.
25. Sampieri, C. B. (2010). *Metodologia De La Investigacion, Quinta Edicion*. Mexico: Mc Graw Hill Education.
26. Secretaria de Estado, e. e. (2003). *Ley Especial Del VIH/SIDA*. Tegucigalpa: Departamento del ITS/VIH/SIDA.
27. Social, S. d. (2012). *Ley de Servicio Civil*. Recuperado el Mayo de 2013, de [http://www.trabajo.gob.hn/:](http://www.trabajo.gob.hn/) <http://www.trabajo.gob.hn/biblioteca-y-documentos/leyes>
28. Social, S. D. (2012). *Ley General de Administracion Publica*. Recuperado el Mayo de 2013, de [http://www.trabajo.gob.hn/:](http://www.trabajo.gob.hn/) <http://www.trabajo.gob.hn/biblioteca-y-documentos/leyes>

# ANEXOS

## Anexo 1

### ENTREVISTA

Maestría en Recursos Humanos

Mayo 2013

Somos estudiantes de la maestría en dirección de recursos humanos de UNITEC, estamos realizando una encuesta para conocer su opinión sobre la calidad en la atención recibida en el CAI. Solicitamos unos minutos de su valioso tiempo para que nos apoye respondiendo las siguientes preguntas. De antemano le agradecemos su colaboración.

1. ¿Cómo define los procesos de atención al paciente del CAI?
2. ¿En su opinión cómo definiría el servicio que se brinda a los pacientes que asisten al CAI, porque?
3. ¿Se utilizan indicadores de calidad para brindar atención?
4. ¿Qué indicadores de calidad utiliza la Secretaria de Salud?
5. ¿Tiene el personal conocimiento sobre indicadores de calidad?
6. ¿Cómo considera la infraestructura del CAI y porque?
7. ¿La Secretaria de Salud capacita al personal? ¿Sobre qué temas? ¿anualmente cuantas capacitaciones se realizan?
8. ¿se capacita al personal en temas relacionados a la calidad?
9. ¿La Secretaria de Salud ha implementado políticas de mejora continua en calidad?
10. ¿Se han propuesto alternativas de cambio a los procesos que actualmente se siguen en el CAI?
11. ¿considera que la implementación de un manual de buenas prácticas a los procesos existentes, mejoraría la atención brindada en la actualidad? ¿Por qué?

## Anexo 2

Encuesta Empleado No \_\_\_\_\_

Maestría en Dirección de Recursos Humanos

Somos estudiantes de la maestría en dirección de recursos humanos de UNITEC, estamos realizando una encuesta para conocer su opinión sobre la calidad en la atención en el CAI. Solicitamos unos minutos de su valioso tiempo para que nos apoye respondiendo las siguientes preguntas. De antemano le agradecemos su colaboración.

1. Conoce las guías o protocolos de manejo de atención a pacientes del CAI
  1. si
  2. no
2. Cómo definiría las gestiones que sigue el paciente al asistir a consulta en el CAI
  1. malo
  2. regular
  3. bueno
  4. muy bueno
  5. excelente
3. ¿Cuenta con el equipo necesario para la atención a pacientes?
  1. nunca
  2. casi nunca
  3. en ocasiones
  4. casi siempre
  5. siempre
4. Cuenta con los recursos necesarios para la atención a pacientes
  1. nunca
  2. casi nunca
  3. en ocasiones
  4. casi siempre
  5. siempre
5. La Secretaria de Salud le brinda capacitaciones sobre calidad de atención. Si su respuesta es no pasar a pregunta 7
  1. si
  2. no
6. Cuantas capacitaciones en un año sobre calidad de atención recibe
  1. 1 a 2
  2. 3 a 4
  3. 5 a 6
  4. 7 o mas
7. Tiene conocimiento sobre indicadores de calidad
  1. si

2. no
8. El CAI trabaja con indicadores de calidad
  1. nunca
  2. casi nunca
  3. en ocasiones
  4. casi siempre
  5. siempre
9. Se realizan evaluaciones a la calidad de atención brindada
  1. nunca
  2. casi nunca
  3. en ocasiones
  4. casi siempre
  5. siempre
10. Se evalúa al personal del CAI en relación a indicadores de producción
  1. nunca
  2. casi nunca
  3. en ocasiones
  4. casi siempre
  5. siempre
11. Cuanto tiempo tarda la consulta médica en pacientes estables (sin complicaciones)
  1. 10 a 20 min
  2. 21 a 40 min
  3. 41 a 60 min
  4. 61 o más min
12. Cuanto tiempo tarda la consulta médica en pacientes con complicaciones de salud
  1. 10 a 20 min
  2. 21 a 40 min
  3. 41 a 60 min
  4. 61 o más min
13. Qué factores considera usted influyen para brindar una atención de calidad?, puede marcar varias opciones
  1. Procesos de atención
  2. Conocimiento del personal sobre manejo de pacientes VIH/SIDA.
  3. Procesos administrativos
  4. Personal contratado
14. ¿Cómo considera usted la infraestructura del CAI para seguir los procesos de atención?
  1. malo
  2. regular
  3. bueno
  4. muy bueno
  5. excelente
15. Su modalidad de contratación actual en el CAI es:
  1. por contrato
  2. permanente

16. ¿Cómo calificaría el ambiente de trabajo?

1. inseguro
2. seguro

ENCUESTA PACIENTE No \_\_\_\_\_

Maestría en Dirección de Recursos Humanos

Somos estudiantes de la maestría en dirección de recursos humanos de UNITEC, estamos realizando una encuesta para conocer su opinión sobre la calidad en la atención recibida en el CAI. Solicitamos unos minutos de su valioso tiempo para que nos apoye respondiendo las siguientes preguntas. De antemano le agradecemos su colaboración.

1. Qué opina de las áreas físicas donde atiende el CAI
  1. malo
  2. regular
  3. bueno
  4. muy bueno
  5. excelente
2. Recibe instrucciones del personal que lo atiende
  1. nunca
  2. casi nunca
  3. en ocasiones
  4. casi siempre
  5. siempre
3. Como considera usted la claridad de las instrucciones dadas por el personal
  1. malo
  2. regular
  3. bueno
  4. muy bueno
  5. excelente
4. Tiempo de espera para ser atendido es de:
  1. 10 a 20 min
  2. 21 a 40 min
  3. 41 a 60 min
  4. 61 o más min
5. Disponibilidad de horarios de atención
  1. malo
  2. regular
  3. bueno
  4. muy bueno
  5. excelente
6. Existencia en las farmacias de los medicamentos indicados por el medico

1. nunca
  2. casi nunca
  3. en ocasiones
  4. casi siempre
  5. siempre
7. Como considera usted el tiempo de la consulta médica recibida
1. malo
  2. regular
  3. bueno
  4. muy bueno
  5. excelente
8. El nivel de satisfacción por el servicio recibido es:
1. malo
  2. regular
  3. bueno
  4. muy bueno
  5. excelente

## Anexo 3

### PROGRAMA DE CAPACITACION

1. Mejorar la calidad de Atención y Trato al Usuario.

**Objetivo:** Manejar nuevas normativas en relación al trato del usuario de los servicios.

Nivel de participación: A, B Y C

**Resultados:** Mejorar continuamente la satisfacción del usuario de los servicios

- a) Atención al usuario
    - A1) Humanización del trato
  - b) Trabajo en equipo
  - c) Mejorar la Gestión y Desarrollo de las personas.
  - d) Motivación
  - e) Salud Mental y laboral
    - B1) Estilos de vida saludable
    - B2) Prevención del síndrome de Burnout
  - f) Autoestima
  - g) Desarrollo de la inteligencia emocional y aplicación de psicología positiva en la organización.
2. Generar Estrategias de Desarrollo organizacional para el mejoramiento de la calidad de vida del empleado.

- b) Comunicación efectiva, liderazgo y negociación.

**Objetivo:**

Aplicar estrategias que permitan optimizar los canales de comunicación efectiva, manejar conflictos y asumir un liderazgo integrador en el equipo de trabajo.

**Nivel de participación:** Los jefes de cada departamento

**Resultados:** Las jefaturas contarán con herramientas para asumir el liderazgo en los equipos de trabajo.

- c) Comunicación estratégica: Gestión de crisis

**Objetivo:**

Que el personal pueda comprender la lógica de la gestión en el hospital y otras dependencias con las que se tiene relación y la contribución específica que efectúan las comunicaciones a la creación y consolidación de su valor y liderazgo social.

**Nivel de Participación:** Medico Jefe de sala, Jefe del departamento de estadística, Jefe de laboratorio, Licenciada en enfermería, Trabajadora social, Psicología, Doctora en farmacia

**Resultados:** Los jefes de cada departamento enfrentaran asertivamente los problemas que se presenten, manteniendo una comunicación efectiva a la hora de emitir mensajes.

- d) Actualización de normas y protocolos de atención al paciente VIH/SIDA
  - a. Manejo Integral del paciente Crónico

**Objetivo:** Optimizar la atención clínica

**Nivel de participación:** A, B Y C de los empleados que laboran en el CAI

**Resultados:** Mejorar la atención clínica.

- 3. Implementación de iniciativas relacionadas con Jornadas de calidad y seguridad del paciente.

**Objetivo:**

Adquirir conocimientos y buenas prácticas en relación a la calidad y seguridad en la atención del paciente.

**Nivel de participación:** A B y C

**Resultados:**

Integración de buenas prácticas y estándares de calidad en la atención y seguridad del paciente.

- a) Prevención de úlceras por presión
  - b) Prevención de flebitis
  - c) Prevención de caídas
  - d) Intervención en Crisis
  - e) Administración de componentes sanguíneos
  - f) Medidas de contención mecánica para pacientes de Salud mental con agitación psicomotora
  - g) Farmacoterapia en pacientes VIH/Sida
- e) Control de infecciones asociadas a los cuidados de la salud.
    - F1) Conceptos básicos de bioseguridad.
    - F2) Lavado de manos
    - F3) Uso de barreras (Equipo de Protección Personal)
    - F4) Medidas de eliminación de material contaminado

## **Anexo 4**

### **UNIVERSIDAD TECNOLOGICA CENTROAMERICANA POSTGRADO DIRECCION DE RECURSOS HUMANOS**

TITULO: CALIDAD DE ATENCION A PACIENTES VIH/SIDA EN CENTRO DE ATENCION INTEGRAL DEL INSTITUTO NACIONAL CARDIOPULMONAR

#### Consentimiento informado

Somos licenciadas pasantes del postgrado de maestría en dirección de recursos humanos, y estamos llevando a cabo un estudio sobre la calidad de atención a pacientes VIH/SIDA del CAI en los meses de abril a junio de 2013 con el propósito de proponer un manual de indicadores de calidad que mejore la atención brindada a los pacientes.

Solicitamos su autorización para participar voluntariamente en un estudio, el cual consiste en participar en una entrevista realizada por los investigadores.

El proceso será estrictamente confidencial, manejada únicamente por los investigadores. Su nombre no será utilizado en ningún momento. Su participación es voluntaria.

Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento y no será penalizada. El estudio no conlleva ningún riesgo, usted no recibirá ningún beneficio económico por participar. Si tiene alguna consulta o duda se podrá comunicar con los investigadores.

Atentamente

Aida L. Torres y Ela D. Márquez

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA CENTROAMERICANA**  
**POSTGRADO DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS**

TITULO: CALIDAD DE ATENCIÓN A PACIENTES VIH/SIDA EN CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL INSTITUTO NACIONAL CARDIOPULMONAR

Consentimiento informado

Somos licenciadas pasantes del postgrado de maestría en Dirección De Recursos Humanos, y estamos llevando a cabo un estudio sobre la calidad de atención a pacientes VIH/SIDA del CAI en los meses de abril a junio de 2013 con el propósito de proponer un manual de indicadores de calidad que mejore la atención brindada a los pacientes.

Solicitamos su autorización para participar voluntariamente en un estudio, el cual consiste en participar en un grupo focal realizado por los investigadores.

El proceso será estrictamente confidencial, manejada únicamente por los investigadores. Su nombre no será utilizado en ningún momento. Su participación es voluntaria.

Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento y no será penalizada. El estudio no conlleva ningún riesgo, usted no recibirá ningún beneficio económico por participar. Si tiene alguna consulta o duda se podrá comunicar con los investigadores.

Atentamente

Aida L. Torres y Ela D. Márquez

## **Anexo 5**

Es primer hospital en Latinoamérica en recibir certificado ISO 9001:2000

**Mural** [Guadalajara, México] 20 Mayo 2005

Hospital Civil de Guadalajara en tres áreas

En un hecho sin precedentes a nivel de hospitales públicos en América Latina, los servicios de Supervisión de Enfermería, Banco de Sangre y la Unidad de VIH del Antiguo Hospital Civil de Guadalajara, Fray Antonio Alcalde, obtuvieron el pasado 11 de mayo la Certificación ISO 9001:2000, que acredita la estandarización de sus procesos de acuerdo con los parámetros reconocidos y normas que rigen cada uno de estos ámbitos a nivel internacional.

El documento de acreditación fue recibido por Leobardo Alcalá Padilla, director general del Hospital Civil de Guadalajara, de manos de Raúl Rocha Tenorio, director general de la compañía DNV México S.A. de C.V., organismo certificador con reconocimiento internacional, ante la presencia de Enrique Ruelas Barajas, subsecretario de Innovación y Calidad de la Secretaría de Salud del Gobierno de la República, Jorge Saavedra, director general del Centro Nacional para la Prevención del SIDA (CENSIDA), así como de Alfonso Petersen Farah, Secretario de Salud del gobierno del estado de Jalisco, quien asistió en representación de Francisco Ramírez Acuna, gobernador de Jalisco, invitados como testigos de honor de tan significativo acontecimiento.

Esta certificación constituye un paso que da continuidad a la convicción de ser mejores. El Hospital Civil de Guadalajara es un eslabón en la historia y nos congratulamos por la distinción de que es objeto, expreso Jaime Agustín González Ivarez, director del Antiguo Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, al recordar que la misión y valores que inculcara el fundador de la institución prevalecen en el quehacer médico, por lo que reconoció a las tres áreas certificadas y a las de apoyo como la Gerencia de Calidad, Enseñanza, Sistemas, Almacén, Servicios Generales, Adquisiciones, entre otras que contribuyeron para lograr el objetivo.

La calidad es un atributo de la atención médica y se define como el logro de los mayores beneficios posibles con los menores riesgos para el paciente. En el Hospital Civil hemos construido un Sistema de Gestión de la Calidad enfocado al cumplimiento de nuestra misión: la salud, manifestó por su parte Jaime Andrade Villanueva, jefe de la Unidad de VIH, en representación de las otras dos áreas certificadas, el Banco de Sangre a cargo de Guadalupe Becerra Leyva, y la Supervisión de Enfermería, que encabeza Sor Estela Primero Hernández.

Una institución como el Hospital Civil, con su historia, no ha llegado hasta aquí de una manera accidental, sino por la voluntad de generaciones de profesionales unidos por los valores éticos que han elevado a esta institución que tiene al paciente como su centro, a un ámbito relevante dentro de las instituciones públicas de esta nación, expreso Raúl Rocha Tenorio, director general de DNV México, S.A. de C.V. Explico que el proceso de certificación consiste en un examen muy riguroso en el que fue demostrada la capacidad de los individuos que conforman esta organización, pero también representa un compromiso que se debe mantener.

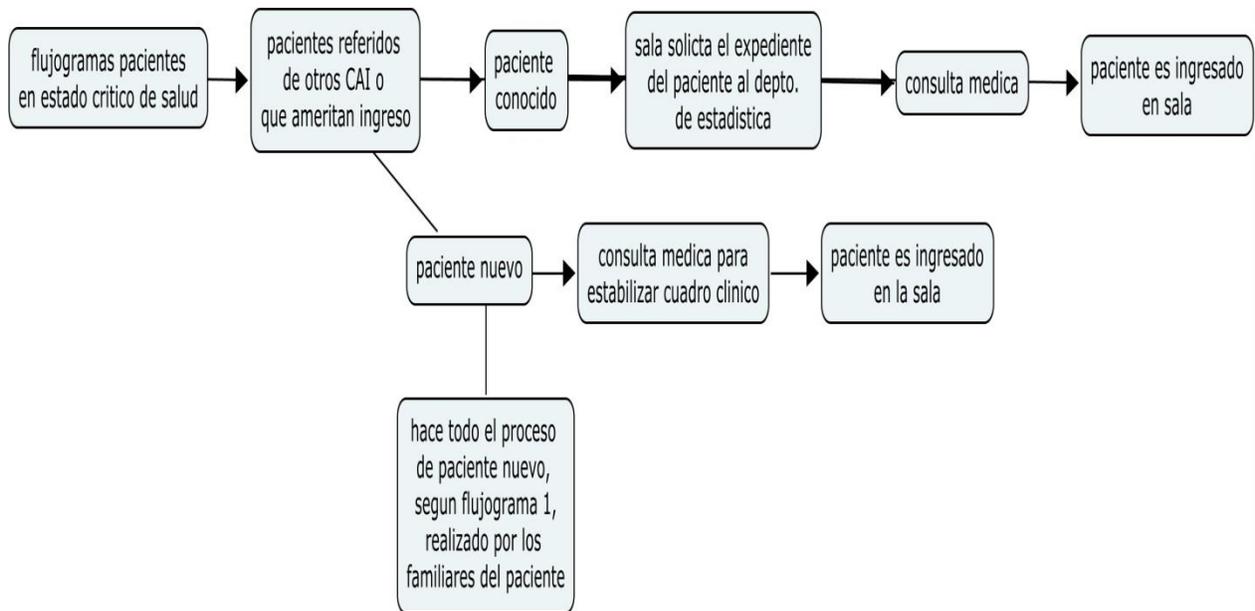
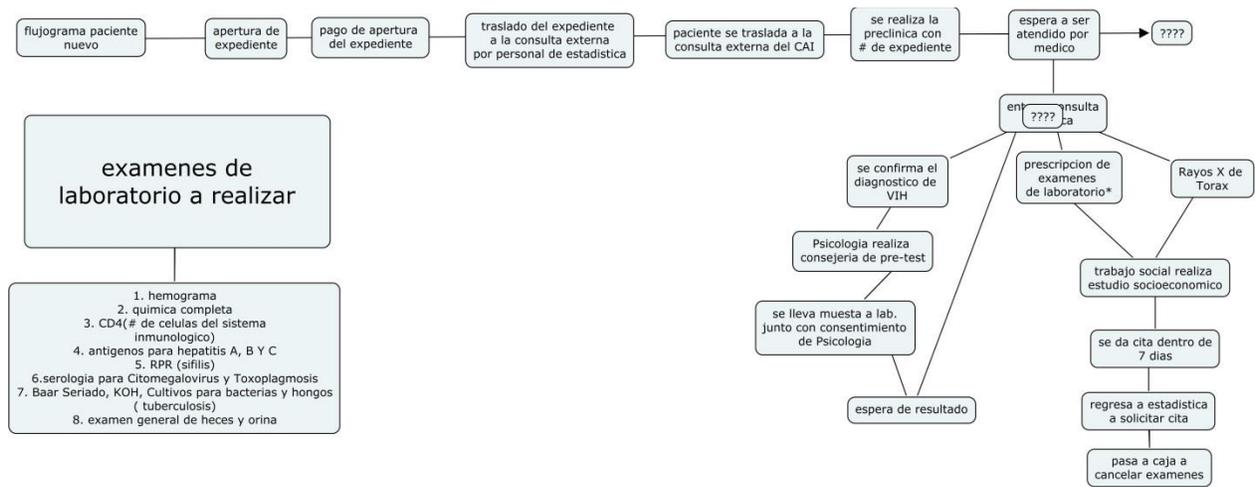
En su mensaje, Leobardo Alcalá Padilla, director general del Hospital Civil de Guadalajara, menciona que ser el primer hospital de asistencia pública en el país y el primero que certifica la atención de pacientes con VIH en Latinoamérica, llena de mucho orgullo a la comunidad de trabajadores de la institución. Enfatizo que este es el inicio de una permanente mejora de los servicios que tiene su validez en la percepción que tienen los pacientes, sus familiares y la sociedad en general. El modelo impregna en su filosofía el espíritu de servicio, el deseo de contribuir a la superación, al desarrollo y sobre todo a la aspiración de ser la palanca que impulse el cambio a la mejora de los demás servicios.

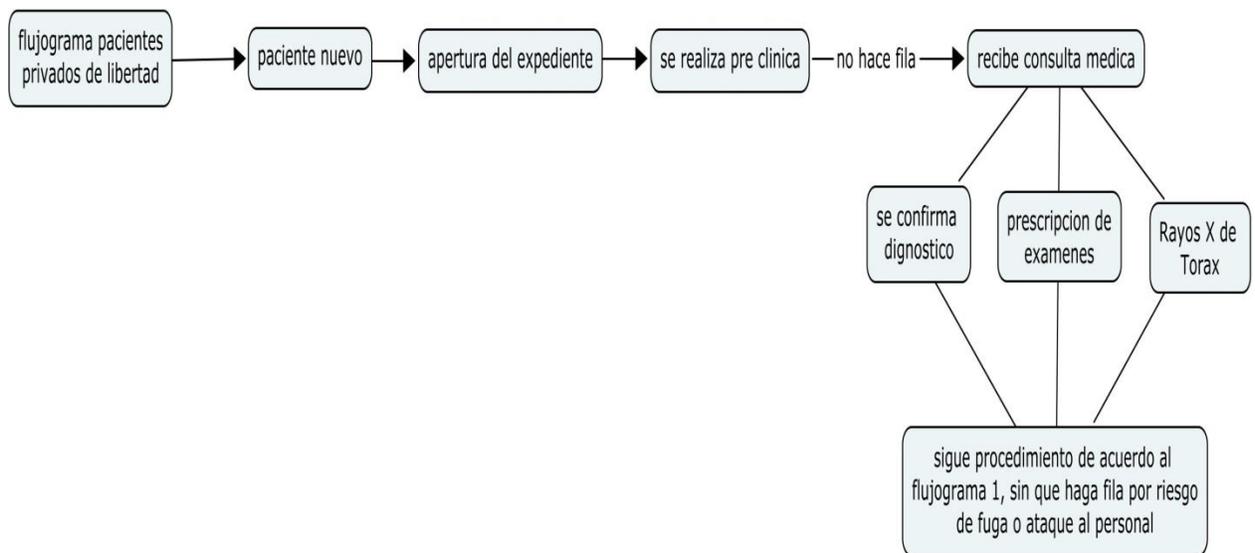
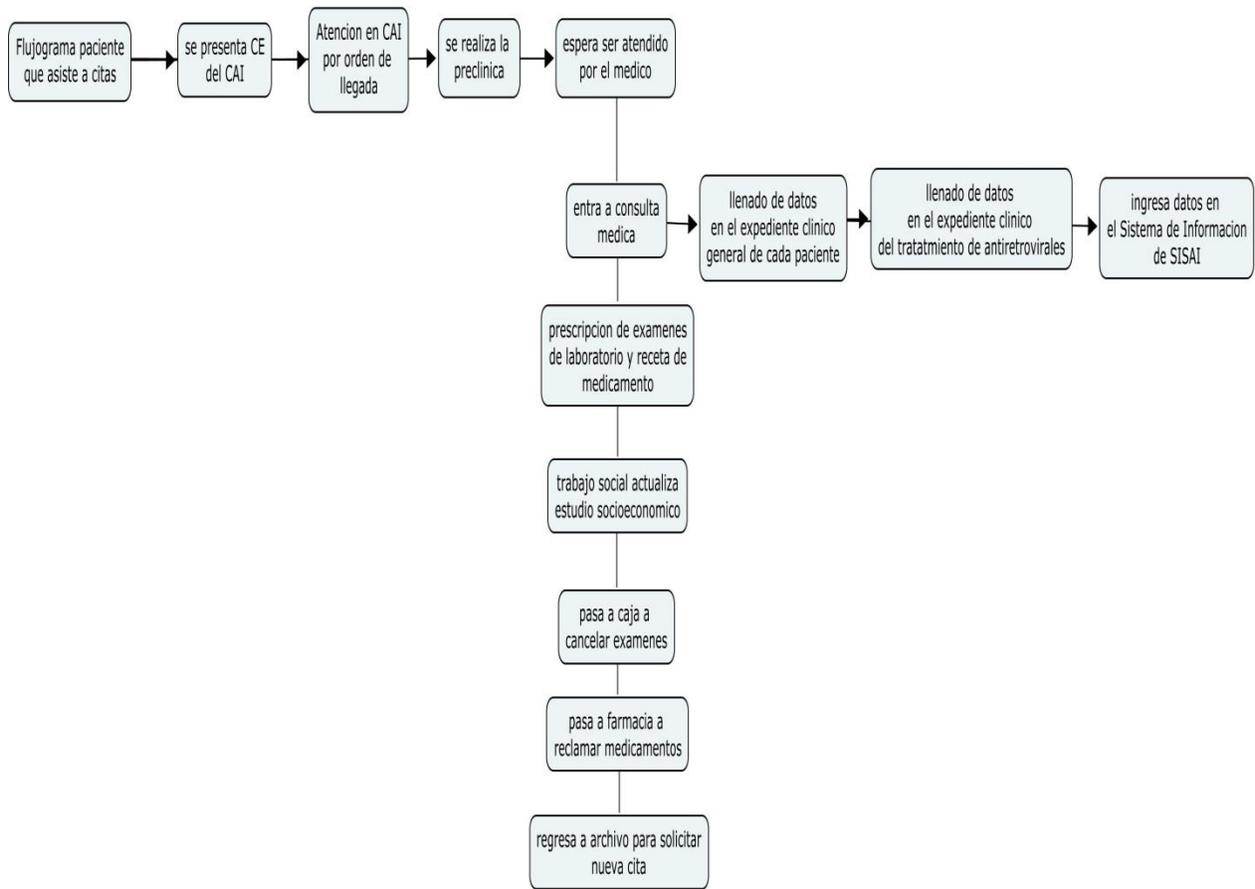
Finalmente, Enrique Ruelas Barajas, subsecretario de Innovación y Calidad de la Secretaría de Salud del Gobierno de la República, expreso que avanzar en los niveles de calidad requiere de múltiples esfuerzos, por ello se diseñó la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud como una estrategia que hoy da resultados al haber capacitado a más de 30 mil personas en el país en procesos

de mejora, en herramientas de mejora de calidad, en trato digno a los pacientes para que la Cruzada sea un esfuerzo de convicción de los trabajadores de la salud y son las certificaciones el producto de dichos esfuerzos.

La calidad es una convicción permanente con la certeza de que siempre es posible ser mejor. Esta convicción la he podido atestiguar en Jalisco y en los Hospitales Civiles de Guadalajara, concluyo el funcionario federal (Mural, 2005).

## Anexo 6





## Anexo 7

<b>PRESUPUESTO PARA JUNTA INFORMATIVA</b>					
<b>No.</b>	<b>Concepto del gasto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Costo unitario</b>	<b>Costo total</b>
1	Almuerzos	Almuerzos	40	L. 80.00	<b>L. 3,200.00</b>
2	Meriendas	Meriendas	40	L. 35	L. 1,400.00
3	Agua en bote	Unidad	40	L. 9	L. 360
4	Vasos plásticos	paquete de 15 unidades	2	L. 22	L.44
5	Servilletas	unidad	1	L. 25	L. 25
6	Refrescos (3 litros)	Unidad	10	L. 36	L. 360.00
<b>Total</b>					<b>L. 5,389.00</b>

<b>No.</b>	<b>Concepto del gasto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Costo unitario</b>	<b>Costo total</b>
1	Honorarios profesionales del capacitador	Jornada de capacitación	6 horas	<b>L. 500.00</b>	<b>L. 500.00</b>
3	Meriendas	Meriendas	20	35	700.00
4	Vasos plasticos	paquete de 15 unidades	2	22	44.00
5	Servilletas	unidad	1	25	25.00
6	Agua en bote	Unidad	20	9	180
7	Refrescos (3 litros)	Unidad	15	33	525
	<b>Total</b>				<b>1,974.00</b>
<b>COSTO TOTAL DE LOS CINCO MODULOS DE CAPACITACION</b>					
<b>Jornadas de capacitación</b>		<b>Capacitación</b>		<b>5</b>	<b>1,974.00</b>
					<b>9,870.00</b>

<b>PRESUPUESTO DE EQUIPO Y MATERIALES PARA CAPACITACIÓN</b>					
<b>No.</b>	<b>Concepto del gasto</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Costo unitario L.</b>	<b>Costo total L.</b>
1	Computadora portátil	C/U	1	0.00	0.00
2	Data show	C/U	1	0.00	0.00

3	Pantalla	C/U	1	0.00	0.00
4	Rotafolio	C/U	1	0.00	0.00
5	Papel rotafolio	Unidad	20	L. 5	L. 100
6	Papel bond	Resma	2	L. 70	L. 140
7	Marcadores de rotafolio	Caja	2	L. 80	L. 160
8	Marcadores de pizarra	Caja	5	L. 40	L. 200
9	Cinta adhesiva	Rollo	2	L. 27	L. 54
10	Cartulinas	Unidad	20	L. 6	L. 120
11	Tarjetas	Unidad	25	L. 1	L. 25
12	Post it	Paquete	2	L. 20	L. 40
13	Lápices grafito	Caja	9	L. 15	L. 135
14	Bolígrafos	Caja	9	L. 20	L. 180
15	Pines	Caja	2	L. 50	L. 100
16	Clips	Caja	2	L. 40	L. 80
17	Engrapadoras	Unidad	4	L. 40	L. 160
18	Grapas	Caja	2	L. 30	L. 60
19	Borradores de pizarra	Unidad	2	L. 25	L. 50
20	Borradores de grafito	Unidad	4	L. 5	L. 20
21	Correctores	Unidad	2	L. 20	L. 40
22	Folders de cartón	Unidad	20	L. 3	L. 60
23	Bolsas manila	Unidad	10	L. 2	L. 20
	<b>Total</b>				<b>L. 1,744.00</b>

Nota. La computadora portátil, data show, pantalla y rotafolio está considerada en el presupuesto de equipo y materiales para la ejecución de la capacitación los cuales serán provistos por la institución

<b>Presupuesto General</b>		
<b>No.</b>	<b>Descripción</b>	<b>Costo</b>
1	Celebración de cabildo informativo	L. 5,389.00
2	Costo total de las capacitaciones	9,870.00
3	Equipo y materiales para la ejecución de la capacitación	1,744.00
	<b>Total</b>	<b>17,003.00</b>