



MINISTERIO
DE SALUD



HOSPITAL MILITAR CENTRAL

**IMPLEMENTACIÓN DE MEJORES PRÁCTICAS EN LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA RÁPIDA DE VIH, EN EL
DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CLÍNICO DE JUNIO 2022-JUNIO 2023.**

MARÍA ARMIDA AGUILAR RODRÍGUEZ

CNEL. Y LIC.

DIRECTORA

SAN SALVADOR, AGOSTO 2023.

EQUIPO POSTULADOR:

**KARLA MARÍA RAMÍREZ DE MARTÍNEZ
MYR. Y LIC.
JEFE DE LABORATORIO CLÍNICO**

**MILAGRO DE LOS ÁNGELES QUIJADA DE TORRES
LICENCIADA
SUBJEFE DE LABORATORIO CLÍNICO**

**LIGIA PAMELA PINEDA HERNÁNDEZ
LICENCIADA
GESTORA DE CALIDAD DEL LAB. CLÍNICO**

**RUTH ELIZABETH LÓPEZ ORTEGA
LICENCIADA
SUPERVISORA DE LA EJECUCIÓN DE LA PR. VIH**

**SYLVIA DEL CARMEN ALFARO DE CASARES
LICENCIADA
SUPERVISORA DE LA EJECUCIÓN DE LA PR. VIH**

Contenido

PRESENTACIÓN.....	4
OBJETIVOS	4
CRITERIOS DE EVALUACIÓN	5
1. Liderazgo y compromiso de la alta dirección.....	6
1.1 Promover la implantación y dar a conocer la mejor práctica a toda la institución.	6
1.2 Fortalecimiento del rol y responsabilidades del equipo.	6
1.3 Reconocimiento a equipos de mejora.	7
2. Identificación y análisis de la oportunidad de mejora.	8
2.1 Identificación y selección de la oportunidad de mejora.	8
2.2 Recolección y análisis de la información.....	10
3. Gestión de la intervención, proyecto o práctica implementada.....	11
3.1 Planificación de la mejor práctica.	11
3.2 Implantación de la mejor practica	14
3.3 Control y seguimiento.	18
4. Gestión del equipo de mejora.....	19
4.1 Integración al equipo de mejora	19
4.2 Desarrollo del equipo de mejora.....	20
5. Gestión del conocimiento e innovación de las mejores prácticas	22
5.1 Gestión del conocimiento en la mejor practica	22
5.2 Gestión de la innovación en las mejoras prácticas.	22
6. Resultados de la mejor práctica.....	23
6.1 Resultados en la eficacia/eficiencia organizacional.	23
6.2 Resultados en la orientación al ciudadano.	24
6.3 Resultados relacionados a otras partes interesadas.....	29
6.4 Resultados financieros o de la relación costo beneficio.	29
7. Sostenibilidad y mejora.....	30
7.1 Sostenibilidad	30
7.2 Mejora	32
Anexos	33

PRESENTACIÓN

El Hospital Militar Central (HMC), proporciona servicios de salud hasta de tercer nivel a sus derechohabientes, beneficiarios y eventualmente a la población civil; su infraestructura y organización está capacitada para brindar servicios de hospitalización y consulta ambulatoria, ya que cuenta con equipo, tecnología y recurso humano especializado en las diferentes áreas. El área 5médica proporciona los servicios de Medicina General y las especialidades de Medicina, Cirugía, Pediatría, Ginecoobstetricia, Estomatología y Cirugía Oral, dentro de las cuales se tienen veintinueve (29) subespecialidades médicas y seis (6) subespecialidades odontológicas, así como también servicios de apoyo médico y administrativo que complementan la prestación de la atención médica y odontológica que brinda el HMC a sus derechohabientes y beneficiarios, su funcionamiento se regula con el Reglamento del Hospital Militar Central, Planes, Directivas, Instructivos y Manuales Administrativos vigentes, con base en las políticas del Ministerio de Salud, Ministerio de la Defensa Nacional y Comando de Sanidad Militar.

El Departamento de Laboratorio Clínico y Banco de sangre, depende organizacionalmente de la División de Apoyo Médico, cuenta con personal capacitado, equipos adecuados para emitir resultados de calidad. Es un laboratorio de confirmación para la prueba rápida de VIH, que desde el año 2019 cumplió los lineamientos para la certificación en el Programa de Mejora Continua RTQC II, obteniendo nivel 4 en la lista de verificación SPI RT , sin embargo, el reconocimiento fue entregado hasta febrero de 2023 por retrasos debidos a la pandemia de COVI-19.

Como resultados de las autoevaluaciones realizadas previo al recibo de reconocimiento se identificaron oportunidades de mejora que deben superarse para mantener la certificación que cubre el periodo 2023 a 2026, lo que fundamenta la iniciativa de mejora que se postula al reconocimiento a las mejores prácticas 2023.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Garantizar la mejora continua de la calidad en la realización de la prueba de VIH por medio del cumplimiento de los lineamientos vigentes del programa nacional de VIH/ITS para un diagnóstico y tratamiento oportuno de los usuarios del Hospital Militar Central.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Reducir el margen de error en el reporte de casos nuevos y casos conocidos de VIH para el inicio de tratamiento anti retro viral.
- Actualizar los procedimientos operativos estándar para el procesamiento de las pruebas en laboratorio.
- Fortalecer las capacidades del personal técnico de laboratorio.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

1. Liderazgo y compromiso de la alta dirección.

1.1 Promover la implantación y dar a conocer la mejor práctica a toda la institución.

¿Cómo la alta dirección se involucra durante la creación, implantación de la mejor práctica y empodera a los miembros del equipo para su desarrollo?

La alta dirección promueve la formulación de iniciativas de mejoras en los procesos de calidad, con base en las necesidades encontradas dentro del Departamento de Laboratorio Clínico la jefatura en enero 2022 gestiona el nombramiento del equipo de mejora continua del Departamento del Laboratorio Clínico integrado por Jefa, Sub-jefa, Gestora de calidad y Supervisoras de la Prueba Rápida (PR) de VIH, de dicho departamento, quienes son las que identifican necesidades de mejoras, con el objetivo de proponer iniciativas que brinden confiabilidad, en los procesos que se llevan dentro del laboratorio. **Anexo 1** (Memorándum informando capacitación)

La jefatura planifica, organiza los recursos y gestiona apoyo administrativo para el desarrollo de actividades de capacitación.

Facilitó los espacios en reuniones de jefaturas de laboratorio clínico Comité de Prevención y control del VIH/SIDA (COPRECOS), etc., para la socialización de la mejor práctica y presentación de avances logrando el involucramiento del personal en su desarrollo. **Anexo 2** (Informe de reunión COPRECOS)

Elabora informa para ser presentados en la dirección sobre los avances de la implementación de la buena práctica.

Coordinación con el programa nacional de VIH /ITS y proveedores la gestión de pruebas e insumos.

¿Cómo la máxima autoridad divulga y da a conocer la mejor práctica en diferentes espacios?

Presentación del proyecto a la Dirección del Hospital y jefaturas de división para facilitar el desarrollo y las coordinaciones necesarias para su implantación. **Anexo 3** (acta de reunión fecha junio 2022)

Gestiona ante la dirección la autorización de publicación de actividades de la buena práctica en el boletín. Se colocó banner en el boletín del Hospital y afuera del Departamento de Laboratorio Clínico, para dar a conocer el equipo de mejora continua del Laboratorio Clínico. **Anexo 4** (publicación en boletín).

Publica en boletín la obtención de reconocimiento de “Garantía de la Calidad en la realización de la prueba de VIH” y felicitación al equipo de mejora. **Anexo 5** (informe de reconocimiento).

1.2 Fortalecimiento del rol y responsabilidades del equipo.

¿Cómo la alta dirección ha realizado ha realizado gestiones para fortalecer el equipo de mejora?

La jefatura de laboratorio clínico coordina el equipo de mejora continua, para facilitar el desarrollo de capacitaciones, talleres, reuniones de coordinación del personal de laboratorio clínico, para el mejoramiento de la calidad del procesamiento de la prueba rápida de VIH. **Anexo 6** (Lista de asistentes, capacitación a personal de nuevo ingreso, diplomas de certificación).

La alta dirección, ha promovido el fortalecimiento del equipo de mejora, facilitando tiempo y espacio para poder realizar el curso “Introducción a las Buenas Prácticas Clínicas de Laboratorio”, para poder tener un atestado que acredite a los miembros la correcta ejecución de las actividades a desarrollar en el proyecto de mejora. **Anexo 7** (Diploma del curso).

Se abastece de pruebas rápidas a través de donación con proveedores externos.

Desarrolla el control de calidad de los reportes de casos positivos de VIH identificados con COPRECOS.

Gestiona apoyo técnico y financiero con PSI (Postulation Services International) para el desarrollo de capacitaciones.

Se fortalece al equipo de mejora por medio de la incorporación de la jefatura de planificación para facilitar las gestiones administrativas.

1.3 Reconocimiento a equipos de mejora.

¿Cómo la alta dirección o jefaturas reconocen a cada miembro de los equipos su trabajo respecto a la efectividad de los resultados alcanzados?



En febrero del 2023, la alta dirección reconoce la iniciativa de trabajo, a la Jefatura de Laboratorio Clínico y al equipo de mejora continua, mediante diploma de reconocimiento. **Anexo 8** (Diploma).

Jefatura de Laboratorio Clínico reconoce la iniciativa de trabajo, mediante anotaciones en acciones positivas en evaluación semestral. **Anexo 9.** (Evaluación semestral)

¿Qué incentivos ha definido la organización para promover el desempeño efectivo como equipo que desarrollan la mejor práctica?

Se realiza felicitación al equipo de mejora por medio de nota en la que se felicita por la obtención del reconocimiento de la Garantía de la calidad en la realización de la prueba rápida de VIH. **Anexo 10** (nota de felicitación).

2. Identificación y análisis de la oportunidad de mejora.

2.1 Identificación y selección de la oportunidad de mejora.

¿Cómo se identificaron las oportunidades de mejora o los problemas a resolver?

Debido a personal de contratación nueva y servicio social, se vio la necesidad de realizar el taller para dar a conocer los lineamientos acerca del procesamiento de la prueba rápida de VIH, como una iniciativa para el mejoramiento continuo de la calidad para el uso de pruebas rápidas del VIH; y para personal antiguo, se les dio a conocer, en reuniones de trabajo, las actualizaciones, documentación y procesos administrativos, acerca de las pruebas rápidas de VIH.

En reunión de equipo técnico a través de lluvia de ideas y como resultado del análisis de diferentes informes se identifican los siguientes problemas:

Procedimientos operativos estándar no actualizados

Error en el reporte de casos nuevos y casos conocidos de VIH.

Registros incompletos de libros de VIH

Mala técnica en toma muestra para prueba de VIH.

Mal manejo del inventario de reactivos e insumos.

¿Qué parámetros utilizaron para la priorización de problemas?

Para la priorización de problemas, el equipo de mejora continua, utilizó el método Hanlon, priorizando la problemática, con base a los siguientes parámetros:

Magnitud: Se valora la frecuencia con que se presentan la problemática identificada asignando un puntaje del 1 a 10.

Severidad: Evalúa el riesgo para el usuario que implica la falla en los procedimientos establecidos se evalúa con un puntaje del 1 a 10.

Eficacia: Evalúa la posibilidad de intervenir con los recursos disponibles a nivel institucional con un puntaje de 0,5 a 1,5.

Factibilidad: Para evaluar la factibilidad de implementar la mejor práctica se toma en cuenta en cuenta la disponibilidad económica, interés institucional, aceptabilidad y disponibilidad del personal para implementar las mejoras fundamentadas en el marco normativo, puntuando 0 a 1.

¿Cuáles herramientas de calidad aplicaron para la priorización del problema y análisis causa raíz?

Tabla No. 1 Utilización de Método Hanlon para priorización (A+B) (CxD).

MÉTODO HANLON						
PROBLEMA	MAGNITUD DEL PROBLEMA (1-10) (A)	SEVERIDAD O TRASCENDENCIA A (1-10) (B)	RESOLUTIVIDAD O EFICACIA DE LA SOLUCIÓN (C) (0.5= no se puede controlar, 1= Se controla parcialmente, 1.5= Puede controlarse)	FACTIBILIDAD DE LA INTERVENCIÓN (0=NO) (1=SÍ) (D)	PUNTUACIÓN	PRIORIDAD
Error en el reporte de casos nuevos y casos conocidos de VIH.	10	10	1.5	1	30	1
Mala técnica en toma muestra para prueba de VIH.	7	8	1	1	15	5
Mal manejo del inventario de reactivos e insumos	8	8	1	1	16	4
Registros incompletos de libros de VIH	9	8	1,5	1	25.5	3
Procedimientos operativos estándar no actualizados	10	9	1.5	1	28.5	2

Fuente: elaboración propia.

Se identifica como problema prioritario "Error en el reporte de casos nuevos y casos conocidos de VIH, alcanzando.

¿Análisis de causa raíz se utiliza la herramienta de por qué?

¿Porque existe Error en el reporte de casos nuevos y casos conocidos de VIH?

R/ Desconocimiento de procedimiento de para el registro de casos.

¿Por qué desconocimiento de procedimiento de para el registro de casos?

R/ Falta de actualización del personal en las normativas

¿Porque la falta de actualización del personal en las normativas?

R/Falta de actualización del procedimiento de registro de casos.

¿Cómo proyectaron el impacto esperado para abordar la oportunidad de mejora?

Tabla No. 2 impacto esperado para abordar la oportunidad de mejora

Actores involucrados	Impacto esperado
Población beneficiaria HMC	<ul style="list-style-type: none">• Resultados confiables al paciente.• Inicio de TAR oportuno• Atención de calidad al paciente.• Cumplimiento de Ley de personas viviendo con VIH.
Institución	<ul style="list-style-type: none">• Mejora a la imagen institucional.• Informes confiables ante la instancia rectora• Mantener la certificación de nivel 4 de garantía de la calidad para la realización de la prueba rápida de VIH• Credibilidad del departamento de laboratorio clínico.
Personal de laboratorio	<ul style="list-style-type: none">• Mejora a la imagen del profesional de laboratorio.• Crecimiento profesional y ético para el personal.• Mejores resultados en la evaluación del desempeño.

Fuente: elaboración propia.

2.2 Recolección y análisis de la información.

¿Qué metodología y herramientas aplicaron para la recolección, clasificación, consolidación, análisis de la información que fue necesaria para la identificación de problemas, causas, alternativas de solución y desarrollo y ejecución del proyecto de mejora?

Cumplimiento de criterios de evaluación para la certificación

La metodología utilizada para la recolección de datos, fue la auditoría realizada, en la cual se aplicó

Lista de verificación SPI RT (Stepwise quality improvement process for testing).

La supervisión de la técnica de extracción de muestra de sangre y procesamiento de la misma

Revisión de libros de registros diario, mapas de trabajo e informe de consolidado mensual.

Revisión de resultados insatisfactorios obtenidos en la evaluación externa de calidad.

Verificación de datos del sistema SUMEVE

¿Cuáles fuentes de datos utilizó el equipo para verificar la confiabilidad? (10 puntos)

- Informe de Auditoría de la lista de verificación SPI RT: (Hallazgos)
- Actas de resultados de supervisión
- Revisión de libro FVIH-03 (Libro de registro diario)
- Libreta de mapa de trabajo
- Libreta de consolidado mensual

- Sistema SUMEVE

¿Cómo se determinó y cuál era la brecha existente entre la situación inicial (línea base) y la situación o proyección deseada?

Tabla No. 3 Identificación de la brecha según línea base.

Oportunidades de mejora identificadas	Línea base: Junio 2022	Proyección a junio 2023	Brecha
Mejora de reporte de casos nuevos y conocidos de VIH	38 casos conocidos reportados como nuevos casos de VIH.	0 casos conocidos reportados como nuevos casos de VIH.	38 casos conocidos reportados como nuevos casos de VIH.
Procedimiento operativos estándar actualizados	Documento de procedimiento estándar no actualizado	Documento de Procedimiento operativos estándar actualizados	Documento de Procedimiento operativos estándar actualizados
Personal de laboratorio actualizado en la realización de la prueba rápida.	32 recursos de laboratorio no actualizados en la realización de la prueba rápida de	32 recursos de laboratorio actualizados en la realización de la prueba rápida de	32 recursos de laboratorio actualizados en la realización de la prueba rápida de

Fuente: elaboración propia.

3. Gestión de la intervención, proyecto o práctica implementada.

3.1 Planificación de la mejor práctica.

Plan de trabajo con los responsables, equipo de mejora.

¿El proyecto está orientado con la misión, visión, objetivos y lineamientos estratégicos de la organización?

La misión del Departamento de Laboratorio Clínico dice de la siguiente manera:

Proporcionar de manera permanente servicios de procesamiento de pruebas de laboratorio clínico y atención de donantes de alta calidad, en las instalaciones del HMC, a personal derechohabiente, beneficiario y a la población civil, para que los pacientes puedan obtener un diagnóstico y recibir tratamiento oportuno y adecuado a las patologías que padezcan.

La visión del Departamento de Laboratorio Clínico dice de la siguiente manera:

Lograr la excelencia en nuestros servicios a través del desarrollo de un Sistema de Calidad basado en los lineamientos de las Buenas Prácticas de Laboratorio y de la ISO 15189, que permitan implementar los procesos de mejora continua de la calidad en los servicios prestados por Departamento. Tanto la misión como visión tienen como eje estratégico, la búsqueda de la calidad a través de la mejora continua en los servicios prestados, el proyecto actual, tiene como objetivo cumplir con los requisitos del programa de VIH/ITS, garantizando la realización de las pruebas de acuerdo a los lineamientos para un diagnóstico y tratamiento oportuno.

¿Cómo se definió del plan de trabajo, como se asignó a los responsables de cada actividad para el logro de los objetivos planteados, a fin de reducir la brecha identificada?

Tabla No. 4 Objetivos e indicadores para la implementación del proyecto de mejora

Objetivos	<p>Objetivo General:</p> <ul style="list-style-type: none"> Garantizar la mejora continua de la calidad en la realización de la prueba de VIH por medio del cumplimiento de los lineamientos vigentes del programa nacional de VIH/ITS para un diagnóstico y tratamiento oportuno de los usuarios del Hospital Militar Central. <p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Reducir el margen de error en el reporte de casos nuevos y casos conocidos de VIH para el inicio de tratamiento anti retro viral. Actualizar los procedimientos operativos estándar para el procesamiento de las pruebas en laboratorio Fortalecer las capacidades del personal técnico de laboratorio.
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de personal aprobado en las evaluaciones de competencias del correcto procesamiento de prueba rápida de VIH Porcentaje de personal recertificado en la garantía de la calidad y estandarización de los procedimientos para la realización de la prueba rápida de VIH. Porcentaje de personal nuevo certificado en la garantía de la calidad y estandarización de los procedimientos para la realización de la prueba rápida de VIH.

Fuente: elaboración propia.

Tabla No. 5 Plan de trabajo para la implementación del proyecto de mejora

Etapas	Actividad	Periodo de Evaluación	Responsable
Planificación	<ul style="list-style-type: none"> Integración de equipo de mejora. Identificación de problema. Elaboración de proyecto de mejora. Presentación a la máxima autoridad, para su aprobación. Elaboración de plan de capacitación. Programación de auditorías. 	Junio 2022	Jefatura y Gestor de Calidad
Organización	<ul style="list-style-type: none"> Definición de responsabilidades para los integrantes del equipo de mejora. Coordinación y gestión de recursos para el Taller de mejora continua RTCQ II. Coordinación en el plan de trabajo, para los facilitadores del Taller de mejora continua. Gestión de financiamiento y de pruebas rápidas para desarrollo de taller. 	Enero 2023	Equipo de mejora continua.
Ejecución	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración de POES de prueba rápida VIH. (Algoritmo vigente). Desarrollo de Taller de mejora continua RTCQ II, para todo el personal que realiza la prueba rápida (Actualización para personal antiguo y Certificación para personal de nuevo ingreso), en dos grupos en las fechas 20, 21 y 22 de abril y segundo grupo 11, 12 y 13 de mayo. Procesamiento de prueba rápida de VIH. 	Enero- Mayo 2023	Equipo de mejora continua.

Fuente: elaboración propia.

¿Se asignó presupuesto durante la planificación, como se financio el proyecto? (30 puntos)

Tabla No. 6 presupuesto para el desarrollo de talleres de capacitación

Insumo/Material/Equipo	Costo unitario (\$)	Cantidad	Costo total (\$)	Fuente de financiamiento
Pruebas A1	2.80	250	700	PRESUPUESTO HMC
Pruebas A2	2.80	102	285.6	PRESUPUESTO HMC/DONACION
Pruebas A3	N/A	96	N/A	DONACION
Controles				DONACION
Papelería (ayudas visuales, material de apoyo entregado a los participantes del Taller y Diplomas)	4.68	32	150	FONDO DE RECICLAJE HMC/DONACION
Refrigerios y almuerzos	37.50	32	1,200	COPRECOS
TOTAL			\$2,335.60	

Fuente: elaboración propia.

El costo promedio anual en recursos humanos, reactivos e insumos se detallan en las siguientes tablas:

Tabla No. 7 Recursos humanos

Personal de Laboratorio	Numero de recursos	Salario mensual (\$)	Costo anual (\$)
Lcdo. en Laboratorio Clínico	2	750	18,000
Recepcionista	1	380	4,560
Ordenanza	1	350	4,200
Total			26,760

Fuente: elaboración propia.

Tabla No. 8 Reactivos y materiales

Insumo/Material/Equipo	Costo unitario (\$)	Cantidad	Costo total (\$)	Fuente de financiamiento
Pruebas A1	2.80	9,720	27,216	PRESUPUESTO HMC/DONACION
Pruebas A2	2.80	100	280	PRESUPUESTO HMC
Pruebas A3	2.80	90	252	PRESUPUESTO HMC
TOTAL			\$27,748	

Fuente: elaboración propia.

Tabla No. 9 costo global de implementación de la intervención:

Detalle	Costo (\$)
---------	------------

Capacitación	\$2,335.60
Recursos Humanos	\$26,760.00
Materiales y reactivos	\$27,748.00
Total	\$56,843.00

Fuente: elaboración propia.

3.2 Implantación de la mejor practica

¿Cómo se implementó la mejor práctica?

Tabla No. 10 Planificación de implementación de mejor práctica.

Fases	Actividades
1. PLANIFICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • La jefatura de laboratorio realizó la selección de los profesionales del equipo de mejora siendo integrado por la Jefatura, Sub-jefatura, Gestora de calidad y 2 supervisoras de la realización de la prueba rápida de HIV. • Elaboración de un diagnóstico situacional en cuanto a la realización de la prueba rápida de VIH, correspondiente al 2022-2023, identificación y priorización de problemas, seleccionando el llenado de formularios como prioridad para la implementación de la mejor práctica. • Elaboración del proyecto por parte del equipo de mejora, considerando los antecedentes, finalidad, beneficiarios, periodo de duración y actividades para su implementación y mecanismos de control. • En reunión sostenida del 20 de junio 2022, se aprueba por parte de la Alta Dirección, el proyecto de mejora continua para la realización de la prueba rápida de VIH. • Elaboración de plan de capacitación se tomaron como base RTCQ II, fue estructurado en 9 módulos: <ul style="list-style-type: none"> Módulo 1: Asegurando la exactitud y confiabilidad de los resultados de las PR-VIH Módulo 2: Vista general de las PR-VIH Módulo 3: Seguridad en el sitio de realización de la prueba Módulo 4: Manejo y almacenaje de muestras Módulo 5: Algoritmo serial de PR VIH Módulo 6: Visión general del mantenimiento de los registros Módulo 7: Programa de Evaluación Externa de la Calidad (PEEC). Introducción Muestra seca en tubo (MST) Módulo 8: Ética Profesional Módulo 9: Lista de verificación para evaluar la mejora de la calidad de las pruebas rápidas (SPI RT) <p>Para su desarrollo se planificaron 2 talleres sumando un total de 32 participantes. Para las auditorias se definió hacer uso de la herramienta estandarizada por el Programa Nacional de ITS/VIH, y se programaron de forma semestral.</p>
2. ORGANIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • En la asignación de responsabilidades para los integrantes del equipo de mejora se tomó en cuenta las competencias de cada uno. • Para el desarrollo de la capacitación RTCQ II y con la finalidad de evitar el desabastecimiento de las pruebas rápidas en el programa regular, se desarrolla coordinación con proveedores externos, logrando la donación de 60 pruebas rápidas de A3 VIH de proveedor externo y 150 pruebas de A2 por un monto de

	<p>§193.19; el faltante se cubrió con asignación institucional. Anexo 11 (Actas de donación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para lograr la cobertura del 100% de profesionales de laboratorio, sin afectar la prestación del servicio, se organizaron 2 grupos realizando ajustes en el plan de trabajo mensual para la gestión de la misión oficial la cual fue autorizada por la dirección. • Para facilitar el desarrollo de los talleres se designó a la gestora de calidad capacitada por el Programa nacional de VIH; además facilitaron el desarrollo de algunos temas la Jefatura, sub-jefatura de laboratorio y técnico de COPRECOS. • Se realizan reuniones periódicas, para dar seguimiento a nuevos lineamientos administrativos, para la realización de la prueba. • Se elabora plan de asignaciones para el equipo de mejora continua.
3. EJECUCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • La gestora de calidad realizó la actualización de los 3 POES de prueba rápida con base algoritmo vigente oficializado por el Programa Nacional de ITS/VIH: 1 POE-INM-01-PRUEBA RAPIDA MARCA ABBOTT, NOMBRE SET: DETERMINE™ HIV-1/2 (A1) 2 POE-INM-01-PRUEBA RAPIDA SD BIOLINE HIV ½ 3.0 (A2). 3 POE-INM-09-PRUEBA RAPIDA FIRST RESPONSE^R HIV 1-2.0 CARD TEST (VERSION 2.0) A3. Anexo 12 (portadas de POES) <p>Los POES son autorizados por la jefatura del departamento de Laboratorio y se encuentran disponibles en el [área de realización de las pruebas para consulta inmediata de acuerdo a necesidades del personal responsable</p> <p>Desarrollo de Taller de mejora continua RTCQII, para todo el personal que realiza la prueba rápida (Actualización para personal antiguo y Certificación para personal de nuevo ingreso),</p> <p>Se desarrolló de la siguiente forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primer grupo 20, 21 y 22 de abril 2023, con 17 participantes. • Segundo grupo 11, 12 y 13 de mayo 2023, con 15 participantes.

Como parte de la evaluación cada participante realizo 1 prueba objetiva y desarrollo como parte de la practica el procesamiento e informe de una prueba rápida aplicando el nuevo algoritmo,



El curso fue aprobado por el total de participantes logrando la capacitación del 100% de los responsables del procesamiento de la prueba (32 profesionales de Laboratorio Clínico) quienes recibieron diploma de aprobación firmado por directora del hospital. **Anexo 13** Diplomas de aprobación del Taller de mejora.

- Procesamiento de prueba rápida de VIH.
En base a lo reforzado en el Taller de mejora continua RTCQ II, el personal desarrolla el procesamiento de la prueba rápida de VIH, en base a los lineamientos y estandarización, que se indico en dicho taller y que pueden ser consultados en los POES, colocados en el área de procesamiento de la prueba.

Fuente: elaboración propia.

¿Cómo el equipo identifico y gestiona la participación de otras áreas de la organización y/o partes interesadas para el logro de los objetivos de la mejor práctica?

Para la coordinación con otras áreas del hospital e instituciones donantes se realizó la gestión a través de la dirección considerando su competencia en la temática.

Tabla No. 11 Participación de otras áreas interesadas para el logro de los objetivos de la mejor práctica.

Áreas/Instituciones	Participación
Internas	
COPRECOS	Gestiona el abastecimiento de pruebas rápidas y apoyo financiero.
Externas	
Programa ITS/VIH	Elaboración y oficialización de lineamientos técnicos para el procesamiento de pruebas rápidas de VIH.

PSI	Donación de pruebas rápidas Apoyo con facilitadores para el desarrollo de taller, con el tema “género y sexualidad” Financiamiento para capacitaciones.
-----	---

Fuente: elaboración propia.

¿Qué dificultades identifico el equipo para la implantación de la mejor practica y que acciones realizaron para superarlas?

Tabla No. 12 Dificultades identificadas y acciones para superarlas.

Dificultades	Acciones para superarlas
Desabastecimiento de pruebas A3 por parte de proveedores en el país.	Se gestionó donación con proveedores externos.
Actitudes del personal ante nuevos lineamientos.	Socialización de resultados insatisfactorio del PEEC y Evaluación práctica-teórica en el Taller.

Fuente: elaboración propia.

3.3 Control y seguimiento.

¿Cómo se realizó el control y seguimiento de las etapas del desarrollo de la mejor practica?

Para asegurar el cumplimiento de los lineamientos y aplicación de los POES para la realización de la prueba rápida de VIH, el equipo de mejora desarrollo las siguientes intervenciones:

- Monitoreo y supervisión mensual de mapas de trabajo y libros de registro, a fin de detectar y corregir errores de transcripción en los registros. dejando constancia de la actividad mediante firma y sello de responsable. **Anexo 14** (Monitoreo y supervisión)
- Auditoria utilizando la Lista de verificación SPI RT, la cual se aplica de forma semestral.
- Evaluación de competencias en el personal de salud de forma semestral, identificando con ello, errores de transcripción y realizar la corrección.

¿Qué tipo de medición de la mejora implementaron?, ¿Establecieron indicadores?, ¿Cada cuánto midieron?

Tabla No. 13 Indicadores para medición del proyecto

Indicadores del proyecto	Construcción	Periodicidad de Evaluación
Porcentaje de personal aprobado en las evaluaciones de competencias del correcto procesamiento de prueba rápida de VIH.	Número de personal que aprueba la evaluación de competencias/ Total, de personal que realiza el procesamiento de pruebas rápida de VIH x 100	2 veces al año

Porcentaje de personal recertificado en la garantía de la calidad y estandarización de los procedimientos para la realización de la prueba rápida de VIH.	No de personal recertificado/ total de personal que caducado su certificación x 100	Cada 2 años
Porcentaje de personal nuevo certificado en la garantía de la calidad y estandarización de los procedimientos para la realización de la prueba rápida de VIH	No de personal certificado/ total de personal nuevo x 100	Cada 2 años

Fuente: elaboración propia.

¿Ante las desviaciones presentadas en la práctica, como se aseguró el equipo la adopción de medidas correctivas o acciones de mejora?

Tabla No. 14 Desviaciones presentadas en la práctica y medidas correctivas.

Desviaciones presentadas	Medidas correctivas o Acciones de mejora
No se completó el llenado del algoritmo diagnóstico, en los libros de registro.	Retroalimentación individual al profesional para el llenado del registro.
Información incompleta en mapas de trabajo, en cuanto a nombre, lote y vencimiento del reactivo.	Retroalimentación individual al profesional para el llenado del registro
No disponibilidad de local, para el desarrollo del Taller.	Se gestionó con Departamento de Enfermería, para uso del salón de capacitaciones; y con División Administrativa, el uso de la sala de planes.
No disponibilidad de proyector para presentación de diapositivas.	Se gestionó con proveedores, el préstamo.

Fuente: elaboración propia.

4. Gestión del equipo de mejora

4.1 Integración al equipo de mejora

¿Cómo la organización aseguró la integración de los miembros del equipo de mejora y el desempeño del equipo de trabajo?

Tomando en consideración actitudes, responsabilidades y el buen desempeño del personal que conforma el equipo de mejora, para alcanzar los resultados esperados, cumpliendo las siguientes características: **Anexo 15 (Nombramiento del equipo de mejora).**

- Liderazgo.
- Responsabilidad.
- Trabajo en equipo.
- Compromiso con la institución y el desempeño laboral.
- Manejo del Stres y carga laboral.

- Conocimiento en la aplicación de herramientas de calidad.
- Manejo de programas informáticos
- Conocimiento en el procesamiento prueba rápida de VIH.
- Certificación en la garantía de la calidad del procesamiento de prueba rápida de VIH.

4.2 Desarrollo del equipo de mejora.

¿Cómo el equipo de mejora se integró al proyecto considerando las competencias conocimientos y habilidades para el desarrollo de la mejor practica? (30 puntos)

La integración del equipo de mejora se realiza de la siguiente manera:



Tabla No. 15 Integración del equipo de mejora de acuerdo a competencias y habilidades.

Nombre del miembro del equipo	Competencias	Responsabilidades y funciones
Karla María Ramírez	Mayor y licenciada en laboratorio clínico Liderazgo. Trabajo en equipo. Responsabilidad. Compromiso institucional Certificación en el procesamiento de la prueba rápida de VIH. Manejo de programas informáticos. Experiencia en la autoevaluación de la lista de verificación de SPI-RT. Manejo del Stress y carga laboral. Manejo de herramientas de calidad.	Incentivar, Formulación, implementación y monitoreo de la buena práctica. Planificación y coordinación para la ejecución de la recertificación del personal Conducción del equipo de mejora. Verificación de los resultados de la autoevaluación de la lista de verificación SPI-RT. Elaboración de informes de avances de la buena práctica.
Milagro de los Ángeles Quijada de Torres	Subjefe de laboratorio Clínico Liderazgo. Trabajo en equipo. Compromiso institucional. Certificación en el procesamiento de la prueba rápida de VIH.	Supervisión y organización de los recursos. Planificación y coordinación para la ejecución de la recertificación del personal

	Manejo de programas informáticos. Manejo del Stress y carga laboral. Responsabilidad.	Verificación de los resultados de la autoevaluación de la lista de verificación SPI-RT. Elaboración de informes de avances de la buena práctica. Elaboración de planes de mejora ante desviaciones.
Ligia Pamela Pineda Hernández	Gestora de Control de Calidad Trabajo en equipo. Responsabilidad. Compromiso institucional. Certificación en el procesamiento de la prueba rápida de VIH. Manejo de programas informáticos. Experiencia en la autoevaluación de la lista de verificación de SPI-RT. Manejo del Stress y carga laboral. Manejo de herramientas de calidad.	Supervisión de procesamiento de la prueba rápida de VIH. Responsable de revisar de la documentación de los resultados del procesamiento correcto de la prueba rápida de VIH. Capacitación del personal para el procesamiento de la prueba rápida de acuerdo a los algoritmos vigentes y libros de registros. Asesoramiento, presentación de informes mensuales, semestrales, de los resultados de la aplicación de correcta del procesamiento de las pruebas rápidas de VIH.
Ruth Elizabeth López Ortega	Supervisora de la realización de la prueba rápida de VIH. Trabajo en equipo Responsabilidad. Compromiso institucional Certificación en el procesamiento de la prueba rápida de VIH. Manejo de programas informáticos.	Colaboración a la Gestora de Control de calidad. Colaboración en Asesoramiento en la aplicación de correcta del procesamiento de las pruebas rápidas de VIH y correcta documentación de resultados.
Sylvia del Carmen Alfaro de Casares	Supervisora de la realización de la prueba rápida de VIH. Trabajo en equipo. Responsabilidad. Compromiso institucional. Certificación en el procesamiento de la prueba rápida de VIH. Manejo de programas informáticos.	Colaboración a la Gestora de Control de calidad. Colaboración en Asesoramiento en la aplicación de correcta del procesamiento de las pruebas rápidas de VIH y correcta documentación de resultados.

Fuente: elaboración propia.

Al conformar el equipo de mejora, permitió el desarrollo de habilidades de las integrantes, y de todo el personal del laboratorio, que realiza la prueba rápida de VIH.

¿Qué medidas de control y seguimiento aplicó el equipo de mejora para asegurar su efectividad en el desarrollo del proyecto?

Para que los miembros del equipo de mejora cumplieran con sus responsabilidades se tomaron las siguientes medidas.

- Reuniones mensuales para verificar los avances del plan de trabajo

- Informes de los resultados a la Jefatura
- Informes resultados del Taller de mejora continua RTQ II.
- Auditorias de lista de verificación SPI RT y análisis de los hallazgos.
- Verificación in situó del procesamiento de acuerdo normativas.

5. Gestión del conocimiento e innovación de las mejores prácticas

5.1 Gestión del conocimiento en la mejor practica

¿Qué iniciativas realizaron, la alta dirección, la Unidad de Calidad, las jefaturas y el equipo de mejora para generar aprendizaje a partir de la mejor practica?

El proyecto ha sido motivado por la jefatura inmediata, facilitando espacios para la realización de reuniones de trabajo, Taller de mejora continua RTCQ II y tiempo para la planificación del proyecto; presentando los avances del proyecto **Anexo 16** (informes de la realización de Taller)

Además, se da la apertura para la compartir la experiencia de la institución con el programa nacional de VIH/ITS lo que genera en otras instituciones del Sistema Nacional de salud, certifiqué o recertifiquen para mantener la garantía de la calidad y estandarización en el procesamiento de la prueba rápida de VIH. (evidencias fotografías)

¿Cómo la organización y el equipo incorporo las experiencias y lecciones aprendidas para la creación de nuevas prácticas?

La experiencia obtenida, fue obtener una herramienta de gran utilidad para la implementación de nuevas prácticas, dentro del Laboratorio Clínico, que sea de beneficio para todos los usuarios y mejorar y mantener el desempeño del personal técnico para garantizar la certificación en el Programa de mejora continua RTCQ II, obteniendo nivel 4 en la lista de verificación SPI RT, para la Garantía en la calidad en la realización de la prueba rápida de VIH.

Además, las experiencias en la implementación de esta buena practica han sido de utilidad para la planificación de la ampliación y remodelación del área de laboratorio clínico, con énfasis en área de toma de muestras y área de inmunología (procesamiento de la prueba rápida de VIH) y reporte y manejo resultados, la cual se encuentra en fase de planificación.

5.2 Gestión de la innovación en las mejoras prácticas.

¿Cómo utilizó la organización y el equipo la innovación para agregar valor y mejora en el desempeño de la institución?

Antes del proyecto, no se contaba con equipo de mejora continua, no se aseguraba la calidad de los resultados de las prueba rápidas lo que generaba sobrecarga laboral en el personal ya que solo existía un persona responsable de la supervisión de la calidad de procesamiento, retardo en la verificación de los registros, no se realizaba acompañamiento en el áreas de digitación de resultados por lo que existían errores en la información que se proporcionaba errores en la información que digitada en el sistema de MINSAL (SUMEVE), existía mal llenado de la información en los registros oficiales (Libros de registro diario FVIH-01 y mapas de trabajo) **Anexo 17** (fotos del antes).

Las innovaciones aplicadas para la implementación de la buena práctica son las siguientes:

- Conformación de un equipo de mejora continua para verificación de llenado del registros y asesoramiento de procesamiento de prueba rápida de VIH.
- Realizar talleres para recertificar al personal que se había caducado su certificación en el procesamiento de la prueba rápida de VIH.
- Se asigna a un recurso de verificar la calidad de la información digitada en el sistema (SUMEVE) con los resultados de los consolidados mensuales.
- Realizar autoevaluación de acuerdo al listado SPI RT para identificar oportunidades de mejora.
- Capacitación de todos los recursos de laboratorio responsables en el procesamiento de las pruebas rápidas de VIH para el cumplimiento de lineamientos emitidos por MINSAL.

Posterior a la aplicación de las innovaciones mencionadas se mejoró en los siguientes aspectos:

- Información completa en los libros de registro de diario de FVIH-01 y mapas de trabajo
- Reducción en la sobrecarga laboral por que existe un equipo que verifica y asesora el procesamiento de la prueba rápida.
- Se reducen los erros en la información reportada en el SUMEVE.

6. Resultados de la mejor práctica.

6.1 Resultados en la eficacia/eficiencia organizacional.

- Mejor del desempeño del trabajo técnico, en cuanto a llenado de formularios y registros.
- Fortalecimiento de la aplicación del algoritmo diagnóstico para la prueba rápida de VIH.
- Compromiso del personal que realiza la prueba rápida de VIH.
- Ampliación de conocimientos acerca de la diversidad de género.

¿Cuál es la reducción de la brecha identificada después de aplicar la mejor práctica?

Tabla No. 16 Resultados de la mejor práctica.

Oportunidades de mejora identificadas	Línea base: Junio 2022	Proyección a junio 2023	Brecha	Evaluación de la brecha
Mejora de reporte de casos nuevos y conocidos de VIH	38 casos conocidos reportados como nuevos casos de VIH.	0 casos conocidos reportados como nuevos casos de VIH.	38 casos conocidos reportados como nuevos casos de VIH.	De acuerdo a lo proyectado se han reportado 0 casos conocidos como casos nuevos de VIH, por lo que se supera la brecha identificada.
Procedimiento operativos estándar actualizados	Documento de procedimiento estándar no actualizado	Documento de Procedimiento operativos estándar actualizados	Documento de Procedimiento operativos estándar actualizados	Documento de procedimientos operativos estandarizados actualizados ejecución, por lo que las brechas se han superado.
Personal de laboratorio actualizado en la realización de la prueba rápida.	32 recursos de laboratorio no actualizados en la realización de la prueba rápida de VIH	32 recursos de laboratorio actualizados en la realización de la prueba rápida de VIH	32 recursos de laboratorio actualizados en la realización de la prueba rápida de VIH	100% (32) de los recursos de laboratorio actualizados en la realización de la prueba rápida de VIH, por lo que a brecha se ha superado.

Fuente: elaboración propia.

¿En qué aspectos ha mejorado la eficacia/eficiencia organizacional al implementar la mejor practica?

Estandarización de el llenado de formularios (libro de registro diario FVIH -01) mapas de trabajo, lo que permite el seguimiento de los algoritmos de procesamiento y terapéutico para el para el personal médico.

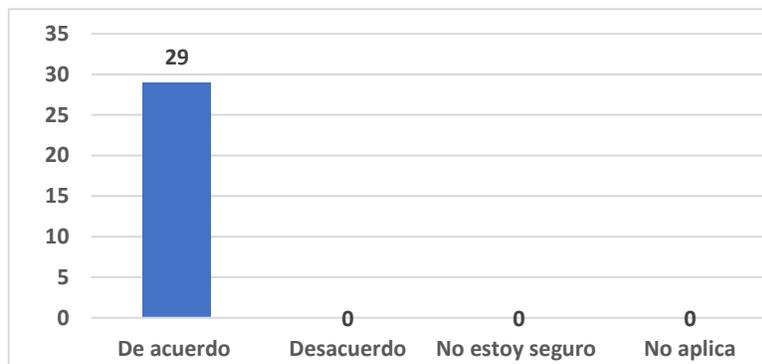
- Personal recertificado y certificado en la garantía de la calidad y estandarización de los procedimientos de la prueba rápida de VIH, lo que garantiza un procesamiento y resultados confiables.
- Reporte de información estadística en los sistemas nacionales (SUMEVE) correcta ya que se está realiza un control de la información digitada; personal actualizado en lineamientos técnicos, brindadas por el MINSAL, en febrero 2023.
- Reporte de información en los libros de registro diario y mapa de trabajo, sin errores de transcripción y reporte.

6.2 Resultados en la orientación al ciudadano.

¿Cuáles son los resultados en la percepción del ciudadano?

Los usuarios que perciben resultados de la implementación de la mejor práctica son el personal de salud del Laboratorio Clínico. La percepción emitida por ellos se resume en las siguientes gráficas, de acuerdo a instrumento de evaluación de Taller RTQC II: **Anexo 18** (instrumento de evaluación).

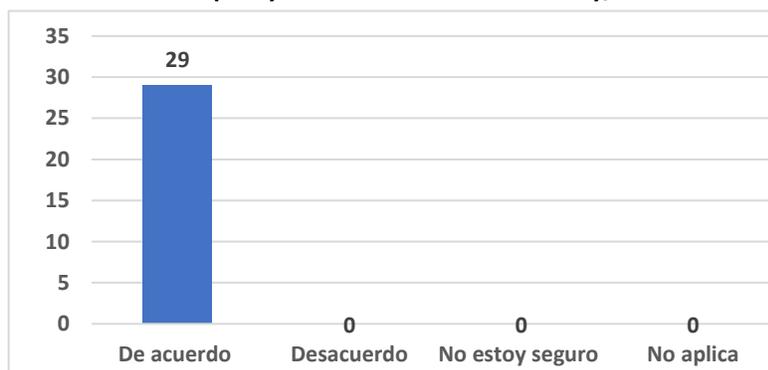
Pregunta 1: ¿Obtuvo información directamente relacionada con el trabajo actual?



Nota: 29 encuestas, debido a que la Jefe, Subjefe y Gestora de calidad no llenaron la encuesta.

Todos los participantes del taller consideraron que la información fue adquirida, estaba directamente con el trabajo actual.

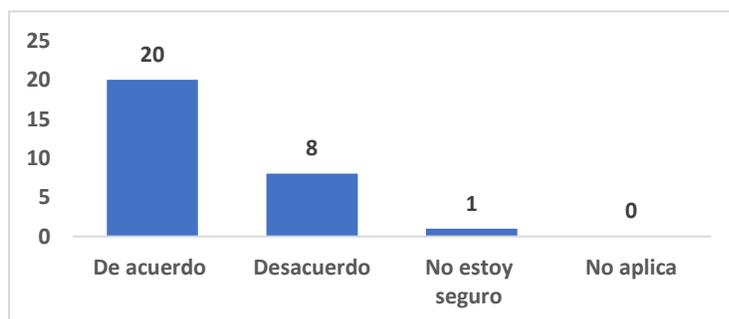
Pregunta 2: ¿Obtuvo información que ayudara a servir a los usuarios y/o a la comunidad?



Nota: 29 encuestas, debido a que la Jefe, Subjefe y Gestora de calidad no llenaron la encuesta.

Todos los participantes del taller consideraron que la información fue adquirida, ayudara a servir a los usuarios y/o a la comunidad.

Pregunta 3: La información en este Taller, fue nueva para mí:



Nota: 29 encuestas, debido a que la Jefe, Subjefe y Gestora de calidad no llenaron la encuesta.

La mayoría de los participantes, el (69%), consideraron que la información fue nueva.

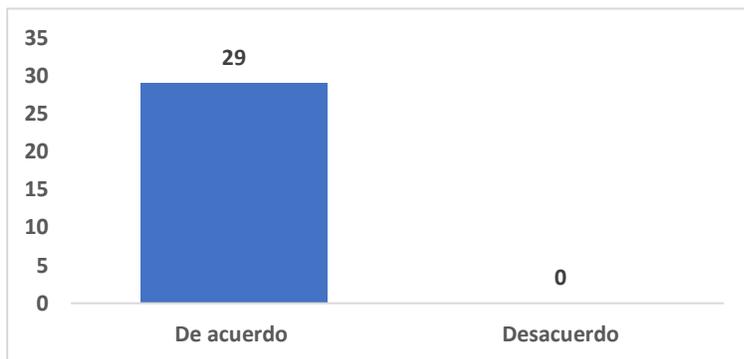
Pregunta 4: ¿El material de capacitación será un recurso útil?



Nota: 29 encuestas, debido a que la Jefe, Subjefe y Gestora de calidad no llenaron la encuesta.

Todos los participantes del taller consideraron que el taller fue de gran utilidad.

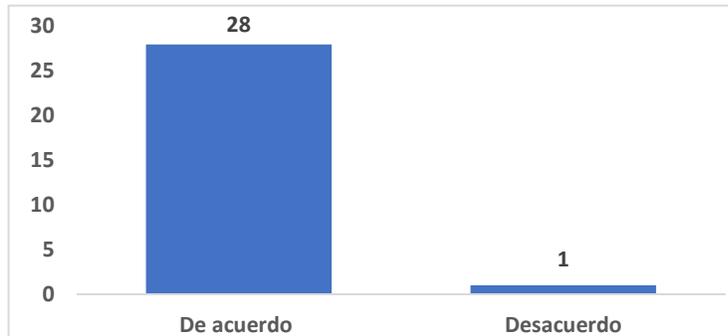
Pregunta 5: ¿Entiendo la mayor parte del material de los módulos de aseguramiento de la calidad para la prueba rápida de VIH?



Nota: 29 encuestas, debido a que la Jefe, Subjefe y Gestora de calidad no llenaron la encuesta.

El 100% de los participantes del Taller, entendieron los módulos, de aseguramiento de la calidad para la prueba rápida de VIH.

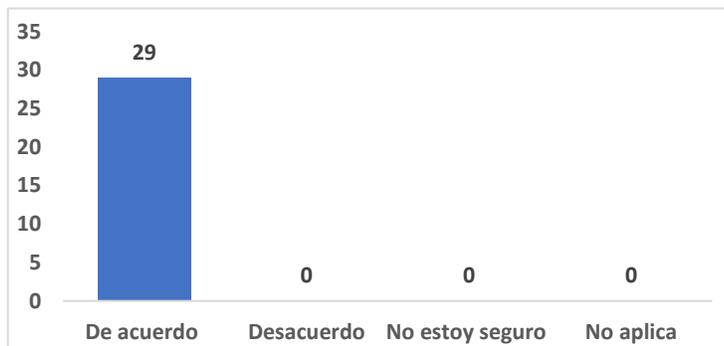
Pregunta 6: ¿Los instructores fueron eficaces en presentar el material?



Nota: 29 encuestas, debido a que la Jefe, Subjefe y Gestora de calidad no llenaron la encuesta.

El 96% de los participantes, estuvieron acorde con la eficacia de los instructores, en presentar el material.

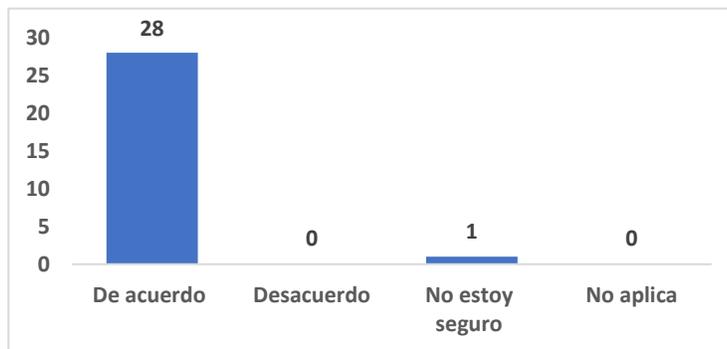
Pregunta 7: ¿El instructor demostró conocimiento de trabajo del material?



Nota: 29 encuestas, debido a que la Jefe, Subjefe y Gestora de calidad no llenaron la encuesta.

El 100% de los participantes, estuvieron acorde con el conocimiento del instructor del material impartido.

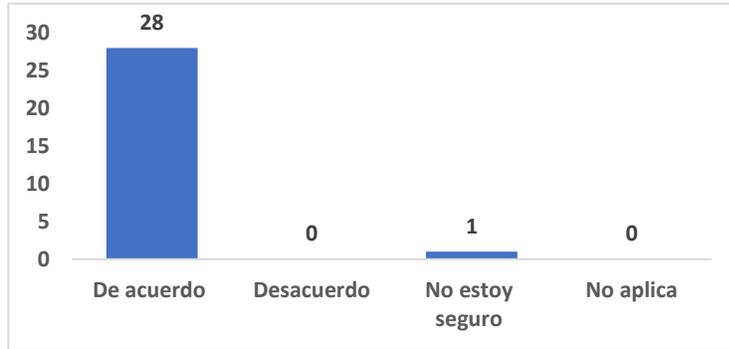
Pregunta 8: ¿El tiempo asignado a los aspectos teóricos y prácticos, de este curso, fue adecuado?



Nota: 29 encuestas, debido a que la Jefe, Subjefe y Gestora de calidad no llenaron la encuesta.

El 96% de los participantes, estuvieron acorde con la asignación del tiempo para el desarrollo del Taller.

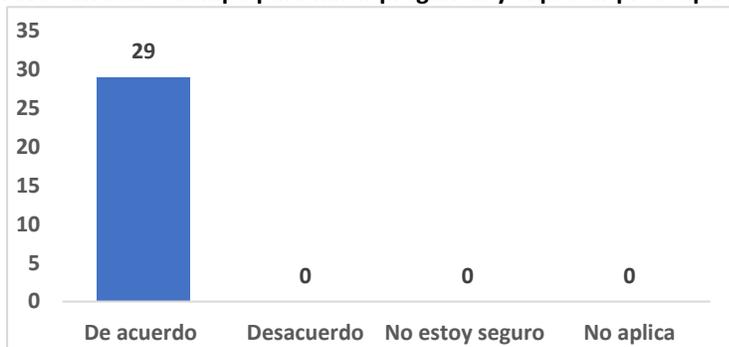
Pregunta 9: ¿El tiempo asignado al aspecto del análisis de los datos de este Taller fue adecuado?



Nota: 29 encuestas, debido a que la Jefe, Subjefe y Gestora de calidad no llenaron la encuesta.

El 96% de los participantes, estuvieron acorde con la asignación del tiempo para el análisis de los datos del Taller.

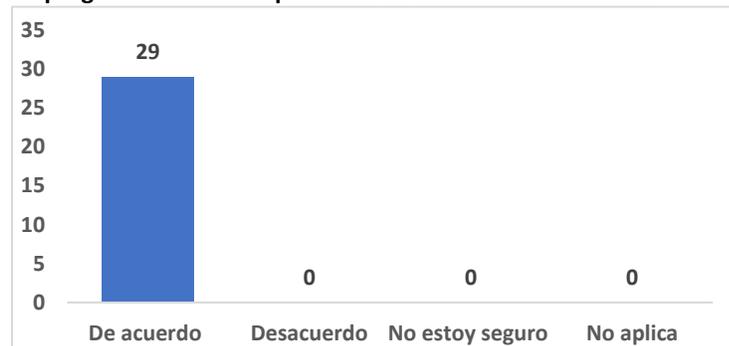
Pregunta 10: ¿Tuve suficiente tiempo para hacer preguntas y expresar preocupaciones?



Nota: 29 encuestas, debido a que la Jefe, Subjefe y Gestora de calidad no llenaron la encuesta.

El 100% de los participantes, consideraron que tuvieron suficiente tiempo para realizar preguntas y expresar sus preocupaciones.

Pregunta 11: ¿Mis preguntas fueron respondidas de manera satisfactoria?



Nota: 29 encuestas, debido a que la Jefe, Subjefe y Gestora de calidad no llenaron la encuesta.

El 100% de los participantes, consideraron sus preguntas fueron respondidas de manera satisfactoria.

6.3 Resultados relacionados a otras partes interesadas.

¿Cuáles son los resultados generados a otras partes interesadas relacionadas con la mejor practica?

Tabla No. 17 Resultados relacionados a otras partes interesadas

Otras partes interesadas	Resultado
COPRECOS	Resultados de calidad a pacientes diagnosticados, para tratamiento oportuno.
PROGRAMA VIH/ITS	Fortalecimiento de disciplina de trabajo.
PSI	Resultados de calidad, para seguimiento y control de pacientes.

Fuente: elaboración propia.

¿Qué beneficios ha generado la implantación de la mejor práctica a otras partes interesadas?

Tabla No. 18 Beneficios relacionados a otras partes interesadas

Otras partes interesadas	Beneficios
Paciente	Adherencia a tratamiento y ciudadano productivo para la sociedad
COPRECOS	Se ha establecido protocolo de atención integral al paciente VIH. Se ha generado un vínculo cercano de coordinación de procedimientos y protocolos vigentes.
PRESUPUESTO HOSPITAL	Con el diagnostico oportuno, se disminuyen costos por ingresos a pacientes VIH, con complicaciones y patologías propias de la enfermedad.

Fuente: elaboración propia.

6.4 Resultados financieros o de la relación costo beneficio.

¿Qué beneficios financieros a obtenido la organización con la ejecución de la mejor práctica?

- Reducir el tiempo para el inicio de tratamiento del paciente VIH, brindando así calidad de vida; por medio del diagnóstico oportuno y de calidad dando cumplimiento a los algoritmos diagnósticos y al buen manejo administrativo.
- Reducir el costo de hospitalización de los pacientes VIH, mediante el diagnostico oportuno y adherencia al tratamiento.
- Reducir costos en cuanto al buen manejo de reactivos utilizados en el cumplimiento del algoritmo diagnósticos avalados por el programa VIH/ITS, y dando cumplimiento a los nuevos lineamientos establecidos por MINSAL en febrero 2023.

¿Cuáles son los resultados de la relación costo beneficio de la implantación de la mejor práctica?

El contar con un diagnóstico de calidad y oportuno de un paciente VIH implica sin duda alguna que el paciente contará con calidad de vida, una vida más larga y sana; ya que la esperanza de vida de un paciente que recibe tratamiento antirretroviral es hasta 10 años más que la población general, sin embargo un paciente que no recibe tratamiento, debido a las características de la enfermedad es seguro que el paciente tendrá más posibilidades de estar entrando y saliendo del hospital por otras patologías oportunistas incrementándose así el costo de hospitalización y medicamentos requeridos por el paciente. Así mismo, el diagnóstico oportuno y certero conlleva a cortar la cadena de transmisión, y por ende la reducción de costos futuros para el paciente como para sus contactos.

7. Sostenibilidad y mejora

7.1 Sostenibilidad

¿Cuáles son los posibles riesgos y oportunidades de mejora que el equipo ha identificado para garantizar la sostenibilidad de la mejora alcanzada?

- La falta de interés del personal para mantenerse cumpliendo con los lineamientos técnicos descritos en el taller.
- Falta de trabajo en equipo para darle seguimiento al programa VIH/ITS.
- Desabastecimiento de insumos debido a procesos demasiado burocráticos y centralización de las empresas que distribuyen las pruebas rápidas.
- Sobrecarga laboral no permita realizar los las verificaciones.
- Falta de interés del personal en continuar recertificándose
- Dificultad para que el personal realice los procedimientos estandarizados para mantener la calidad del procesamiento de la prueba rápida de VIH.

¿Cuáles estrategias ha previsto el equipo para garantizar la sostenibilidad, sistematización y estandarización de la iniciativa implementada?

Para cada una de los riesgos identificados se ha propuesto una estrategia que contrarreste

Tabla No. 19 Riesgos y estrategias identificadas

Riesgo	Estrategias
La falta de interés del personal para mantenerse cumpliendo con los lineamientos técnicos descritos en el taller.	Reforzar periódicamente en las jornadas de educación continua los llenados de formularios y papelería relacionada con la prueba rápida de VIH. Reforzar en las jornadas de educación continua, los algoritmos diagnósticos de la prueba rápida de VIH/ITS y discusión de casos clínicos.

Falta de trabajo en equipo para darle seguimiento al programa VIH/ITS.	Incorporación a las capacitaciones a todo el personal de apoyo para el llenado de formularios y libros
Desabastecimiento de insumos debido a procesos demasiado burocráticos y centralización de las empresas que distribuyen las pruebas rápidas.	Solicitar el apoyo a las autoridades competentes en caso de desabastecimiento de reactivo, por el incremento de pruebas que pudiera haber en algún momento en nuestra institución.
Sobrecarga laboral no permita realizar los las verificaciones.	Realizar cronograma de actividades que incluya la realización de las verificaciones Seguimiento a los consolidados mensuales que son reportados a SUMEVE. Socializar resultados del control de calidad anual con el equipo de mejora y COPRECOS posterior a reunión con MINSAL, para evaluar y darle el seguimiento año con año al desarrollo del proyecto.
Falta de interés del personal en continuar recertificándose	Socializar con COPRECOS los lineamientos que se reciben en las reuniones con los encargados del programa nacional VIH/ITS, así como las recomendaciones por escrito en cuanto a nuevas disposiciones brindadas por ellos que nos incluyan a nivel país.
Dificultad para que el personal realice los procedimientos estandarizados para mantener la calidad del procesamiento de la prueba rápida de VIH.	Continuar realizando las auditorias mensuales de los mapas de trabajo y libros de registros diario (FVIH-03), para minimizar errores de transcripción

Fuente: elaboración propia.

¿Qué indicadores, roles, responsabilidades ha implantado la organización para evaluar el desempeño futuro y asegurar la continuidad de la iniciativa?

- Certificación cada tres años (como le estipula el taller de mejora continua RTCQ II) a nivel de Departamento, para todo el personal que realiza pruebas rápidas de VIH.
- Vigilancia y auditorías por parte de la Jefatura, gestor de calidad y equipo de mejora, para promover que se mantenga la garantía de la calidad en la realización de las pruebas rápidas de VIH.
- Para la sostenibilidad del proyecto el equipo ha considerado mantener los siguientes indicadores trazadores del proyecto; los cuales, nos indican las acciones de mejora que se deben implementar, se detallan en la siguiente tabla:

Tabla No. 20 Indicadores de responsabilidad.

INDICADOR DE RESPONSABILIDAD		
INDICADOR	Construcción del indicador	RESPONSABLES
Porcentaje de capacitaciones realizadas	No de capacitaciones realizadas/ No de capacitaciones programadas x 100	Jefe de laboratorio/gestor de calidad

Porcentaje de personal aprobado en las evaluaciones de competencias del correcto procesamiento de prueba rápida de VIH	Número de personal que aprueba la evaluación de competencias/ Total, de personal que realiza el procesamiento de pruebas rápida de VIH x 100	Jefe de laboratorio/gestor de calidad/equipo de mejora
Porcentaje de personal recertificado en la garantía de la calidad y estandarización de los procedimientos para la realización de la prueba rápida de VIH	No de personal recertificado/ total de personal que caducado su certificación x 100	Jefe de laboratorio/gestor de calidad/equipo de mejora
Porcentaje de personal nuevo certificado en la garantía de la calidad y estandarización de los procedimientos para la realización de la prueba rápida de VIH	No de personal certificado/ total de personal nuevo x 100	Jefe de laboratorio/gestor de calidad/equipo de mejora

Fuente: elaboración propia.

7.2 Mejora

¿Cuáles estrategias ha definido la organización para asegurar la mejora continua de la práctica implantada?

- Incorporar los nuevos lineamientos técnicos establecidos por el programa nacional de VIH/ITS MINSAL e impartido en el taller de la garantía de la calidad para pruebas rápidas de VIH (RCTQII) impartido en Abril-Mayo 2023 para el personal de laboratorio que realiza pruebas rápidas de VIH en HMC.
- Socialización de algoritmos diagnósticos y nuevos lineamientos técnicos establecidos por el programa nacional de VIH/ITS MINSAL a COPRECOS.
- Mantener la coordinación por medio de acuerdo internos con COPRECOS en el momento de reportar en SUMEVE los datos recolectados en el informe mensual e informar cualquier incidente para minimizar errores de transcripción u omisión involuntario al momento de llenar el informe.
- Compartir la información obtenida en las auditorías con la jefatura, para dar a conocer los hallazgos en cuanto al llenado de los mapas de trabajo, libros y el cumplimiento de los algoritmos diagnósticos; de esta forma poder dar el seguimiento, mantenimiento y continuidad al proyecto de mejora continua de la calidad.
- Evaluación de competencias al personal responsable de del procesamiento de las pruebas rápidas de VIH.

¿Qué mecanismos de seguimiento ha considerado o está utilizando el equipo para asegurar que el proyecto o iniciativa implementada mejore continuamente?

Tabla No. 21 Mecanismos de seguimiento y responsabilidad.

MECANISMOS DE SEGUIMIENTO Y RESPONSABLES	
MECANISMOS	RESPONSABLES

Supervisión mensual de los mapas de trabajo y libros de registro diario. Supervisión de consolidados mensuales y acompañamiento al digitador de SUMEVE.	Sub-jefe de laboratorio/Gestor de calidad
Auditorías a través de lista de verificación SPI-RT semestrales.	Jefe y sub-jefe de Laboratorio/Gestor de Calidad
Realización de pruebas de competencia para todo el personal certificado para la realización de pruebas rápidas de VIH.	Gestor de calidad/equipo de mejora
Realizar ciclos cortos PHVA (Planificar, Hacer, Verificar, Actuar) al identificar nuevas oportunidades de mejora.	Jefe y sub-jefe de Laboratorio/Gestor de Calidad

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a oportunidades que se pueden alcanzar es la capacitación continua del personal, por medio del acercamiento que se ha alcanzado con los encargados del programa nacional de VIH/ITS (MINSAL) para garantizar la calidad de pruebas rápidas de VIH; así mismo, que el Laboratorio Clínico, mantenga la garantía de la calidad en la realización de la prueba rápida de VIH nivel 4, certificando al recurso humano continuamente, en base a lineamientos técnicos actualizados, brindando así, un diagnóstico oportuno al paciente, para posteriormente, poder alcanzar los requisitos y brindar atención integral en cuanto a diagnóstico, tratamiento y control a pacientes VIH.

Anexos

Anexo 1 Memorándum de capacitación

CONFIDENCIAL

COMANDO DE SANIDAD MILITAR HOSPITAL MILITAR CENTRAL DIRECCIÓN	
SUBDIRECCIÓN	X
AYUDANTÍA	
DIV. ADMINISTRATIVA	
DIV. MÉDICA	
DIV. APOYO MÉDICO	X
DIV. REHABILITACIÓN	
INAC	
JURÍDICO	
COMISIÓN DE RANCHO	
EGDOMED	

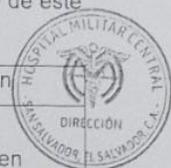
MEMORÁNDUM

PARA : SRA. DIRECTORA DEL HMC
 DE : JEFE DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO
 ASUNTO : SOLICITANDO AUTORIZACIÓN
 FECHA : 21MAR023
 CODIGO : DA2B-055
 NUMERO : 45

*Dpto. Planificación
 Dpto. Lab. Clínico*

Respetuosamente solicito a Usted, autorización para realizar capacitación sobre las generalidades para la Postulación al Reconocimiento de mejores prácticas, al equipo de Mejora Continua del Laboratorio Clínico de este Centro Hospitalario. Según detalle siguiente:

Lugar y Fecha.	24MAR023/ Sala de Juntas de la Dirección
Temáticas a abordar.	1.- Proceso para postulación. 2.- Explicación de la Guía de postulación en cada uno de los criterios de Evaluación. 3.- Lineamientos generales por parte de la Dirección del HMC, con relación a la postulación. 4.- Cierre.
Cantidad de participantes.	05 elementos.



Lo que solicito a Usted, para los que estime conveniente.



GLADYS ANA CECILIA ROQUE VEGA
 MYR. Y LICDA.

*Myr. Roque y Myr. Ramirez:
 Dar facilidades al personal y motivarlo a que continuen con procesos y proyectos encaminados a las Mejores Prácticas en beneficio de la calidad de atención a los pacientes*



RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS
 SECCIÓN HMC.
 Recibido por: *D. Itz*
 Fecha: 13 ABR 2023
 Hora: *09:00pm*

NOTA CONFIDENCIAL: La información contenida en este memorándum o correo electrónico originado en la FUERZA ARMADA DE EL SALVADOR, C.A. contiene información confidencial y sólo puede ser utilizada por la personal, entidad o compañía a la cual está dirigido. Si no es el destinatario autorizado, cualquier retención, difusión distribución o copia total o parcial de este documento o su información es prohibida y será sancionada por la ley. Si por error recibe este memorándum, favor reenviarlo o entréguelo a su remitente y borrarlo inmediatamente.



Reunión de coordinación LABORATORIO CLINICO-COPRECOS, para mejorar procesos de control de calidad para la realización de la prueba rápida de VIH.

CONFIDENCIAL

MEMORÁNDUM

PARA : Directora del Hospital Militar Central
 DE : Jefe de la División de Apoyo Médico
 FECHA : 21MAR023
 ASUNTO : Solicitando
 CÓDIGO : Da5C/070
 NÚMERO : 120/023 Lab. Clínico

Respetuosamente informo a Usted, que a las 090020MAR023, la Myr. y Licda. Karla María Ramírez (Jefe del Depto. de Lab. Clínico y Bco. de Sangre), la Licda Milagro de los Angeles Quijada (Sub Jefe del Depto. de Lab. Clínico y Bco. de Sangre) y la Licda. Ligia Pamela Pineda (Gestora de Calidad), sostuvieron reunión con el Tte. Douglas Miguel Araniva Colato (Coordinador del Comité de Prevención y Control VIH-SIDA (COPRECOS)), Licda. Lovelia Luz Osorio Espinosa (Colaboradora) y Ssgto. Lilian Marlene Sánchez Cornejo (Colaboradora) para tratar aspectos relacionados a la mejora de la calidad en los procesos de solicitud, confirmación y reporte de resultados de VIH/ITS, de las muestras procesadas en el Laboratorio Clínico de HMG, en dicha reunión se abordaron los siguientes puntos:

- 1.- Inicio de coordinaciones para la elaboración del Instructivo del correcto llenado del formulario EVIH-01, que se remite anexo a la boleta de indicación médica de Prueba para VIH.
- 2.- Lineamientos para el procesamiento de Prueba Rápida para VIH y seguimiento de pacientes pendientes de confirmar.
- 3.- Discusión del Algoritmo para el diagnóstico de ITS/VIH.
- 4.- Procedimiento a seguir para identificar los casos nuevos y los casos conocidos de ITS/VIH.
- 5.- Coordinaciones para programación de reunión de personal de COPRECOS, Laboratorio Clínico y Epidemiología, con el objetivo de dar a conocer el correcto llenado del Formulario VIGEPES 02, para solicitud de confirmación de Sífilis y Hepatitis B y C.

Lo que informo a Usted, para los efectos que estime conveniente.

DINORA ISABEL VELASQUEZ MENDOZA
 MYR. Y LICDA.

AUTENTICADO:
RAMIREZ
 DEPTO. DE LAB. CLÍNICO
 KMRR/Martínez

NOTA CONFIDENCIAL: La información contenida en este memorándum originado en la FUERZA ARMADA DE EL SALVADOR, C.A., contiene información confidencial y sólo puede ser utilizada por la persona, entidad o compañía a la cual está dirigido. Si no es el destinatario autorizado, cualquier retención, difusión, distribución o copia total o parcial de este memorándum o su información es prohibida y será sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor reservarlo o entregarlo a su remitente y borrarlo inmediatamente.

Apoyo Médico
 18-11-

Div. Apoyo Med
 OK

CONTROL DE DOCUMENTOS
 RECIBIDO
 Fecha: 21 MAR 2023
 Hora: 13:23

Acta de reunión junio 2022

ACTA No. 1/2022



3.- Objetivos del Plan de mejora.

a.- Objetivo General

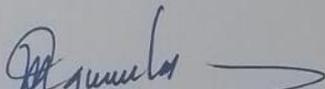
Fortalecer el control de calidad de la prueba rápida de VIH, a través de la aplicación de los lineamientos vigentes, por el programa nacional VIH/ITS, por medio de capacitaciones continuas para el aseguramiento de la calidad.

b.- Objetivos Específicos

- 1) Garantizarla mejora continua de la calidad en la prestación de la oferta de la prueba de VIH para los usuarios de HMC
 - 2) Fomentar una gestión de calidad, por medio de implementación, seguimiento y control de los procesos que involucran el procesamiento de la prueba de VIH, por medio del comité de mejora continua
 - 3) Fortalecer las capacidades del laboratorio y el personal involucrado.
- 4.- Como iniciativa para fortalecer el proyecto, se programará reuniones de coordinación, para lo cual, las jefaturas presentes, darán las facilidades al personal para que participen en dichas reuniones y actividades a desarrollar.

Y no habiendo más que hacer constar, firmamos la presente, al 20 de junio del 2022:




María Armida Aguilar-Rodríguez
Chel. y Licda.
Directora del Hospital Militar Central

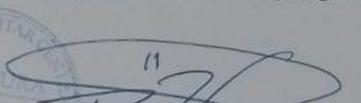



Ana Mercedes Montes Martínez
Myr. Art.
Jefe de la Div. Admtiva. y Log.




Carlos Alberto Díaz Barillas
Myr. y Dr.
Jefe de la Div. Médica.



11

Dinora Isabel Velásquez Mendoza
Myr. y Licda.
Jefe de la Div. Apoyo Médico.




Karla María Ramírez de Martínez
Myr. y Licda.
Jefe del Dpto. Lab. Clínico.




Karla Edith Trigueros
Cap. y Dra.
Coordinadora de COPRECOS.

Boletinerio del Hospital Militar, publicación del equipo de mejora continua.

Anexo 5

Informe de reconocimiento de "Garantía de Calidad"

CONFIDENCIAL

FUERZA ARMADA DE EL SALVADOR
HOSPITAL MILITAR CENTRAL
MENSAJE

Sa. Salvador, 21 de febrero de 2023.

PARA : COMANDANTE DEL COSAM
DE : DIRECTORA DEL HMC
ASUNTO : INFORMANDO
CÓDIGO : Da1-071D

No. 1676 DIV. DE APOYO MÉDICO-LAB. CLÍNICO. En cumplimiento a mensaje Suyo N° 2073 D-III "OPERACIONES"/AS. de fecha 16FEB023, respetuosamente informo a Usted, que la Licda. Ligia Pamela Pineda Hernández, del Laboratorio Clínico, asistió representando al HMC, el 20FEB023, al "Taller de Socialización de los Lineamientos Técnicos para la ejecución de Pruebas para ITS y VIH en los Laboratorios Clínicos y Bancos de Sangre", en las Instalaciones del Hotel Terraza.

Asimismo informo a Usted, que en dicho evento se le brindó reconocimiento de acreditación "Garantía de Calidad en la realización de Prueba Rápida de VIH Nivel 4, año 2023 - 2028", al Laboratorio Clínico del Hospital Militar Central. Adjunto al presente fotografía del reconocimiento recibido.

TRANSMÍTASE:



MARÍA ARMIDA AGUILAR RODRÍGUEZ
CNEL. Y LICDA.
DIRECTORA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

AUTENTICADO:

VELÁSQUEZ
DIV. DE APOYO MÉDICO



MAARDIVM Martínez

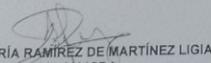
NOTA CONFIDENCIAL: La información contenida en este mensaje originado en la FUERZA ARMADA DE EL SALVADOR, C.A. contiene información confidencial y sólo puede ser utilizada por la persona, entidad o compañía a la cual está dirigido. Si no es el destinatario autorizado, cualquier retención, difusión, distribución o copia total o parcial de este mensaje o su información es prohibida y será sancionada por la Ley. Si por error recibe este mensaje, favor reenviarlo o entréguelo a su remitente y borrarlo inmediatamente.

Anexo 6

Lista de asistentes, capacitación a personal de nuevo ingreso, diplomas de certificación


CAPACITACIÓN "INICIATIVA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PARA EL USO DE PRUEBAS RÁPIDAS DEL VIH (RTQII) COMANDO DE SANIDAD MILITAR TALLER NACIONAL RTQII

REGISTRO DE PARTICIPANTES, SAN SALVADOR, EL SALVADOR						
N°	NOMBRE	DUI	CORREO ELECTRONICO	TELEFONO	20/04/23	21/04/23
1	Elia Elena Ordoñez	02883706-5	eliorde@vnet.net	27887144		
2	Teresa Elizabeth Romero	01583307-2	teresa.romero@vnet.net	61-0516-10		
3	Armin Kamelita Mamouni	04526854-0	arminmamouni@vnet.net	74643421		
4	Enrique Sulema Cruz Mata	0810266-6	enrique.sulema@vnet.net	7879-5790		
5	Guillermo Antonio Muro	03872663-3	guillermomuro@vnet.net	7300-8712		
6	Verónica Verónica Castro	01207917-0	veronica.vcastro@vnet.net	7124-7024		
7	Sylvia del Carmen Arias	0240252-6	sylviaarias@vnet.net	7226-5899		
8	Luis Miguel Varela Guadalupe	02372093-3	luis.varela@vnet.net	7049-2179		
9	Alicia Raquel Vélez	01716618-4	alicia.velez@vnet.net	78911633		
10	Yancy Anabel Micaela	04850043-4	yancymicaela@gmail.com	6301-6326		
11	Yancy G. Sandoval Romero	06043230-2	yancysandoval@vnet.net	73516422		
12	Maria D. Castro	05902188-0	maria.d.castro@vnet.net	78745144		
13	Liliana E. Pineda	00948316-6	lilianapineda@vnet.net	77560301		
14	Karla Margarita R.	03967038-7	karla.margarita@vnet.net	75261186		
15	Laura Patricia Pineda	0072244-7	laurapineda@vnet.net	7450-4371		
16	Melissa Alicia Armas Cruz	02233222-8	melissa.arms@vnet.net	73597439		
17	Angela Verónica Pineda	05222722-4	angelaveronica@vnet.net	74883193		
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						

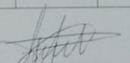

KARLA MARÍA RAMÍREZ DE MARTÍNEZ LIGIA
 MYR. Y LICDA.
 JEFE DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CLÍNICO Y BANCO DE SANGRE


LIGIA PAMELA PINEDA HERNÁNDEZ
 LICDA.
 GESTORA DE CALIDAD DEL DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CLÍNICO


CAPACITACIÓN "INICIATIVA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PARA EL USO DE PRUEBAS RÁPIDAS DEL VIH (RTQII) COMANDO DE SANIDAD MILITAR TALLER NACIONAL RTQII

REGISTRO DE PARTICIPANTES, SAN SALVADOR, EL SALVADOR						
N°	NOMBRE	DUI	CORREO ELECTRONICO	TELEFONO	20/04/23	21/04/23
1	Elida Patricia Cruz	02583306-5	elidacruz@vnet.net	22551144		
2	Rosa Concepción B. Martínez	04666812-7	rosa.concepcion@vnet.net	7270-2361		
3	José Félix González	03249772-2	josefelixg@vnet.net	7270-1637		
4	Ruth Elizabeth Rojas	04032020-0	ruth.elijah@vnet.net	6196-4168		
5	Yenny G. Soto Oros	01957204-9	yennyg@vnet.net	7691-3104		
6	Jan Carlisle Pineda	00357647-7	jan.carlisle@vnet.net	6170-2601		
7	Alicia Patricia Pineda	0358362-5	aliciapineda@vnet.net	7748-1735		
8	Arbel Velasco Pineda	03387789-7	arbelvelasco@vnet.net	7444-3093		
9	Elis Abigail Romero	01570410-5	elisabigail@vnet.net	7283-0284		
10	Laura Patricia Pineda	0072244-7	laurapineda@vnet.net	7450-4371		
11	Yenny Patricia Pineda	0072244-7	yennypineda@vnet.net	7450-4371		
12	Melissa Alicia Armas Cruz	02233222-8	melissa.arms@vnet.net	73597439		
13	Keiry Villalobos	03283220-9	keiry.villalobos@vnet.net	7246-4712		
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						


KARLA MARÍA RAMÍREZ DE MARTÍNEZ LIGIA
 MYR. Y LICDA.
 JEFE DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CLÍNICO Y BANCO DE SANGRE


LIGIA PAMELA PINEDA HERNÁNDEZ
 LICDA.
 GESTORA DE CALIDAD DEL DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CLÍNICO

Anexo 7

Diploma del curso



Anexo 8

Entrega de diplomas de reconocimiento al equipo de mejora continua.



Anexo 9

Evaluación semestral; acciones positivas

CONFIDENCIAL

HISTORIAL DE PERSONAL

NOMBRE DEL EMPLEADO: LIGIA PAMELA PINEDA HERNANDEZ
 CARGO: PROFESIONAL EN LABORATORIO CLINICO
 DEPENDENCIA (Dirección, Dpto. o Unidad): LABORATORIO CLINICO HMC

DETALLE DE ACCIONES		
1 Permiso	6 Suspensión temporal	11 Beca
2 Licencia sin goce	7 Descuento	12 Cursos y seminarios
3 Reubicación	8 Amonestación Verbal	13 Ascensos y/o Promociones
4 Rebajos	9 Amonestación Escrita	14 Preparación académica
5 Llegadas tarde	10 Felicitación	15 Otros (Especifique)

ACCIONES POSITIVAS			
No.	FECHA	EXPLICACIÓN DE CAUSAS, TIEMPO DE DURACIÓN U OTRAS CIRCUNSTANCIAS QUE MOTIVAN LA ACCIÓN	FIRMA DEL EMPLEADO
1	ABR Y MAY023	IMPARTIÓ EL TALLER DENOMINADO INICIATIVA DE MEJORA CONTINUA PARA PRUEBA RÁPIDA PARA VIH	
2	ENE - JUN23	FUE NOMBRADA COMO ADMINISTRADORA DE CONTRATOS PARA EL AÑO 2023	
3	ENE - JUN23	FUE NOMBRADA COMO GESTORA DE CONTROL DE CALIDAD	
4	ENE - JUN23	FUE NOMBRADA COMO MIEMBRO DEL EQUIPO DE MEJORA CONTINUA DEL LABORATORIO CLINICO PARA EL AÑO 2023.	

ACCIONES NEGATIVAS			
No.	FECHA	EXPLICACIÓN DE CAUSAS, TIEMPO DE DURACIÓN U OTRAS CIRCUNSTANCIAS QUE MOTIVAN LA ACCIÓN	FIRMA DEL EMPLEADO
		SIN NOVEDAD	

NOTA CONFIDENCIAL: La información contenida en este documento o como electrónico originado en la FUERZA ARMADA DE EL SALVADOR, C.A. contiene información confidencial y sólo puede ser utilizada por la persona, entidad o compañía a la cual está dirigido. Si no es el destinatario autorizado, cualquier retención, difusión, distribución o copia total o parcial de este documento o su información es prohibida y será sancionada por la Ley. Si por error recibe este mensaje, favor reservarlo o entregarlo a su remitente y borrarlo inmediatamente.

CONFIDENCIAL

HISTORIAL DE DESEMPEÑO DEL PERSONAL

NOMBRE DEL EMPLEADO: SILVIA DEL CARMEN ALFARO DE CASARES
 CARGO: PROFESIONAL EN LABORATORIO CLINICO
 DEPENDENCIA (Dirección, Dpto. o Unidad): LABORATORIO CLINICO HMC

DETALLE DE ACCIONES		
1 Permiso	6 Suspensión temporal	11 Beca
2 Licencia sin goce	7 Descuento	12 Cursos y seminarios
3 Reubicación	8 Amonestación Verbal	13 Ascensos y/o Promociones
4 Rebajos	9 Amonestación Escrita	14 Preparación académica
5 Llegadas tarde	10 Felicitación	15 Otros (Especifique)

ACCIONES POSITIVAS			
No.	FECHA	EXPLICACIÓN DE CAUSAS, TIEMPO DE DURACIÓN U OTRAS CIRCUNSTANCIAS QUE MOTIVAN LA ACCIÓN	FIRMA DEL EMPLEADO
	ENE - JUN23	FUE NOMBRADA COMO MIEMBRO DEL EQUIPO DE MEJORA CONTINUA DEL LABORATORIO CLINICO PARA EL AÑO 2023	

ACCIONES NEGATIVAS			
No.	FECHA	EXPLICACIÓN DE CAUSAS, TIEMPO DE DURACIÓN U OTRAS CIRCUNSTANCIAS QUE MOTIVAN LA ACCIÓN	FIRMA DEL EMPLEADO
	ENE - JUN23	SIN NOVEDAD	

NOTA CONFIDENCIAL: La información contenida en esta hoja de desempeño originada en la FUERZA ARMADA DE EL SALVADOR, C.A. contiene información confidencial y sólo puede ser utilizada por la persona, entidad o compañía a la cual está dirigido. Si no es el destinatario autorizado, cualquier retención, difusión, distribución o copia total o parcial de esta hoja de desempeño o su información es prohibida y será sancionada por la Ley. Si por error recibe este mensaje, favor reservarlo o entregarlo a su remitente y borrarlo inmediatamente.

CONFIDENCIAL

HISTORIAL DE DESEMPEÑO DEL PERSONAL

NOMBRE DEL EMPLEADO: RUTH ELIZABETH LÓPEZ ORTEGA
 CARGO: TÉCNICO EN LABORATORIO CLINICO
 DEPENDENCIA (Dirección, Dpto. o Unidad): LABORATORIO CLINICO HMC

DETALLE DE ACCIONES		
1 Permiso	6 Suspensión temporal	11 Beca
2 Licencia sin goce	7 Descuento	12 Cursos y seminarios
3 Reubicación	8 Amonestación Verbal	13 Ascensos y/o Promociones
4 Rebajos	9 Amonestación Escrita	14 Preparación académica
5 Llegadas tarde	10 Felicitación	15 Otros (Especifique)

ACCIONES POSITIVAS			
No.	FECHA	EXPLICACIÓN DE CAUSAS, TIEMPO DE DURACIÓN U OTRAS CIRCUNSTANCIAS QUE MOTIVAN LA ACCIÓN	FIRMA DEL EMPLEADO
	ENE - JUN23	FUE NOMBRADA COMO MIEMBRO DEL EQUIPO DE MEJORA CONTINUA DEL LABORATORIO CLINICO PARA EL AÑO 2023.	

ACCIONES NEGATIVAS			
No.	FECHA	EXPLICACIÓN DE CAUSAS, TIEMPO DE DURACIÓN U OTRAS CIRCUNSTANCIAS QUE MOTIVAN LA ACCIÓN	FIRMA DEL EMPLEADO
	ENE - JUN23	SIN NOVEDAD	

NOTA CONFIDENCIAL: La información contenida en esta hoja de desempeño originada en la FUERZA ARMADA DE EL SALVADOR, C.A. contiene información confidencial y sólo puede ser utilizada por la persona, entidad o compañía a la cual está dirigido. Si no es el destinatario autorizado, cualquier retención, difusión, distribución o copia total o parcial de esta hoja de desempeño o su información es prohibida y será sancionada por la Ley. Si por error recibe este mensaje, favor reservarlo o entregarlo a su remitente y borrarlo inmediatamente.

Anexo 10

Nota de felicitación al equipo de mejora continua.

CONFIDENCIAL

MEMORÁNDUM

PARA : Jefe del Dpto. de Laboratorio Clínico y Banco de Sangre
CC : Equipo de Mejora Continua de Laboratorio Clínico
DE : Directora del Hospital Militar Central
FECHA : 21FEB023
ASUNTO : Informando
CÓDIGO : Da/031A
NÚMERO : S/N / 023 Lab. Clínico

Atentamente comunico a Usted, felicitación para el Equipo de Mejora Continua del Laboratorio Clínico del Hospital Militar Central, por el excelente trabajo que se realiza, referente al procesamiento de Pruebas para el Diagnóstico y Confirmación de ITS y VIH, ya que el 20FEB023, personal del Depto. de Lab. Clínico y Bco. de Sangre, participó en el "Taller de Socialización de los Lineamientos Técnicos para la ejecución de Pruebas para en los Laboratorios Clínicos y Bancos de Sangre", en las Instalaciones del Hotel Terraza, y en dicho evento se le brindó reconocimiento de acreditación "Garantía de Calidad en la realización de Prueba Rápida de VIH Nivel 4, año 2023 - 2026", al Laboratorio Clínico del Hospital Militar Central.

Lo que comunico a Usted, para que se haga del conocimiento del personal.



Maria Armida Aguilar Rodríguez
MARÍA ARMIDA AGUILAR RODRÍGUEZ
CNEL. Y LICDA.

NOTA CONFIDENCIAL: La información contenida en este memorándum originado en la FUERZA ARMADA DE EL SALVADOR, C.A. contiene información confidencial y sólo puede ser utilizada por la persona, entidad o compañía a la cual está dirigido. Si no es el destinatario autorizado, cualquier retención, difusión, distribución o copia total o parcial de este documento o su información es prohibida y será sancionada por la Ley. Si por error recibe este mensaje, favor reenviarlo o entréguelo a su remitente y borrarlo inmediatamente.



Empresa afiliada:

GRUPO VARGAS

San Salvador, 3 de Mayo del 2023

CONSTANCIA DE ENTREGA DE REACTIVOS

Por este medio se hace la entrega de los siguientes reactivos para HOSPITAL MILITAR CENTRAL, área de Laboratorio clínico en concepto donación:

Ítem	Descripción	Cantidad	U/M	Marca	Origen
1	PRUEBAS VIH - FIRST RESPONSE	60	Unidades	PREMIER MEDICAL	INDIA

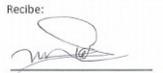
Lote: 77B01235
Vencimiento: 01-2025

Entrega:



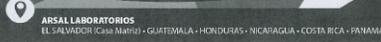
Ing. Fernando Guerrero
División Diagnóstico

Recibe:



Lic. Milagro Quijada
Hospital Militar Central





CONFIDENCIAL

ACTA DE RECEPCIÓN No. 003. LABORATORIO CLÍNICO/ HOSPITAL MILITAR CENTRAL

RECEPCIÓN CORRESPONDIENTE A LA ENTREGA EN CALIDAD DE DONATIVO, DE REACTIVOS MANUALES PARA LABORATORIO CLÍNICO POR PARTE DE LA EMPRESA LABYMED S. A. de C.V., PARA USO EN EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.

En el Jefatura del Departamento de Laboratorio Clínico, del Hospital Militar, con sede en la Ciudad de San Salvador, a las diez treinta horas del día doce del mes de mayo del año dos mil veintitrés, reunidos con el propósito de hacer entrega formal por parte de LABYMED S. A. de C.V., la cantidad de ciento cincuenta (150) Pruebas para Prueba Rápida para VIH SD Bioline HIV-1/2 3.0, Marca Standard Diagnostics, en calidad de donativo, para uso en el laboratorio clínico del Hospital Militar Central; presente los señores: por parte de LABYMED S. A. de C.V., el SR. ROBERTO BATRES, por parte del Laboratorio Clínico del Hospital Militar Central: LICDA. MILAGRO DE LOS ÁNGELES QUIJADA DE TORRES.

Se hace constar que los reactivos para laboratorio clínico se reciben a ENTERA SATISFACCIÓN, según lo contemplado en la factura No. 0420, de fecha 12MAY023, por un monto total de: CIENTO NOVENTA Y TRES 19/100 (\$193.19); lo recibido cumple con las condiciones y especificaciones técnicas (cantidad y marca) y previamente definidas, las cuales se detallan a continuación:

FACTURA No. 0420

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	CÓDIGO/DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
150	UNIDAD	Prueba Rápida para VIH SD Bioline HIV-1/2 3.0, Marca Standard Diagnostics.	\$ 1.29	\$ 193.19
TOTAL				\$ 193.19

Y no habiendo más que hacer constar, firmamos y ratificamos la presente acta.

ENTREGA:



SR. ROBERTO BATRES
LABYMED, S. A. de C. V.

RECIBE:



MYR. Y LICDA. KARLA MARÍA RAMÍREZ DE MARTÍNEZ
JEFE DEL DEPTO. DE LABORATORIO CLÍNICO
HOSPITAL MILITAR CENTRAL

RECIBE:

LICDA. MILAGRO DE LOS ÁNGELES QUIJADA DE TORRES
SUBJEFE DEL DEPTO. DE LABORATORIO CLÍNICO
HOSPITAL MILITAR CENTRAL

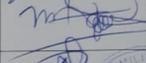
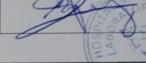
CONFIDENCIAL: La información contenida en este documento originado en la FUERZA ARMADA DE EL SALVADOR, C.A., contiene información confidencial y sólo puede ser utilizada por la persona, entidad o compañía a la cual está dirigido. Si no es el destinatario autorizado, cualquier retención, difusión, distribución o copia total o parcial de este documento o su información es prohibida y será sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor reenviarlo a su remitente y borrarlo inmediatamente.

1 de 1

Anexo 12

Portadas de POES

			
HOSPITAL MILITAR CENTRAL EL SALVADOR			
PRUEBA RÁPIDA MARCA ABBOTT, NOMBRE DEL SET: DETERMINETM HIV-1/2 (A1)		CODIGO: POE-INM-01 VERSION: 03	FECHA EMISION: FEBRERO 2023 Página 1 de 24

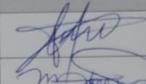
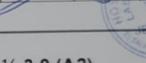
APROBACIONES			
FUNCIÓN	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Elaborado actualizado por y	Licda. Ligia Pamela Pineda Hernández	Gestor de calidad	
Revisado por	Licda. Milagro de los Angeles Quijada de Torres	Sub jefe de laboratorio	
Aprobado por	Myr. y Licda. Karla María Ramírez de Martínez.	Jefe de Laboratorio.	
FECHA	-- FEB 2023		

POE-INM-01-PRUEBA RÁPIDA MARCA ABBOTT, NOMBRE DEL SET: DETERMINETM HIV-1/2 (A1)

1. OBJETIVO

El objetivo de este POE es actualizar los procedimientos, técnicos y administrativos, fortalecer el desempeño de los profesionales de laboratorio clínico que realizan pruebas rápidas de VIH.

			
HOSPITAL MILITAR CENTRAL EL SALVADOR			
PRUEBA RAPIDA SD BIOLINE HIV 1/2 3.0 (A2)		CODIGO: POE-INM-02 VERSION: 03	FECHA EMISION: FEBRERO 2023 Página 1 de 21

APROBACIONES			
FUNCIÓN	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Actualizado por	Licda. Ligia Pamela Pineda Hernández	Gestor de calidad	
Revisado por	Licda. Milagro de los Angeles Quijada de Torres	Sub jefe de laboratorio	
Aprobado por	Myr. Y Licda. Karla María Ramírez de Martínez.	Jefe de Laboratorio.	
FECHA	-- FEB 2023		

POE-INM-01-PRUEBA RAPIDA SD BIOLINE HIV 1/2 3.0 (A2).

1. OBJETIVO

El objetivo de este POE es actualizar los procedimientos, técnicos y administrativos, fortalecer el desempeño de los profesionales de laboratorio clínico que realizan pruebas confirmatorias de VIH.

			
HOSPITAL MILITAR CENTRAL EL SALVADOR			
PRUEBA RAPIDA FIRST RESPONSE® HIV 1-2.0 CARD TEST (VERSION 2.0) A3		CODIGO: POE-INM-03 VERSION: 03	FECHA EMISION: FEBRERO 2023 Página 1 de 20

	Nombre y Cargo	Firma
Elaborado por	Ligia Pamela Pineda Hernández Gestor de Calidad	
Revisado por:	Licda. Milagro de los Angeles Quijada Sub jefe Laboratorio Clínico	
Aprobado por:	Mayor y Licda. Karla María Ramírez de Martínez Jefe de Laboratorio Clínico.	
Fecha de aprobación:	-- FEB 2023	

POE-INM-09-PRUEBA RAPIDA FIRST RESPONSE® HIV 1-2.0 CARD TEST (VERSION 2.0) A3

1.- OBJETIVO

Estandarizar el procedimiento para la realización de las pruebas confirmatorias de la Prueba Rápida FIRST RESPONSE® HIV 1-2.0 CARD TEST (VERSION 2.0) A3

Anexo 13

Diploma de aprobación del Taller de mejora



Anexo 14

Monitoreo y supervisión

MAPA DE TRABAJO PRUEBAS RAPIDAS DE VIH PARA LABORATORIOS DE CONFIRMACIÓN

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No correlativo del usuario según registro diario FVIIH-03	Fecha de la prueba (dd/mm/aa)	Prueba Rápida A1 Nombre del kit: <i>Deve</i> Lote No. <i>194461200</i> Fecha venc. <i>2024-1-11</i> (Circule uno)	Prueba Rápida A2 Nombre del kit: Lote No. Fecha venc. (Circule uno)	Prueba Rápida A3 Nombre del kit: Lote No. Fecha venc. (Circule uno)	Prueba Rápida A1/A2 repetición. Informar en pruebas A2 (5.1) y A3 (5.2) Informe mensual	Resultados finales (Circule uno)	Profesional de Laboratorio o Clínico	Registro de paneles CI estandarizado u otros	Muestreo "X" si se envió para CS Calidad Indirecto
<i>374</i> 2024-204	<i>3 7 MAY 2023</i>	<i>NR</i> R INV	NR R INV	NR R INV	A1 NR R INV A2 NR R INV	<i>NEG</i> POS NC	<i>Deve</i>		<input type="checkbox"/>
<i>375</i> A 2476	<i>3 7 MAY 2023</i>	<i>NR</i> R INV	NR R INV	NR R INV	A1 NR R INV A2 NR R INV	<i>NEG</i> POS NC	<i>Deve</i>		<input type="checkbox"/>
<i>376</i> 2344-002	<i>3 7 MAY 2023</i>	<i>NR</i> R INV	NR R INV	NR R INV	A1 NR R INV A2 NR R INV	<i>NEG</i> POS NC	<i>Deve</i>		<input type="checkbox"/>
<i>377</i> 2428-202	<i>3 7 MAY 2023</i>	<i>NR</i> R INV	NR R INV	NR R INV	A1 NR R INV A2 NR R INV	<i>NEG</i> POS NC	<i>Deve</i>		<input type="checkbox"/>
<i>378</i> A59161	<i>31 MAY 2023</i>	<i>NR</i> R INV	NR R INV	NR R INV	A1 NR R INV A2 NR R INV	<i>NEG</i> POS NC	<i>CCVC</i>		<input type="checkbox"/>
<i>C 58-2018</i>	<i>0 1 JUN 2023</i>	<i>NR</i> R INV	NR R INV	NR R INV	A1 NR R INV A2 NR R INV	<i>NEG</i> POS NC	<i>FdD</i>		<input type="checkbox"/>
<i>C 18-2019</i>	<i>0 1 JUN 2023</i>	<i>NR</i> R INV	NR R INV	NR R INV	A1 NR R INV A2 NR R INV	<i>NEG</i> POS NC	<i>FdD</i>		<input type="checkbox"/>
<i>A 3385</i>	<i>0 1 JUN 2023</i>	<i>NR</i> R INV	NR R INV	NR R INV	A1 NR R INV A2 NR R INV	<i>NEG</i> POS NC	<i>FdD</i>		<input type="checkbox"/>
<i>A 414</i>	<i>0 1 JUN 2023</i>	<i>NR</i> R INV	NR R INV	NR R INV	A1 NR R INV A2 NR R INV	<i>NEG</i> POS NC	<i>FdD</i>		<input type="checkbox"/>
<i>A 706</i>	<i>0 1 JUN 2023</i>	<i>NR</i> R INV	NR R INV	NR R INV	A1 NR R INV A2 NR R INV	<i>NEG</i> POS NC	<i>FdD</i>		<input type="checkbox"/>
<i>A 7069</i>	<i>0 1 JUN 2023</i>	<i>NR</i> R INV	NR R INV	NR R INV	A1 NR R INV A2 NR R INV	<i>NEG</i> POS NC	<i>FdD</i>		<input type="checkbox"/>
<i>A 7070</i>	<i>0 1 JUN 2023</i>	<i>NR</i> R INV	NR R INV	NR R INV	A1 NR R INV A2 NR R INV	<i>NEG</i> POS NC	<i>FdD</i>		<input type="checkbox"/>

Total no reactivos/negativos	1
Total reactivos/positivos	0
**Total inválidos	0
**Total No concluyentes	0
No. total de pruebas	1

Ejemplos de comentarios frecuentes:
- Kit vencido
- Muestra: NC ensayos prueba molecular

* La prueba se considera inválida (INV) si no se desarrolla línea de control, independientemente de la presencia o ausencia de la línea de los usuarios. De ser inválida, por favor reintentar la prueba. Si no hay disponible una tercera prueba (desempate), incluir el total informe mensual 6.3 repetidos.
** La interpretación final se considera No concluyente (NC) si los resultados de la prueba 1 y 2 no son iguales o no hay disponible una tercera prueba (desempate).

LLENAR LOS TOTALES DE LA PÁGINA A AYUDAR AL ASEGURAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y A PREPARAR INFORMES MENSUALES.

LICDA. LIGIA PAMELA PINEDA HERNANDEZ
Licenciada en Laboratorio Clínico
J.V.P.L.C. No. 1534

Fecha: *Junio 23*

Anexo 15

Nombramiento del equipo de mejora

1.- Ministerio de la Defensa Nacional, ocho de enero del año dos mil veintitres Servicio Ordinario sin novedad.
Firma René Francis Merino Monroy Vicealmirante, Ministro de la Defensa Nacional.

2.- Orden de la Dirección del Hospital Militar Central, San Salvador, ocho de enero del año dos mil veintitres. Nombre para el día de mañana, los servicios siguientes:

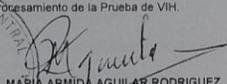
- a.- OFICIAL JEFE DE SERVICIO DEL HMC
MYR. Y LICDA. GLADYS ANA CECILIA ROQUE VEGA
- b.- OFICIAL DE SERVICIO
CAP. Y DR. LUIS WALTER ESCOBAR GARCIA
- c.- OFICIAL DE SEGURIDAD
STTE. EVER FRANKLIN ASCENCION MENA

Comuníquese

3.- Nombramientos:
Para una mejor expedición del Servicio a partir de la fecha se realizarán los nombramientos siguientes:

EQUIPO DE MEJORA CONTINUA QUE VIGILA LAS BUENAS PRACTICAS DEL DEPTO. DE LABORATORIO CLINICO:

MYR. Y LICDA. KARLA MARIA RAMIREZ DE MARTINEZ
Jefe del Departamento de Laboratorio Clínico.
MILAGRO DE LOS ANGELES QUIJADA DE TORRES
Sub jefe del Departamento de Laboratorio Clínico.
LICDA. LIGIA PAMELA PINEDA HERNANDEZ
Gestora de Calidad.
LICDA. RUTH ELIZABETH LOPEZ ORTEGA
Supervisora del Procesamiento de la Prueba de VIH
LICDA. SYLVIA DEL CARMEN ALFARO DE CASARES
Supervisora del Procesamiento de la Prueba de VIH.


MARIA ARMIDA AGUILAR RODRIGUEZ
 CNJEL Y LICDA.
 DIRECTORA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Anexo 16

Informes de la realización de Taller

CONFIDENCIAL

FUERZA ARMADA DE EL SALVADOR
HOSPITAL MILITAR CENTRAL
MENSAJE

San Salvador, 30 de mayo del 2023.

PARA : COMANDANTE DEL COSAM
DE : DIRECTORA DEL HMC
ASUNTO : INFORMANDO
CÓDIGO : Da1-019L

No. 4707 /DIV. APOYO MÉDICO- LAB. CLÍNICO.

Respetuosamente informo a Usted, que el personal de Laboratorio Clínico de este Centro Hospitalario realizó el Taller denominado "INICIATIVA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD PARA EL USO DE PRUEBAS RÁPIDAS DE VIH (RTQII)", de las 0900 a las 1500 Hrs, los días 20, 21 y 22ABR023, 11, 12 Y 13MAY023, con la finalidad de capacitar al personal que procesa y reporta Pruebas de VIH, en cumplimiento a los lineamientos del MINSAL y así continuar brindando una atención de alta calidad a los pacientes del HMC.

No omito manifestar a Usted, que el personal antes mencionado, desarrollo dicho taller logrando una aprobación muy favorable para el mejoramiento de los procesos que se ponen al servicio de los pacientes del Sistema de Sanidad Militar y Civiles, sin interrumpir las actividades de atención de pacientes y procesamiento de pruebas de laboratorio clínico.

TRANSMÍTASE:



MARÍA ARMIDA AGUILAR RODRÍGUEZ
CNEL Y LICDA.
DIRECTORA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

AUTENTICADO:

VELÁSQUEZ
DIV. DE APOYO MÉDICO
MAAR/DIVM/Martínez

NOTA CONFIDENCIAL: La información contenida en este mensaje originado en la FUERZA ARMADA DE EL SALVADOR, C.A. contiene información confidencial y sólo puede ser utilizada por la persona, entidad o compañía a la cual está dirigido. Si no es el destinatario autorizado, cualquier retención, difusión, distribución o copia total o parcial de este mensaje o su información es prohibida y será sancionada por la Ley. Si por error recibe este mensaje, favor reenviarlo o entréguelo a su remitente y borrarlo inmediatamente.

Fotos de antes

IDENTIFICACION DE VIALES DEL PANEL	RESULTADOS			
	A1	A2	A3	Estatus
PEEC V1	NO REACTIVO	NO aplica	NO aplica	Negativo
PEEC V2	Reactivo	Reactivo	NO aplica	Reactivo / POSITIVO
PEEC V3	NO REACTIVO	NO aplica	NO aplica	Negativo

Comentarios: _____
 Fecha de reporte: 22-04-2023

IDENTIFICACION DE VIALES DEL PANEL	RESULTADOS			
	A1	A2	A3	Estatus
PEEC V1	No Reactivo	No aplica	No aplica	VH Negativo
PEEC V2	Reactivo			VH
PEEC V3	No Reactivo	No aplica	No aplica	VH Negativo

Comentarios: _____
 Fecha de reporte: 22/4/2023

Anexo 18

Instrumentos de evaluación

Iniciativa para mejorar la calidad de la prueba rápida
Evaluación al final del taller

De acuerdo con su experiencia en este curso de capacitación, por favor indique si está de acuerdo o en desacuerdo con las afirmaciones que siguen:

Afirmación	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	No se aplica
1. Obtuve información directamente relacionada con mi trabajo actual.	<input checked="" type="checkbox"/>			
2. Obtuve información que me ayudará a servir a mis usuarios y/o a la comunidad.	<input checked="" type="checkbox"/>			
3. Mucha de la información en esta capacitación fue nueva para mí.	<input checked="" type="checkbox"/>			
4. El material de capacitación será un recurso útil.	<input checked="" type="checkbox"/>			
5. Entiendo la mayor parte del material de los módulos de aseguramiento de la calidad para la prueba rápida del VIH.	<input checked="" type="checkbox"/>			
6. Los instructores fueron eficaces al presentar el material.	<input checked="" type="checkbox"/>			
7. El instructor demostró conocimiento de trabajo del material.	<input checked="" type="checkbox"/>			
8. El tiempo asignado a los aspectos teóricos y prácticos de este curso fue adecuado.	<input checked="" type="checkbox"/>			
9. El tiempo asignado al aspecto del análisis de los datos de este curso fue adecuado.	<input checked="" type="checkbox"/>			
10. Tuve suficiente tiempo para hacer preguntas y expresar preocupaciones.	<input checked="" type="checkbox"/>			
11. Mis preguntas fueron respondidas de forma satisfactoria.	<input checked="" type="checkbox"/>			

Por favor escriba sus respuestas a estas preguntas en los espacios proporcionados:

12. ¿Qué parte de la capacitación fue más útil?
Cuando se abordó el tema de llenados de hojas de evaluación, revisión de papeles, actualizaciones.

13. ¿Qué parte de la capacitación fue menos útil?
En particular todos los temas fueron útiles.

Página 1 de 2

Iniciativa para mejorar la calidad de la prueba rápida
Evaluación al final del taller

14. ¿Qué aprendí que mejorará la forma en que lleva a cabo sus actividades diarias?
Aprendí que no debo olvidar el registro de T° y aprendí y comprendí mejor el algoritmo de llenado de documentos que a su vez en las evaluaciones servirá de manera correcta.

15. Por favor háganos sus comentarios de cómo mejorar esta capacitación:
para la próxima vez que tome esta capacitación tener un resumen de cómo hemos trabajado en cuanto a lo aprendido desde su capacitación a la jefatura que impartieron desde el EPP en el día de trabajo hasta la evaluación PEE.

¡¡Gracias!!

Página 2 de 2

Iniciativa para mejorar la calidad de la prueba rápida
Evaluación al final del taller

De acuerdo con su experiencia en este curso de capacitación, por favor indique si está de acuerdo o en desacuerdo con las afirmaciones que siguen:

Afirmación	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	No se aplica
1. Obtuve información directamente relacionada con mi trabajo actual.	<input checked="" type="checkbox"/>			
2. Obtuve información que me ayudará a servir a mis usuarios y/o a la comunidad.	<input checked="" type="checkbox"/>			
3. Mucha de la información en esta capacitación fue nueva para mí.	<input checked="" type="checkbox"/>			
4. El material de capacitación será un recurso útil.	<input checked="" type="checkbox"/>			
5. Entiendo la mayor parte del material de los módulos de aseguramiento de la calidad para la prueba rápida del VIH.	<input checked="" type="checkbox"/>			
6. Los instructores fueron eficaces al presentar el material.	<input checked="" type="checkbox"/>			
7. El instructor demostró conocimiento de trabajo del material.	<input checked="" type="checkbox"/>			
8. El tiempo asignado a los aspectos teóricos y prácticos de este curso fue adecuado.	<input checked="" type="checkbox"/>			
9. El tiempo asignado al aspecto del análisis de los datos de este curso fue adecuado.	<input checked="" type="checkbox"/>			
10. Tuve suficiente tiempo para hacer preguntas y expresar preocupaciones.	<input checked="" type="checkbox"/>			
11. Mis preguntas fueron respondidas de forma satisfactoria.	<input checked="" type="checkbox"/>			

Por favor escriba sus respuestas a estas preguntas en los espacios proporcionados:

12. ¿Qué parte de la capacitación fue más útil?
todo aspecto de la capacitación fue útil y los dominicos muy creativos y dos fuentes.

13. ¿Qué parte de la capacitación fue menos útil?
Ningún aspecto del desarrollo fue menos importante.

Página 1 de 2

Iniciativa para mejorar la calidad de la prueba rápida
Evaluación al final del taller

14. ¿Qué aprendí que mejorará la forma en que lleva a cabo sus actividades diarias?
Aprendí a trabajar material de control de calidad llenado de documentación y libros y reforse conocimientos.

15. Por favor háganos sus comentarios de cómo mejorar esta capacitación:
Agregar más dinámicas, implementar otras capacitaciones.
Gracias por la información proporcionada.

¡¡Gracias!!

Página 2 de 2