

**DESARROLLO DE ESTRATEGIAS GERENCIALES EN EL LABORATORIO
CLÍNICO DE UNA INSTITUCION PRESTADORA DE SALUD DE III NIVEL A
TRAVÉS DE LA AUTOEVALUACIÓN**

**MÓNICA GARCÍA.
OLGA LUCIA GUTIÉRREZ.
DIANA MARGARITA RENGIFO.
LILI JOHANA CASAS V.**



**UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA
ESCUELA DE POSTGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD
BOGOTA OCTUBRE
2013**

**DESARROLLO DE ESTRATEGIAS GERENCIALES EN EL LABORATORIO
CLÍNICO DE UNA INSTITUCION PRESTADORA DE SALUD DE III NIVEL A
TRAVÉS DE LA AUTOEVALUACIÓN**

**MÓNICA GARCÍA.
OLGA LUCIA GUTIÉRREZ.
DIANA MARGARITA RENGIFO.
LILI JOHANA CASAS V**

**Trabajo de grado para optar al título de
Especialista en Gerencia en Servicios de Salud**

**Tutor Temático
Dr. Walter Puerto**

**Director de la Especialización
Dr. Gustavo Malagon Londoño
Codirector de la Especialización
Dr. Jorge Giraldo Vanegas**

**UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA
ALIANZAS ESTRATÉGICAS
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD
BOGOTÁ OCTUBRE
2013**

Agradecimientos

Agradezco a Dios por cada momento de mi vida, en especial por la gracia de emprender este nuevo logro que me permite avanzar profesional y personalmente. Agradezco a mis padres, familia y personas que día a día con su apoyo aportaron en la culminación de esta gran meta.

MONICA GARCIA

Mis agradecimientos son para mi esposo, mi hija y familia quien con su paciencia y apoyo incondicional, me acompañaron en este proceso de crecimiento profesional y personal. Mil Gracias Dios mío.

OLGA LUCIA GUTIERREZ

Agradezco a Dios, a mi familia y a las personas que han creído en mis capacidades para ser cada día mejor como persona y como profesional.

DIANA M RENGIFO M

Resumen

Introducción: Se planteó un proceso de evaluación de un laboratorio clínico en búsqueda del cumplimiento de los estándares de acreditación a través de los estándares del Proceso de Atención al Cliente Asistencial. El presente trabajo presenta tanto los aspectos conceptuales, como la base metodológica, cuyo objetivo es contribuir a la comprensión del alcance y la utilidad del resultado del proceso de evaluación en los distintos niveles de toma de decisión de laboratorio clínico de Nivel III, definición de políticas y gestión de servicios de salud, para el ejercicio de la bacteriología con el fin de evidenciar los puntos críticos y establecer las estrategias gerenciales.

Métodos: Estudio de caso observacional que evaluó y calificó los procesos disponibles a la luz de los estándares de acreditación del proceso de atención al cliente asistencial para laboratorios clínicos a través de la autoevaluación reglamentados en la resolución 123 de 2012.

Resultados: De los 51 Estándares de acreditación del Proceso de Atención al Cliente Asistencial para Laboratorios Clínicos, se evidencia que 27 estándares que equivalen al 53% se encuentran calificados por debajo de 3, incumpliendo con la puntuación requerida para acreditación, 22 de los estándares equivalen al 43%, los cuales se encuentran en una calificación de 3, se encuentra 1 estándar con una puntuación de 4 y 1 estándar que no aplica para el laboratorio clínico evaluado.

Palabras clave: Proceso, Trazabilidad, Acreditación, Gestión de la Calidad, Mejoramiento Continuo de la Calidad, Planificación de la Calidad, Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, Autoevaluación, Enfoque, Implementación, Resultados, Sistemática, Amplitud, Proactividad, Ciclo de evaluación y mejoramiento, Despliegue en la institución, Despliegue hacia el usuario, Pertinencia, Consistencia, Avance de la medición, Tendencia, Comparación: Evaluador, Macro proceso, Direccionamiento y Gerencia.

Abstract

Introduction: It is proposed a process evaluation of a clinical laboratory in search of compliance with accreditation standards through the standards process Customer Assistance. This paper presents both the conceptual, as the methodological basis, which aims to contribute to the understanding of the scope and usefulness of the result of the evaluation process at different levels of decision making Tier III clinical laboratory, defining policies and management of health services, for the exercise of bacteriology in order to highlight the critical points and establish management strategies.

Methods: Observational case study that evaluated and described the processes available in the light of the accreditation standards of customer service process for clinical laboratories care through self regulated in resolution 123 of 2012. Results: Of the 51 Standards Accreditation Process Customer Assistance for Clinical Laboratory, it appears that 27 standards equivalent to 53 % are rated below 3, complying with the score required for accreditation , 22 equivalent standards to 43 % , which are in a score of 3 , 1 is standard with a score of 4 and 1 standard does not apply to the clinical laboratory evaluation.

Keywords: Process, Traceability, Accreditation, Quality Management, Continuous Quality Improvement, Quality Planning, System Quality Management in Health, Self , Approach, Deployment, Results, Systematicity, Amplitude, Proactivity, Cycle evaluation and improvement, the institution Deployment, Deployment to the user, Relevance, Consistency, Progress measurement, Trend, Comparison: Evaluator, Macro process, routing and management.

Contenido

1.Planteamiento del problema.....	9
2. Justificación.....	10
3. Antecedentes.....	10
3.1 Marco Normativo.....	11
3.2 Institucional.....	15
4. Marco Teórico.....	17
5. Objetivos.....	23
5.1 Objetivo general.....	23
5.2 Objetivos específicos.....	23
6. Metodología.....	23
6.1 Tipo de estudio.....	23
6.2 Población de estudio.....	24
6.3 Diseño del Instrumento y validación.....	24
6.4 Proceso de recolección de información.....	26
6.5 Proceso de autoevaluación.....	26
6.6 Criterios de Evaluación.....	26
7. Resultados.....	32
7.1 Resultados hoja radar.....	32
7.2 Plan de mejoramiento propuesto.....	45
8. Conclusiones.....	48
GLOSARIO.....	50
9. Bibliografía.....	57

Índice de tablas

Tabla 1 Normatividad..... 11
Tabla 2 33

Índice de gráficos

Gráfico 1 caracterización de laboratorio clínico de tercer nivel..... 16
Gráfico 2 25

Introducción

El presente trabajo de grado pretende establecer los aspectos críticos del proceso asistencial del laboratorio clínico de una Institución prestadora de servicios de salud de III nivel a través de los estándares de calidad, por medio de la autoevaluación, desarrollando estrategias gerenciales en dichos aspectos.

Las características que enmarcan el sistema de seguridad social en Colombia se evidencian a través de las modificaciones que han surgido en las diferentes etapas (Ley 100 de 1993, Ley 122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 1562 de 2012) las cuales son reglamentadas y adaptadas para la prestación de los diferentes servicios.

Para analizar los puntos críticos de un servicio de salud es necesario hablar de la reforma de la Ley 100 donde surge el modelo de atención denominado IPS Instituciones Prestadoras de Salud, las cuales contemplan los hospitales, clínicas, laboratorios, consultorios, etc. que prestan el servicio de salud y Pueden ser públicas o privadas. De igual manera están catalogadas por nivel de complejidad y servicios según como se hallan habilitado.

En salud existen los Laboratorios Clínicos como apoyo diagnóstico, los cuales han tenido un progreso en los últimos 30 años. Los avances apuntan hacia laboratorios clínicos con alta demanda que exigen día a día una atención con calidad que garantice atención oportuna y guiada en la normatividad.

De igual manera se evidencia que el modelo de atención en instituciones prestadoras de servicios en salud se ha reglamentado bajo la normatividad que habilita los servicios garantizando la calidad en su atención. De igual manera en las diferentes reformas realizadas aparece el concepto de acreditación como compromiso de las entidades en el proceso continuo de mejoramiento y de calidad en la atención.

Este proyecto surge del deseo de identificar los aspectos críticos de un laboratorio clínico a través de la normatividad de acreditación, apoyados en la autoevaluación, con el fin de brindar estrategias a la alta gerencia que apunten al mejoramiento continuo y a procesos de atención con calidad. Teniendo en cuenta la

acreditación como un aspecto para mejorar la atención que está inmersa en la habilitación.

Bajo esta perspectiva, se hace necesario adaptar los esquemas de supervisión, control y evaluación que realizan las entidades reguladoras, orientadas a cumplir por completo con las expectativas y demandas de los usuarios del sistema. Para tal fin es necesario fomentar una visión integrada de calidad total en estas unidades.

1. Planteamiento del problema

- ¿Qué estrategias gerenciales se pueden definir en un laboratorio clínico de una IPS de tercer nivel, para los puntos críticos evidenciados a través de la autoevaluación?

2. Justificación

El trabajo propuesto propone evidenciar los puntos críticos en el laboratorio clínico, hallados a través de la realización de la autoevaluación en el cual se calificaron los estándares reglamentados en la resolución 123 de 2012

En los servicios de salud se evidencia la forma como día a día se ha modificado el servicio de atención en salud, en especial en lo relacionado con los pacientes y debido a la gran afluencia de usuarios que asisten día a día a las instituciones de salud, se generan más demandas con la prestación del servicio y ante la situación actual del sistema de Salud en Colombia, se genera un compromiso de la gerencia en tomar decisiones en pro de atención de calidad.

La acreditación es más que la presentación ante un ente externo para la obtención de un título que mejore su imagen externa, es el incentivo de prestigio. La acreditación es una estrategia y una metodología para que la organización armonice sus procesos y oriente la utilización de sus recursos de acuerdo con lo aprendido de los mejores y más exitosos modelos de desempeño en salud.

Adicionalmente, es una metodología beneficiosa para las organizaciones que se involucran en ella. Sin embargo, antes de embarcarse en la acreditación, una organización de salud de tercer nivel, debe decidir cómo se ajusta la acreditación con sus metas generales, su misión y su plan estratégico. Basados en el objetivo de acreditación como proceso de medición de calidad en el servicio, se generan planes de mejora que permitan aportar a la alta gerencia estrategias que desplieguen cambios en los aspectos críticos, ya que en ocasiones por falta de dicha rigurosidad terminan en acciones inseguras, eventos adversos y desde lo económico clientes insatisfechos que en mercadeo se convierten en multiplicadores teniendo como resultado menos clientes para las instituciones que no brindan atención con calidad pensando en él como base y parte fundamental de la atención.

3. Antecedentes

3.1 Marco Normativo

Tabla 1 Normatividad

Norma	Comentario
<p>“Constitución Nacional de Colombia del 4 de julio de 1991 Congreso de La Republica de Colombia” se enmarcan los artículos:</p>	<p>La Constitución Política Colombiana da a toda persona, un conjunto de garantías fundamentales y acciones correspondientes para hacer valer los derechos sin importar, nacionalidad, sexo, raza, condición u origen y estos derechos son aquellos inherentes al ser humano que pertenecen a toda persona en razón a su dignidad humana.¹</p>
<p>Artículo 48: Derecho irrenunciable a la seguridad social y a la salud Artículo 49: Expresa La atención de la salud y el saneamiento están dirigidos a principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Artículo 50: Todo niño menor de un año tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado.</p>	<p>ARTICULO 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.</p> <p>ARTICULO 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.</p> <p>Artículo 50. Todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado.</p>
<p>“Ley 100 del Diciembre 23 1993”</p>	<p>Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las</p>

¹ Colombia. Congreso. Constitución Política de Colombia de 1991 Bogotá: El Congreso; 1991.

	<p>contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.²</p>
<p>Artículo 180: Requisitos de las Entidades Promotoras de Salud de naturaleza pública, privada o mixta. Artículo 227: Control y Evaluación de la Calidad del Servicio de Salud.</p>	<p>ARTÍCULO 180. La Superintendencia Nacional de Salud autorizará como Entidades Promotoras de Salud a entidades de naturaleza pública, privada o mixta, que cumplan con los siguientes requisitos: Tener una razón social, Tener personería jurídica, Tener como objetivos la afiliación y registro de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Disponer de una organización administrativa y financiera.</p> <p>ARTÍCULO 186. El Gobierno Nacional propiciará la conformación de un sistema de acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para brindar información a los usuarios sobre su calidad, y promover su mejoramiento.</p> <p>ARTÍCULO 227. Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica, de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público.</p>
<p>“Decreto 1011 del 3 de Abril de 2006 Ministerio de la Protección Social” ARTICULO 32</p>	<p>Decreto 1011. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud</p> <p>ARTICULO 32 <i>Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.</i> Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se</p>

² “Ley 100 del Diciembre 23 1993”. Colombia. Ministerio de Protección Social.

	<p>determinan como básicos en el Sistema único de Habilitación.</p> <p>Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB.</p>
<p>Artículo 3: Características del SOGCS. Para efectos de evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud deberá cumplir con las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad • Oportunidad • Seguridad: • Pertinencia • Continuidad 	<p>Artículo 3o. Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.</p> <p>Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:</p> <p>1. Accesibilidad. 2. Oportunidad. 3. Seguridad. 4. Pertinencia. 5. Continuidad.</p>
<p>Artículo 40: Responsabilidad en el ejercicio de la auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en salud</p>	<p>Artículo 40. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud debe ejercerse tomando como primera consideración la salud y la integridad del usuario y en ningún momento, el auditor puede poner en riesgo con su decisión la vida o integridad del paciente.³</p>
<p>“Resolución 1445 del 8 De Mayo 2006 Ministerio de La Protección Social”</p>	<p>Ley 1445 de 2006. Corresponde al sistema único de acreditación es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, de la entidades promotoras de salud, las</p>

³ Decreto 1011 del 3 de Abril de 2006 se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

	administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y la empresas de medicina pre pagada. ⁴
“Resolución Numero 1446 de 2006 (8 De Mayo De 2006)	Ley 1446 de 2006. Realiza el seguimiento y evaluación de la gestión de calidad de la atención en salud en el sistema obligatorio de garantía y de calidad de la atención, a su vez brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar decisiones informadas al momento de ejercer los derechos para ellos que contempla el sistema general de seguridad social en salud. ⁵
Resolución 1043 de 2006	Resolución 1043 de 2006. Se establece las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención. Esta norma en el anexo técnico, establece y describe los estándares con los cuales deben cumplir las IPS para habilitarse en el SOGCS y da las competencias a los entes territoriales de salud para realizar las visitas. ⁶
Circular 030 De 19 De Mayo de 2006 Superintendencia Nacional de Salud”	Circular 030 de 2006. Se imparten instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud.
“Resolución 123 de 2012 Autoevaluación de estándares de acreditación”	Resolución 123 de 2012. Modifica el artículo 2º de la resolución 1445 de 2006 en Estándares de Acreditación para efecto que el ente acreditador evalúe el nivel de calidad en la atención alcanzada por las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. ⁷
Decreto 77 DE 1997 Artículo 1º y 2o. Ámbito de	Decreto 077 de 1997. Se regulan todas las actividades relacionadas con los laboratorios clínicos tanto públicos

⁴ Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1445 de 2006, mayo 8, Bogotá: El Ministerio; 2006.

⁵ Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución número 1446 de 2006, Mayo 8, Bogotá: El Ministerio; 2006. Colombia. Ministerio de la Protección Social.

⁶ Resoluciones 1043 2007 y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Ministerio; 2007.

⁷ Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 123 de 2012, mayo 8, Bogotá.

aplicación y Objeto de los Laboratorios Clínicos.	como privados y las condiciones técnico sanitarias que deben cumplir éstos, para su funcionamiento y el objeto de los laboratorios clínicos será el de prestar servicios para apoyar la atención integral en salud, de acuerdo con los principios de calidad, oportunidad y racionalidad lógico-científica.
Circular 075 de 2005 del Ministerio de la Protección Social,	Es necesario procesos de autoevaluación y mejora contra los estándares de acreditación” ⁸

3.2 Institucional

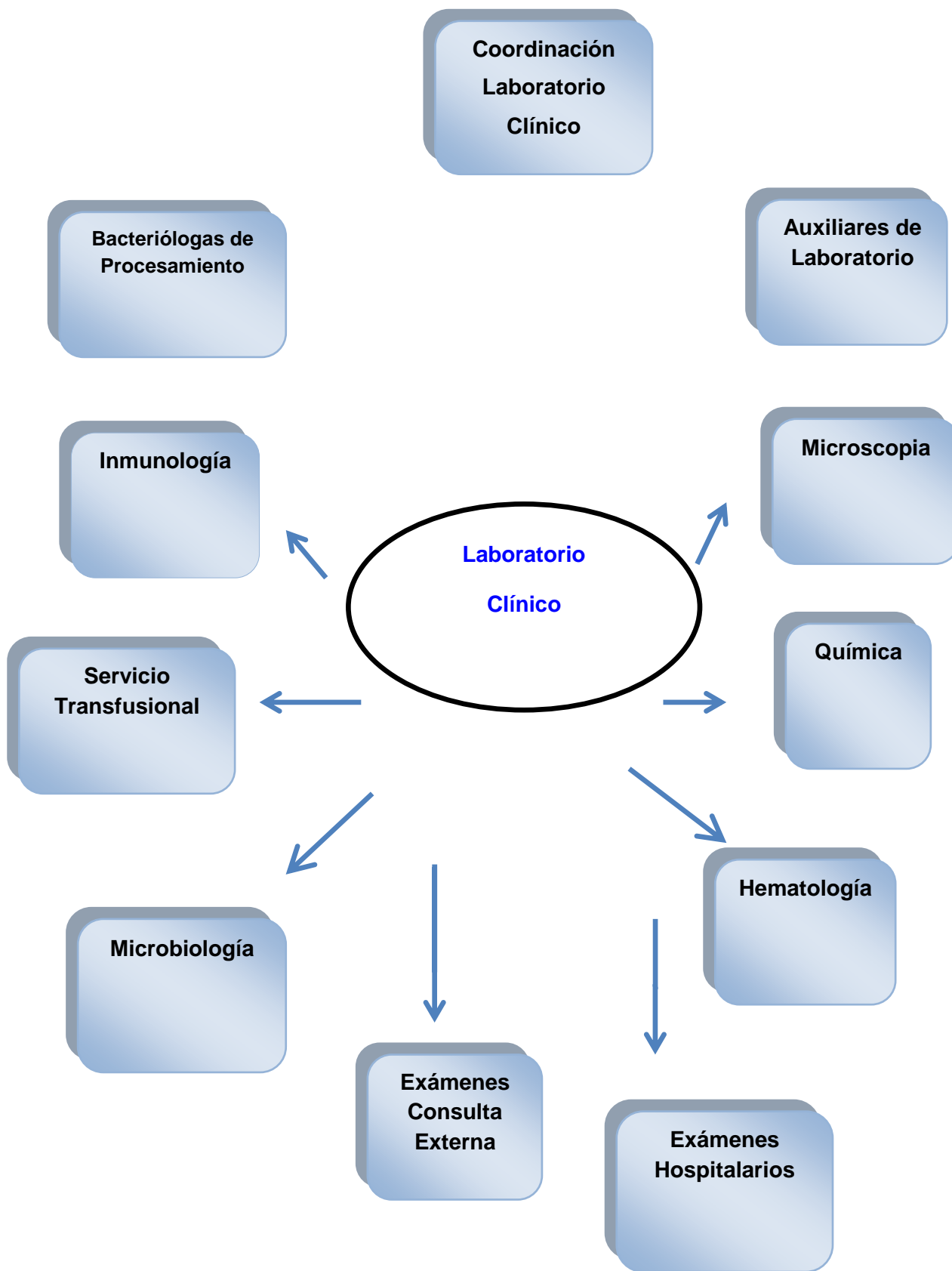
El laboratorio clínico es el lugar donde los técnicos y profesionales en análisis clínicos bacteriólogos y auxiliares de laboratorio, procesan y analizan las muestras biológicas humanas que contribuyen al estudio, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Dentro del laboratorio clínico se encuentran secciones de química clínica, hematología, inmunología, microscopia, microbiología y servicio transfusional.

En el laboratorio clínico se obtienen y se estudian muestras biológicas diversas, como sangre, orina, heces, líquidos corporales entre otros tipos de muestras.

Al laboratorio clínico acuden pacientes externos, y los exámenes que se requieren de los pacientes hospitalizados.

⁸ Circular 075 de 2005 del Ministerio de la Protección Social.

Gráfico 1 caracterización de laboratorio clínico de tercer nivel



4. Marco Teórico

Este laboratorio se encuentra autorizado para funcionar dentro de una clínica mediante el cumplimiento de requisitos mínimos de habilitación.

“En el sistema de Habilitación, dentro de las responsabilidades del Estado colombiano tiene como objeto proteger la vida, los derechos a la seguridad social y a la salud de todas las personas residentes en Colombia.”⁹

Así mismo, tiene a su cargo la organización, dirección y reglamentación de los servicios públicos de atención de la salud y saneamiento ambiental y ejerce la vigilancia y control de la prestación de servicios de salud. Es su deber legal el control de calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad, así como la información que debe suministrarse al público en su comercialización.

Esta consideración implica que existe en el Ministerio de Salud una unidad responsable del Registro y Habilitación de laboratorios y las normas que deben cumplir para ser habilitados

“Se entiende como norma el conjunto de reglas, directrices y requerimientos que las autoridades competentes determinan que deben ser cumplidas por los servicios de laboratorio para poder funcionar”¹⁰

La acreditación de laboratorios clínicos es un proceso que contribuye a la mejoría continua de la calidad de sus servicios. La participación en los procesos de acreditación es decisión de la dirección de cada laboratorio y, por lo tanto, debe ser accesible a todos los establecimientos que estén debidamente registrados y habilitados por las autoridades nacionales del país.

“El propósito de la Acreditación es formalizar el reconocimiento, por un ente independiente, que los laboratorios han implementado, un sistema que pretende garantizar la calidad de sus servicios y productos”.¹¹ El sistema de garantía de calidad comprende un programa total de normas y procedimientos que aseguran

⁹ Ministerio de la Protección Social, Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, Bogotá, 2008 pag 4-5

¹⁰ Ministerio de la Protección Social, Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, Bogotá, 2008 pag 6-7 V.2.

¹¹ Guía Básica para la acreditación en salud. ICONTEC. 2008.

de manera continua que los servicios, productos o resultados finales son confiables, pertinentes y oportunos.

Los componentes básicos de los sistemas de garantía de calidad son el control interno, la evaluación externa del desempeño, las auditorías y la educación continuada. Se incluye también la bioseguridad y el mantenimiento de equipos e infraestructura.

El control de calidad va mas allá de la inclusión de materiales con valores conocidos en cada una de las pruebas que se efectúan en el laboratorio. Entendemos como control de calidad al conjunto de acciones que se aplican durante la ejecución de cada prueba para asegurar que los resultados, productos o servicios pueden ser entregados. El instrumento primario para la aplicación del control de calidad está constituido por los manuales de procedimientos técnicos y administrativos.

“Se entiende como procedimiento a la descripción precisa, concisa y clara del material, equipo, condiciones, actividades y requerimientos para obtener un producto o un servicio de una calidad definida.

Los requisitos preestablecidos se conocen como estándares, que son documentos preparados por consenso para el uso general y repetido con el objeto de entregar servicios, productos o resultados de una calidad determinada en un contexto dado. En resumen, las auditorías requieren de la existencia previa de normas, manuales de procedimientos y estándares, así como de registros de las actividades realizadas en el laboratorio”.¹²

“El laboratorio clínico de tercer nivel de atención, en desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, en el componente del Sistema Único de Acreditación, en el ámbito de laboratorio clínico, la Organización Internacional de Normas (International Standard Organization, ISO) publica en el 2003 la Norma ISO 15189: Medical laboratories. Particular requirements for quality and competence / Laboratorios clínicos - Requisitos particulares para la calidad y la competencia. Esta Norma considera que el laboratorio clínico no sólo realiza

¹² Guía Básica para la acreditación en salud. ICONTEC. 2008.

ensayos sino provee información médica basada en la interpretación analítica de resultados”¹³

Así mismo, menciona que se debe tener calidad en las mediciones, calidad en el servicio global del laboratorio clínico al paciente y al médico. Igualmente, considera las necesidades específicas del entorno médico, como tiempos de respuesta rápidos y servicios de urgencias, y se concentra en las necesidades del paciente donde la contribución del laboratorio clínico a la atención del paciente , no altera la exactitud de las mediciones.

La Norma ISO 15189, utiliza el lenguaje común usado en el ámbito médico y enfatiza la importancia de las fases pre-examen, examen y post-examen. También incluye aspectos sobre ética y sobre el manejo de los sistemas de información en el laboratorio clínico (SIL). En este trabajo se presenta el inicio del proceso de la acreditación de un laboratorio clínico en una Institución Prestadora de Salud de tercer nivel, fundamentado en la normativa internacional y la importancia de los requisitos y competencias.

El Sistema Nacional de Acreditación (SNA) es el conjunto de políticas, estrategias, procesos y organismos cuyo objetivo fundamental es garantizar a la sociedad que las instituciones de salud que hacen parte del sistema cumpliendo con los más altos requisitos de calidad y que realizan sus propósitos y objetivos. (Artículo 53 de la Ley 30 de 1992).

La Acreditación es un testimonio que da el Estado sobre la calidad de un programa o institución con base en un proceso previo de evaluación en el cual intervienen la institución, las comunidades académicas y el Consejo Nacional de Acreditación.

Este proceso ha estado muy ligado desde sus inicios, a la idea de la autonomía y la autorregulación, complementada con la exigencia de rendición de cuentas que se hace a las entidades prestadoras de salud desde distintos sectores sociales.

¹³ www.medigraphic.com/pdfs/bioquimia/bq-2008/bq083d.pdf. Reseña histórica. ... por el Ministerio de la Protección Social para el acompañamiento en el proceso de Acreditación en Salud.

La evaluación externa se entiende como un complemento a estos procesos y, por lo tanto los actos de acreditación expresan fundamentalmente la capacidad de autorregulación de las instituciones.

Se puede decir que en Colombia la acreditación es de naturaleza mixta, en tanto está constituida por componentes estatales y de las propias entidades.

“Por otra parte, la acreditación institucional permite reconocer y diferenciar el carácter de las instituciones como un todo, así como valorar el cumplimiento de su misión y su impacto social. Esta acreditación complementa y asume como requisito previo la acreditación de programas. Además, la acreditación institucional ofrece la posibilidad de valorar la capacidad de las instituciones de desplegar recursos físicos y humanos para el cumplimiento social de su misión, de manera eficiente y responsable. Igualmente, permite ejercer de manera diferenciada la función de inspección y vigilancia del Estado sobre las entidades prestadoras de salud”¹⁴

Después de resolver los aspectos relacionados con las decisiones organizacionales a través de las cuales se adecuan para alcanzar los propósitos de la acreditación, se inicia el proceso de autoevaluación. Es en este punto donde los equipos examinan qué tan efectivamente están trabajando, comparando el quehacer diario contra los estándares. Es importante que la organización tenga claro que el mejoramiento es uno solo, pero que para efectos operacionales existen cuatro momentos durante los cuales se realiza autoevaluación. Durante el desarrollo del ciclo de preparación para la aplicación ante el ente acreditador, la autoevaluación tiene como propósito principal identificar la no coincidencia del desempeño organizacional, contra el desempeño ideal planteado en el estándar, estableciendo un diagnóstico e iniciando un proceso de análisis y mejoramiento. A este momento también lo llamamos evaluación interna. En esta fase la duración de este ciclo de autoevaluación y mejoramiento no necesariamente tiene un límite de tiempo diferente de las metas que se fije la organización a sí misma. Cuando la autoevaluación, además de lo anterior, tiene el propósito de implementar la ruta crítica de acreditación, evaluar los diferentes estándares ante el ente acreditador

¹⁴ Acreditación de laboratorios clínicos ISO 15189:2003.

su cumplimiento, este ciclo de autoevaluación, documentación y mejoramiento. No olvidar que el artículo 32 del Decreto 1011 de 2006 plantea: “Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación”.¹⁵ “Igualmente, cuando una institución se encuentra simultáneamente cobijada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Gestión de Calidad de la Rama Ejecutiva del Poder Público (Ley 872 de 2003), para que se dé simultáneamente el cumplimiento de Ambos sistemas a través del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, de acuerdo con las directrices impartidas por la circular 075 de 2005 del Ministerio de la Protección Social, es necesario procesos de autoevaluación y mejora contra los estándares de acreditación”¹⁶

“Es decir, la secuencia y contenido de los estándares aquí descritos no son más que esquematizar el “deber ser” de la operación óptima diaria de una organización de salud. Los presentes estándares responden a una serie de niveles de desempeño superior a los contemplados en el sistema único de acreditación. Teniendo en cuenta la diferenciación existente en los estándares para una autoevaluación en acreditación. Los estándares no incluyen, dentro de su redacción o nivel de compromiso, ninguna norma legal. Lo anterior quiere decir que todos los estándares, así como aquellos que tengan criterios, establecen un nivel de exigencia superior al de los requerimientos legales, ya sea del sistema general de seguridad social en salud o de otro sistema diferente”¹⁷ Se reitera que los estándares proveen el QUE, es decir, los procesos o niveles de desempeño que se quiere obtener, más no dan el COMO, o sea, la forma de conseguir el cumplimiento. Esto último es prerrogativa de cada institución, la cual puede implementar modelos de gestión nacionales o internacionales para la consecución del logro del estándar.

¹⁵ Acreditación de laboratorios clínicos ISO 15189:2003.

¹⁶ Guía Básica para la acreditación en salud. ICONTEC. 2008.

¹⁷ cbtic.com//32-iso-15189-acreditacion-de-laboratorios-clinicos. ISO 15189: Acreditación de Laboratorios Clínicos

“Basados específicamente en el manual de estándares de laboratorio clínico, los estándares no se centran en tratar de definir cómo se desarrollan los estándares técnicos de preparación o toma de muestras, sino en el centro de atención definido previamente cómo el eje central del SUA, es decir, el cliente. Así entonces, los estándares desarrollan la idea de qué debe ser realizado, de cara al cliente, en los diferentes pasos y actividades que son objeto del laboratorio”¹⁸

“La sección de gestión de tecnología se centra en tecnología en salud dirigida a las personas, en procesos asistenciales de atención individual”. Esta misma sección evita la definición de las características técnicas de los equipos con las que debe contar una determina institución, más bien, en qué hacer para gestionarla de manera adecuada, independientemente de su complejidad.

“Es así que entonces se describe todo un proceso de atención a los clientes desde que estos llegan a la organización a solicitar un servicio, hasta aquellas labores que podrían resultar “invisibles” para dicho cliente, tales como la monitorización de la calidad o la preparación interna de una serie de procesos que garanticen una verdadera calidad de la atención en toda la organización, tales como las primeras secciones, dedicadas a desarrollar unos mecanismos internos que proporcionen un trato digno y respetuoso al cliente.”¹⁹

¹⁸ Acreditación de laboratorios clínicos ISO 15189:2003 Bioquímica 2008; 33 (3) Idioma: Español. RESUMEN. En el ámbito de laboratorio clínico.

¹⁹ Sistema Nacional de Acreditación en Colombia, CNA, consejo nacional de acreditación, ley 30 de 1992, evaluación instituciones, evaluación programas académicos

5. Objetivos

5.1 Objetivo general

Evidenciar los puntos críticos en un Laboratorio Clínico a través de la auto evaluación basados en los estándares de acreditación, desarrollando estrategias gerenciales para una IPS de III Nivel.

5.2 Objetivos específicos

- Caracterizar el Laboratorio clínico como unidad funcional de apoyo diagnóstico en una Institución Prestadora De Salud de III Nivel.
- Calificar los estándares de Proceso de atención al cliente asistencial para Laboratorios Clínicos, teniendo en cuenta la metodología propuesta para la acreditación por el Ministerio De Protección Social hoy Ministerio de Salud y Protección Social.
- Definir estrategias gerenciales a través de la obtención de resultados centrados en el paciente, impactando en la toma de decisiones para la Institución

6. Metodología

6.1 Tipo de estudio

Para el desarrollo del trabajo se adopta un estudio descriptivo en el cual se realiza la calificación de los estándares de calidad utilizando como instrumento de medición el formato de la Hoja Radar, que permite evidenciar los puntos críticos, desarrollando estrategias gerenciales que sean útiles para la organización en el mejoramiento de la calidad, y seguridad de los usuarios.

A través de la **Autoevaluación**, herramienta disponible para que una entidad pueda conocer los avances y las desviaciones de sus objetivos, planes y

programas, sobre todo de la operatividad de aquellas acciones que se emprenden con la finalidad de mejorar la Funcionalidad de los sistemas y procesos que regulan el quehacer de la propia entidad. Revisión detallada y periódica del propio responsable de las acciones emprendidas para mejorar el Funcionamiento de determinada área, unidad, órgano, sistema o procedimiento, a fin de medir el grado de eficiencia, eficacia y congruencia en su operación.²⁰

6.2 Población de estudio

Se realiza en el laboratorio clínico donde son procesados análisis clínicos con la intervención de profesionales como bacteriólogos y auxiliares de laboratorio, procesan y analizan las muestras biológicas humanas como sangre, orina, heces, líquidos corporales entre otros tipos de muestras que contribuyen al estudio, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades . Dentro del laboratorio clínico se encuentran secciones de química clínica, hematología, inmunología, microscopia, microbiología y servicio transfusional. ,.

El laboratorio clínico atiende pacientes de consulta externa como pacientes hospitalizados y Urgencias, prestado servicios de 24 horas. Con tres jornadas de turnos, mañana, tarde y noche.

6.3 Diseño del Instrumento y validación

Se trabajó con el modelo de autoevaluación en acreditación reglamentado en la “Resolución 123 de 2012. La cual modifica el artículo 2º de la resolución 1445 de 2006 de Ministerio de Protección Social, analizando los AJUSTES MANUAL DE ACREDITACIÓN LABORATORIOS CLÍNICOS que fue aprobado por el Consejo de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud, en su sesión del 14 de Julio de 2011.”²¹

En los Estándares de Acreditación el evaluador analiza el nivel de calidad de atención alcanzado por los laboratorios de las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.III nivel.

Los estándares se encuentran ordenados en tres secciones donde el enfoque del trabajo está dado por una primera sección en la que aparece el Grupo de Estándares

²⁰ GUIA PARA AUTOEVALUACION DE ACREDITACION 2013 CLINICA EL BOSQUE

²¹ AJUSTES MANUAL DE ACREDITACIÓN LABORATORIOS CLÍNICOS

del Proceso de Atención al Cliente Asistencial, las otras dos secciones se basan en los Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial y estándares de mejoramiento de la calidad.

La primera sección está compuesta por subgrupos de estándares: Derechos de los pacientes, Seguridad del paciente, Acceso, Registro e ingreso, Evaluación de necesidades al ingreso, Planeación de la atención, Proceso de atención, Referencia y contra referencia, Proceso de entrega de resultados, Proceso de retroalimentación por parte del paciente, Control de Calidad, Sedes Integradas en Red y el estándar de mejoramiento como lo muestra de la siguiente grafica.

Gráfico 2 Conceptualización gráfica de los grupos de estándares²²



²² AJUSTES MANUAL DE ACREDITACIÓN LABORATORIOS CLÍNICOS. Página, 5

6.4 Proceso de recolección de información

Para la ejecución del trabajo se estableció un cronograma de actividades el cual permitiera realizar un seguimiento al proceso.

- Revisión del manual de Acreditación ambulatorio y hospitalarios del Ministerio de Protección Social.
- Propuesta de Ajustes Manual de acreditación Laboratorios Clínicos 2012
- Revisión de la Resolución 123 de 2012. La cual modifica el artículo 2º de la resolución 1445 de 2006.
- Revisión de estándares para laboratorio Clínico del proceso de Autoevaluación
- Desarrollo de Hoja Radar.
- Desarrollo de Estrategias gerenciales según resultados
- Estructuración del trabajo

6.5 Proceso de autoevaluación

El proceso de autoevaluación se llevo a cabo por medio de un equipo evaluador, el cual elaboró cronograma de actividades donde se desplazó al laboratorio de LaIPS de III nivel, en el cual se le elaboró la alta gerencia los permisos correspondientes para realizar el ejercicio en compañía de la coordinadora del laboratorio, para poder revisar y evaluar cada uso de los estándares. El ejercicio se desarrolló realizando entrevistas con la coordinación del laboratorio, bacteriólogas y personal directivo de la Institución. Siguiendo la rigurosidad del evaluador, se solicitaron las evidencias físicas que demostraran el cumplimiento a cada criterio, con el fin de permitir establecer una calificación dada a través de la hoja radar.

El equipo evaluador tomo cada uno de los estándares evaluándolos en su enfoque, su implementación y sus resultados, generándose una calificación a partir de la hoja radar para cada estándar. Por último en la calificación asignada a los estándares que en su resultado final están por debajo de 3 se estableció un plan de mejora que aportara a las estrategias gerenciales en el laboratorio clínico.

6.6 Criterios de Evaluación

“La autoevaluación: es la base inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud, cuentan con un equipo

institucional de evaluadores internos previamente formados, quienes hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con la realización de una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento”²³

Para los criterios de evaluación es importante tener en cuenta el diligenciamiento de este formato y consignarse en la hoja radar teniendo en cuenta la situación actual, la descripción de las principales fortalezas que demuestren el cumplimiento del estándar, además las evidencias que constaten el cumplimiento para cada estándar, los resultados específicos y las tendencias.

Para la evaluación de los aspectos cualitativos se describe la situación actual, las debilidades del servicio o barreras y las alternativas de solución tareas propuestas, o medidas de mejoramiento se analizaron individualmente para cada uno de los criterios en cada uno de los estándares.

Para la evaluación de los aspectos cuantitativos en la escala de calificación las dimensiones a evaluar son el enfoque, la implementación y los resultados cada uno de estos con sus diferentes variables con cada dimensión así:

Enfoque: Se refiere a las directrices, métodos y procesos que la institución utiliza para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada tema o variable que se va a evaluar. **la Sistemática** que se define como el grado en que el enfoque es definido y aplicado de manera organizada., **Amplitud** significa el grado en que el enfoque está presente y orienta las diferentes áreas de la organización o distintos puntos del estándar, **la Proactividad** que es el grado en que el enfoque es preventivo y se adelanta a la ²⁴ocurrencia del problema de calidad. y el Ciclo de evaluación y mejoramiento.²⁵

²³ AJUSTES MANUAL DE ACREDITACIÓN LABORATORIOS CLÍNICOS

²⁴<https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCKQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.minsalud.gov.co%2FDocumentos%2520y%2520Publicaciones%2FManual%2520de%2520Est%25C3%25A1ndares%2520de%2520Acreditaci%25C3%25B3n%2520para%2520los%2520Laboratorios%2520Cl%25C3%25ADnicos.pdf&ei=b6dlUsOuO4e88ASh7YAw&usg=AFQjCNGMhiYUQZvBLArwoCFeE9mK0pM9wQ>

²⁵ AJUSTES MANUAL DE ACREDITACIÓN LABORATORIOS CLÍNICOS

Implementación: donde se refiere a la aplicación del enfoque, a su alcance y extensión dentro de la institución para esto son importantes dos variables el despliegue en la institución: y despliegue hacia el cliente externo.

Resultados Se refiere a la aplicación del enfoque, a su alcance y extensión dentro de la institución donde se tienen en cuenta lo siguiente: Pertinencia, Consistencia, Avance de la medición, Tendencia, Comparación.

Se utiliza como método de medida la moda predominante para cada uno de los estándares.²⁶

²⁶ Glosario Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario

HOJA RADAR PARA LA CALIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN SALUD

CALIFICACION

PALABRA CLAVE	ORIENTACION	VARIABLE	1	2	3	4	5
ENFOQUE							
ENFOQUE POLITICAS O LINEAS DE ACCION	Se refiere a las directrices, métodos y procesos que la institución utiliza para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada tema o variable que se va a evaluar.	SISTEMATICIDAD Grado en que el enfoque es definido y aplicado de manera organizada AMPLITUD Grado en que el enfoque está presente y orienta las diferentes áreas de la organización o distintos puntos del estándares	El enfoque es esporádico, no está presente en todas las áreas, no es sistemático y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Comienzo de un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunas áreas. El enfoque y los procesos a través de los cuales se despliega está documentado.	El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar. en áreas clave	El enfoque es sistemático tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de las áreas. Relacionado con el direccionamiento estratégico	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todas las áreas, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.
		PROACTIVIDAD Grado en que el enfoque es PREVENTIVO NO REACTIVO	Los enfoques son mayoritariamente reactivos	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas	Enfoque mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos y problemas de los mismos proactivamente, aún cuando existen algunas áreas en donde se actúa reactivamente.	El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo.	El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo.
		CICLO DE EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO La forma en que se evalúa y mejora el enfoque y su asimilación HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN Y MEJORA	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos)	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados	El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre áreas claves que abarcan la mayoría de productos y servicios	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento

HOJA RADAR PARA LA CALIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN SALUD

CALIFICACION

PALABRA CLAVE	ORIENTACION	VARIABLE	1	2	3	4	5
IMPLEMENTACIÓN							
IMPLEMENTACIÓN COBERTURA	Se refiere a la aplicación del enfoque	<p>DESPLIEGUE A LA INSTITUCIÓN Grado en se se ha implementado el enfoque y es consistente en las distintas áreas de la organización GRADO DE APLICACIÓN EN LAS AREAS</p>	<p>El enfoque se ha implementado en algunas áreas pero se refleja su debilidad.</p>	<p>La implementación del enfoque se da en algunas áreas operativas principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes.</p>	<p>El enfoque se despliega a la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente</p>	<p>Existe un enfoque bien desplegado en todas las áreas, con brechas no significativas en áreas de soporte</p>	<p>La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevas áreas en forma integral y responde al enfoque definido en todas las áreas claves.</p>
		<p>DESPLIEGUE AL CLIENTE INTERNO Y/O EXTERNO Forma en que se evalúa y mejora el enfoque y su asimilación GRADO EN QUE SE APLIQUE Y PERCEPCION POR EL USUARIO</p>	<p>El enfoque no se despliega hacia los clientes</p>	<p>Hay evidencias de despliegue a unos pocos clientes pero éste no es consistente.</p>	<p>Hay evidencias de implantación parcial del enfoque tanto en clientes internos como externos con un grado mínimo de consistencia.</p>	<p>El enfoque se despliega a la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente</p>	<p>El enfoque se despliega a la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente</p>

HOJA RADAR PARA LA CALIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN SALUD

		CALIFICACION					
PALABRA CLAVE	ORIENTACION	VARIABLE	1	2	3	4	5
RESULTADO							
RESULTADOS LOGROS Y EFECTOS	Se refiere a los logros y efectos de la aplicación de los enfoques	<p>PERTINENCIA Grado en que los resultados referidos se relacionan con área temática correspondiente al estándar evaluado y alcanzan los objetivos y metas propuestas</p> <p>RELACION CON EL ESTANDAR O AREA EVALUADA</p>	Los datos presentados no responden a los factores, productos o servicios claves del estándar.	Los datos presentados son parciales y se refieren a unos pocos factores, productos o servicios claves solicitados en el estándar.	Los datos presentados se refieren al desempeño de algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados .	La mayoría de los resultados referidos se relacionan con el área , factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas.	Todos los resultados se relacionan con el área o punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas.
		<p>CONSISTENCIA Relación de resultados como producto de la implementación del enfoque</p> <p>PRODUCTO APLICACIÓN DEL ENFOQUE</p>	Solo existen ejemplos anecdóticos de aspectos poco relevantes y no hay evidencia de que sean resultado de la implementación del enfoque.	Se comienzan a obtener resultados todavía incipientes de la aplicación del enfoque.	Existe evidencia de que algunos logros son causados por el enfoque implementado y por las acciones de mejoramiento.	La mayoría de los resultados referidos se relacionan con el área , factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas.	Todos los resultados son causados por la implementación de enfoques y a las acciones sistemáticas de mejoramiento.
		<p>AVANCE DE LA MEDICIÓN Grado en que la medición corresponde a una practica sistemática de la organización en un periodo de tiempo que le permita su consolidación y existen indicadores definidos para la medición del área temática correspondiente al estándar</p> <p>MEDICIÓN DE INDICADORES</p>	No existen indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de los procesos. La organización se encuentra en una etapa muy temprana de medición.	Existen algunos indicadores que muestran el desempeño de procesos. La organización se encuentra en una etapa media del desarrollo de la medición.	Existen indicadores que monitorean los procesos y muestran ya tendencias positivas de mejoramiento en algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar. Algunas áreas reportadas pueden estar en etapas recientes de medición	Existen procesos sistemáticos de medición para la mayoría de las áreas y factores claves de solicitados en el estándar.	Los resultados son monitoreados directamente por los líderes de todos los niveles de la organización y la información se utiliza para la toma de decisiones y el mejoramiento de los procesos
		<p>TENDENCIA Desempeño de los indicadores en el tiempo.</p> <p>COMPORTAMIENTO INDICADORES EN EL TIEMPO</p>	El estadio de la medición y por lo tanto de los resultados, no garantizan tendencias confiables.	Se muestran resultados muy recientes que no permiten tener suficientes bases para establecer tendencias	Se presentan tendencias de mejoramiento de algunos factores claves del estándar.	La mayoría de los indicadores alcanzan niveles satisfactorios y muestran firmes tendencias de mejoramiento de las áreas claves, factores, productos y/o servicios, lo cual se refleja en que van de bueno a excelente.	Se observan tendencias positivas y sostenidas de mejoramiento de todos los datos a lo largo del tiempo.
		<p>COMPARACIÓN Grado en que los resultados son coparados con referentes nacionale e internacionales y calidad de los mismos.</p> <p>REFERENCIACION COMPETITIVA</p>	No existen políticas, ni prácticas de comparación de los procesos de la organización con los mejores.	Se encuentran algunas practicas independientes de comparación, poco estructuradas y no sistémicas	Se encuentra en etapa temprana de comparación con las mejores prácticas de algunos procesos, productos y servicios solicitados en el estándar.	Se encuentra en etapa madura de comparación con las mejores prácticas a nivel nacional de áreas, productos, factores y/o servicios claves solicitados en el estándar.	Los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y se ubican en niveles cercanos a las tendencias de clase mundial. Cuenta con un sistema de evaluación y mejora de los sistemas de comparación.

7. Resultados

7.1 Resultados hoja radar

El análisis de interpretación de resultados se realizó a través de la calificación asignada a cada estándar asistencial para los laboratorios clínicos descrito en los criterios de evaluación.

A continuación se encuentra las tablas de los estándares calificados en los siguientes subgrupos:

- Derechos de los pacientes: Estándar del 1 al 4
- Seguridad del paciente: Estándar del 5 al 7
- Acceso: Estándar del 8 al 15
- Registro de Ingreso: Estándar 16 y 17
- Evaluación de necesidades al ingreso: Estándar 18 y 19
- Planeación de la atención: Estándar 20 al 27
- Proceso de atención: Estándar 28 al 32
- Referencia y Contrarreferencia: Estándar 33 al 35
- Entrega de Resultados: Estándar 36
- Proceso de retroalimentación por parte del paciente: Estándar 37
- Control de Calidad: Estándar 38
- Sedes integradas en red: Estándar 39 al 51
- Estándar de mejoramiento: Estándar 52

Tabla 2 Calificación de los estándares asistenciales del laboratorio clínico

Estándar 1. Código: (AsDP1)

Estándar	Enfoque	Implementación	Resultados	Calificación Final
La organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente. El personal ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y cuenta con herramientas para evaluar que éstos comprenden y siguen sus directrices. Los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.	2	3	2	2

Estándar 2. Código: (AsDP2).

La institución que realiza proyectos de investigación con sus usuarios garantiza: Información, análisis, competencias técnicas.	2	3	3	3
---	---	---	---	---

Estándar 3. Código: (AsDP3)

La organización cuenta con un código de ética y un código de buen gobierno articulados con el direccionamiento estratégico. Se evalúa su cumplimiento y se actualiza cuando es necesario.	2	2	2	2
---	---	---	---	---

Estándar 4. Código: (AsDP4)

La organización asegura que para todos los usuarios que atiende, independientemente de la modalidad de venta o contratación de los servicios, se cumplen de igual manera los estándares de acreditación que apliquen a los servicios prestados.	2	2	2	2
---	---	---	---	---

Estándar 5. Código: (AsSP1)

La organización tiene formulada implementada y evaluada la política de Seguridad de pacientes y garantiza su despliegue en toda la organización.	2	2	2	2
--	---	---	---	---

Estándar 6. Código: (AsSP2)

La política de seguridad de pacientes se despliega en la generación y la medición de la cultura de seguridad (que incluye la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que defina las herramientas) y la conformación del comité de seguridad de pacientes.	2	2	2	2
--	---	---	---	---

Estándar 7. Código: (AsSP3)

La organización implementa la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la <i>Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente</i> en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.	1	2	2	2
---	---	---	---	---

Estándar 8. Código: (AsAC1)

La organización garantiza el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento.	2	2	2	2
---	---	---	---	---

Estándar 9. Código: (AsAC2)

En caso de organizaciones integradas en red, se identifica un rango de proveedores o puntos de atención en salud y de rutas de acceso. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento.	N.A	N.A	N.A	N.A
--	-----	-----	-----	-----

Estándar 10. Código: (AsAC3)

Está estandarizado el ciclo de atención del usuario desde que llega a la organización hasta su todo el personal asistencial y administrativo de la organización; se verifica el conocimiento y se todo el personal asistencial y administrativo de la organización; se verifica el conocimiento y se implementan acciones frente a las desviaciones.	3	3	3	3
--	---	---	---	---

Estándar 11. Código: (AsAC4)

La organización cuenta con los protocolos y guías, con criterios explícitos, en los que se establecen las necesidades de preparación previa del paciente para la realización del examen. Estas guías o protocolos se revisan y ajustan periódicamente y, se realiza seguimiento de su adherencia.	3	2	2	2
---	---	---	---	---

Estándar 12. Código: (AsAC5)

La organización programa la atención de acuerdo con los tiempos de los profesionales y, para respetar el tiempo de los usuarios, realiza la programación teniendo en cuenta el tiempo que se requiera para la realización de cada uno de los procedimientos; esto lo hace teniendo en cuenta la capacidad instalada, el análisis de demanda por servicios y los procesos de atención; esta programación se evalúa periódicamente para verificar su cumplimiento en el marco de criterios de calidad. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	3	2	2	2
--	---	---	---	---

Estándar 13. Código: (AsAC6)

La organización define los indicadores y estándares de oportunidad para los servicios de laboratorio clínico con los que cuenta	2	3	2	2
---	---	---	---	---

Estándar 14. Código: (AsAC7)

Estándar	Enfoque	Implementación	Resultados	Calificación Final
La organización garantiza la información al usuario sobre los servicios que presta. En los casos en los cuales el usuario no tiene derecho, la información debe ser explícita en relación con la forma para acceder a la prestación de tales servicios no cubiertos.	2	1	2	2

Estándar 15. Código: (AsAC8)

Se tiene estandarizada la asignación de citas y autorización de las mismas a los usuarios que requieran de sus servicios.	2	2	2	2
---	---	---	---	---

Estándar 16. Código: (AsREG1)

Está estandarizado el proceso de registro, admisión y preparación del usuario, mediante el que se le orienta sobre qué debe hacer durante la atención. Se evalúa su cumplimiento y se desarrollan acciones de mejora cuando es necesario.	2	2	2	2
---	---	---	---	---

Estándar 17. Código: (AsREG2)

Se tiene estandarizada la información a entregar en el momento de ingreso al servicio del usuario y su familia.	3	3	2	3
---	---	---	---	---

Estándar 18. Código: (AsEV1)

La organización identifica, evalúa y da respuesta a las necesidades educativas de los usuarios.	2	2	2	2
---	---	---	---	---

Estándar 19. Código: (AsEV2)

La organización garantiza que está en capacidad de identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el paciente requiere técnicas especiales de aislamiento de acuerdo con su condición de salud.	2	2	2	2
--	---	---	---	---

Estándar 20. Código: (AsPL1)

Existe un proceso de planeación de la atención y cuidado para cada paciente, el cual incluye la obtención, procesamiento, análisis y reporte de resultados a los pacientes y /o a los clínicos.	2	2	2	2
---	---	---	---	---

Estándar 21. Código: (AsPL2)

La organización tiene estandarizados los puntos clave de la atención, los cuales apoyan la oportunidad y la efectividad de las intervenciones.	3	2	2	2
--	---	---	---	---

Estándar 22. Código: (AsPL3)

La organización tiene claramente definido el proceso de consecución y verificación del entendimiento del consentimiento informado, cuando aplica. Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente la información acerca de los riesgos y los beneficios de los procedimientos planeados y los riesgos de la no realización, de manera que puedan tomar decisiones informadas.	3	3	3	3
---	---	---	---	---

Estándar 23. Código: (AsPL4)

En el proceso de planeación de la atención, la organización debe tener una política de atención humanizada como elemento fundamental de respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad:	2	2	2	2
---	---	---	---	---

Estándar 24. Código: (AsPL5)

La organización tiene definida una metodología para coordinar la adecuada gestión de los procedimientos del laboratorio clínico por parte de las instituciones solicitantes.	3	2	2	2
--	---	---	---	---

Estándar 25. Código: (AsPL6)

Si el laboratorio clínico, dado su nivel de complejidad, solo realiza la toma de muestras, o requiere referir una muestra a otro laboratorio clínico, debe contar con procesos basados en buenas prácticas, que garanticen la seguridad, la conservación, la calidad, la confiabilidad y la confidencialidad de las mismas, de acuerdo con la condición clínica del usuario.	2	2	2	2
--	---	---	---	---

Estándar 26. Código: (AsPL7)

La organización garantiza que en el laboratorio clínico se asignan y conocen los responsables de los procesos y se cuenta con protocolos que definen criterios explícitos	3	3	2	3
---	---	---	---	---

Estándar 27 Código: (AsPL8)

La organización cuenta con procesos estandarizados que garantizan la prevención y el control de las infecciones durante el proceso de atención del usuario. Los procesos son basados en guías y/o protocolos	3	2	2	2
--	---	---	---	---

Estándar 28. Código: (AsPA1)

Los insumos que son utilizados en el proceso de toma y almacenamiento de la muestra, están debidamente marcados y separados, acorde con la identificación del paciente. Adicionalmente, la organización garantiza un procedimiento de información sobre proceso donde se diga cómo se realiza la marcación de elementos, incluyendo la descripción de los acrónimos. No se debe aceptar la utilización de siglas o por lo menos debe haber un procesos para su reducción	3	3	3	3
--	---	---	---	---

Estándar 29. Código: (AsPA2)

El usuario y su familia reciben la educación e información pertinente durante la ejecución del procedimiento.	3	3	3	3
---	---	---	---	---

Estándar 30. Código: (AsPA3)

La organización cuenta con un mecanismo de gestión de los insumos y necesidades para la realización de los exámenes, de acuerdo a la demanda potencial esperada. La organización garantiza el seguimiento de dicho mecanismo, identificando, analizando y planteando	3	3	3	3
--	---	---	---	---

Estándar 31. Código: (AsPA4)

Cuando se sospeche daño en las muestras, sea en el sitio donde se tomó la muestra, donde se procesa, o en procesos de transporte, se debe garantizar un mecanismo de información al paciente para su retoma. Si el paciente ya se fue del centro asistencial se debe contactar antes de las 24 horas. Esta información debe formar parte del seguimiento de los eventos adversos.	3	2	2	2
---	---	---	---	---

Estándar 32. Código: (AsPA5)

La organización tiene estandarizado un proceso específico para identificación de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar. Define y adopta criterios para su notificación a los entes y/o autoridades pertinentes y brinda consejería espiritual (atendiendo sus creencias religiosas) si aplica.	3	3	3	3
--	---	---	---	---

Estándar 33. Código: (AsREF1)

Estándar	Enfoque	Implementación	Resultados	Calificación Final
En el caso de que el profesional del laboratorio o sus directivas, necesiten referir una muestra de un paciente entre la red, a un laboratorio de diferente Complejidad, de su misma red de servicios o a otra institución diferente.	3	3	2	3

Estándar 34. Código: (AsREF2)

En caso de que sea necesario referir a los usuarios entre servicios o entre instituciones.	3	2	3	3
--	---	---	---	---

Estándar 35. Código (AsREF3)

Para remisiones a servicios específicos, según aplique se tendrán en cuenta los siguientes criterios adicionales, remisión de urgencias, información al médico u organización remitente.	3	3	3	3
--	---	---	---	---

Estándar 36. Código: (AsER1)

La organización cuenta con mecanismos estandarizados de reporte y entrega de resultados que garanticen la confiabilidad y la confidencialidad en el manejo de la información.	2	3	3	3
---	---	---	---	---

Estándar 37. Código: (AsRP1)

La organización tiene un proceso estandarizado que monitoriza sistemática y periódicamente los comentarios de los usuarios manifestados como sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones, quejas y reclamos de los usuarios y cuenta con un mecanismo para responder en forma oportuna y efectiva y retroalimentar al personal de la institución sobre el comportamiento o tendencia del proceso y la intervención implementada para su mejoramiento.	3	2	3	3
---	---	---	---	---

Estándar 38. Código: (AsPL17)

El laboratorio cuenta con un programa de control de calidad interno y externo reconocido y probado.	4	4	4	4
---	---	---	---	---

Estándar 39. Código: (AsSIR1)

Existe una definición explícita de las razones de conformación de la red y el diseño está en función de ofrecer facilidades de atención al paciente y su familia.	3	3	3	3
---	---	---	---	---

Estándar 40. Código: (AsSIR2)

Si la red de prestación cuenta con una diferenciación explícita de servicios por cada prestador, esta información debe ser clara para el usuario, así como para el proceso de asignación de citas.	3	2	3	3
--	---	---	---	---

Estándar 41. Código: (AsSIR3)

Para el caso anterior, la gerencia de la red garantiza que cuenta con procesos diseñados e implementados para determinar los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los diferentes prestadores, los cuales aseguran la coordinación y la continuidad del proceso de atención del usuario.	3	2	3	3
---	---	---	---	---

Estándar 42. Código: (AsSIR4)

La red cuenta con un proceso centralizado de monitorización de la calidad y seguridad de los procesos, incluyendo el análisis de eventos adversos. Lo anterior no excluye la participación de personal que labora en cada una de las organizaciones que hacen parte de la red. Se toman correctivos frente a las desviaciones detectadas.	2	3	2	2
---	---	---	---	---

Estándar 43. Código: (AsSIR5)

En las instituciones con sedes integradas en red, existe un proceso de direccionamiento estratégico central para la red, único, compartido entre todos, el cual incluye la descripción clara de cuál es el papel de cada uno de los prestadores de la red en la consecución de los logros comunes. Lo anterior no es óbice para que cada uno de los prestadores posea un plan estratégico de trabajo fundamentado en los objetivos y metas del direccionamiento estratégico de la red, mencionado anteriormente.	3	3	3	3
--	---	---	---	---

Estándar 44. Código: (AsSIR6)

Los sistemas de información de la red deben garantizar que se cuenta con una base de datos unificada de los registros y las atenciones de los pacientes, a la cual puede tener acceso cada uno de los diferentes prestadores en el sitio donde se presta la atención a los pacientes.	3	2	3	2
---	---	---	---	---

Estándar 45. Código: (AsSIR7)

Los registros que son usados en los procesos de atención a los pacientes deben estar estandarizados, incluidos los acrónimos a ser usados tanto en la parte asistencial como en la administrativa. Los registros deben garantizar su completitud, independientemente de donde se reciba y atiende el paciente, y debe facilitar la coordinación y continuidad de los cuidados del mismo.	3	2	3	3
--	---	---	---	---

Estándar 46. Código: (AsSIR8)

Independientemente de la información que se genere y almacene en cada uno de los prestadores de la red, la gerencia de la red recolecta, procesa y analiza información de sus prestadores a nivel central. Los análisis deben poderse desagregar desde el desempeño en conjunto de la red hasta el desempeño individual de cada prestador.	2	2	2	2
--	---	---	---	---

Estándar 47. Código: (AsSIR9)

La gerencia de la red garantiza, para aquellos casos en los que el paciente es visto con un enfoque integral de atención por varios prestadores de la red, que en cada una de estas atenciones se evalúe el estado de salud del mismo y esta información quede consignada en los registros clínicos.	2	2	2	2
--	---	---	---	---

Estándar 48. Código: (AsSIR10)

La gerencia de la red garantiza que cada uno de los prestadores que la conforman recibe información detallada y oportuna acerca de servicios, directrices, políticas, etc., que son emanadas desde la gerencia.	2	2	2	2
---	---	---	---	---

Estándar 49. Código: (AsSIR11)

En las instituciones con sedes integradas en red, la gerencia de la red debe propender por la unificación de las tecnologías del servicio de laboratorio clínico y de soporte administrativo (ej. sistemas de facturación) y evitar la duplicación de información o el gasto innecesario de recursos. La gerencia de la red cuenta con mecanismos de planeación y operativización de programas que identifiquen el mejor balance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red, de acuerdo con el grado de complejidad de los prestadores.

2

2

2

2

Estándar 50. Código: (AsSIR12)

La gerencia de la red garantiza que cada uno de los prestadores que la conforman presenta condiciones de ambiente físico acordes con los desarrollos planificados, las políticas organizacionales y las exigencias de la acreditación.

2

2

2

2

Estándar 51. Código: (AsSIR13)

Existe un plan de mediano plazo para la presentación a la acreditación de todas las sedes integradas en red. En caso de presentación gradual, debe precisarse el tiempo del proceso completo e incluir en primer término la sede principal y las sedes en las que se atiende el mayor número de usuarios.

2

2

2

2

Estándar 52. Código: (AsMCC1)

La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares,

2

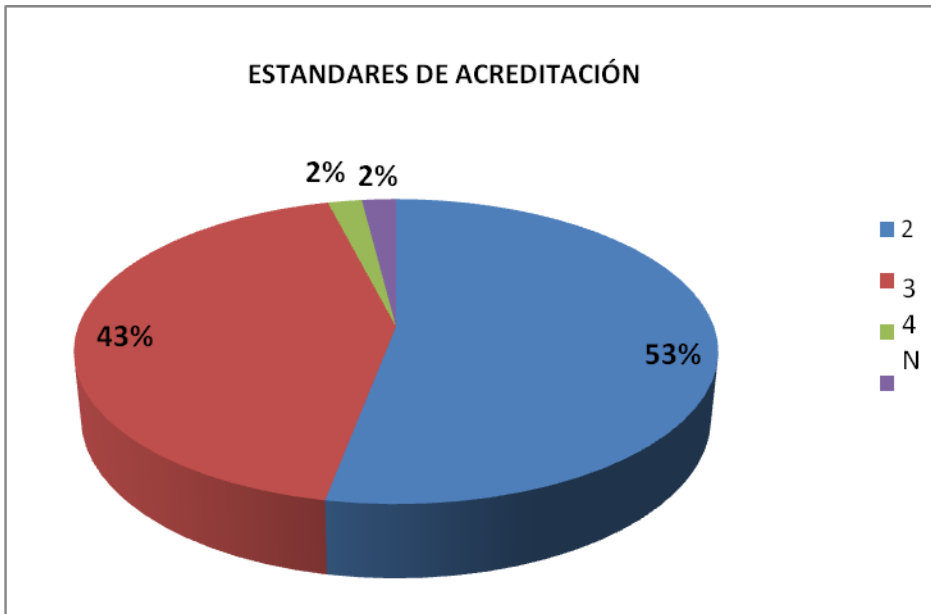
2

2

2

➤ A continuación se presentan los resultados de la calificación obtenidos en la autoevaluación, para los estándares asistenciales en los laboratorios clínicos descritos en la siguiente grafica:

Grafica. 2



De los 51 Estándares de acreditación del Proceso de Atención al Cliente Asistencial para Laboratorios Clínicos, se evidencia que 27 estándares que equivalen al 53% se encuentran calificados por debajo de 3, incumpliendo con la puntuación requerida para acreditación, 22 de los estándares equivalen al 43%, los cuales se encuentran en una calificación de 3, se encuentra 1 estándar con una puntuación de 4 y 1 estándar que no aplica para el laboratorio clínico evaluado.

7.2 Plan de mejoramiento propuesto y/o estrategias gerenciales

- Realizar socializaciones y capacitaciones trimestrales encaminadas a seguridad del paciente, registro e ingreso, evaluación de necesidades al ingreso entre otros dirigidas al recurso humano a través del grupo líder de humanización.
- **Seguridad del paciente**
 - Estándar 6, evaluación de necesidades al ingreso
 - Estándar 18, sedes integradas en red
 - Estándar 47, estándar de mejoramiento
 - Estándar 52 Establecer como política la disminución de contaminación visual y auditiva.
- Garantizar la supervisión por parte de los jefes inmediatos el cumplimiento de la importancia en la prevención de enfermedades asociadas a la atención de salud. en el estándar 19 todos los criterios.
- **Evaluación de necesidades al ingreso** en el Estándar 18.
 - Realizar seguimiento a pacientes que solicitan salida voluntaria y no haya recibido la información del resultado de exámenes evaluados.
- **Planeación de la atención**
 - Estándar 23. Contratar recurso humano que garantice la divulgación de la información al 100% de los pacientes
 - Estándar 21, 23. Establecer plan de contingencia para los momentos de mayor auge que garanticen la atención oportuna estandarizando los espacios de contingencia.
 - Estándar 21, 23. Estandarizar la vinculación de los terceros contratados en las actividades realizadas.
 - Estándar 23, específicamente en el criterio 22. Generar con recursos humanos un compromiso de asistencia a las capacitaciones.
 - Estándar 23, específicamente en el criterio 23. Estandarizar la evaluación y mediación del impacto en los planes de mejora.

- Realizar socialización trimestral del protocolo y evaluación de entendimiento al recurso humano. Evaluado en el estándar 23.
- Capacitación permanente al personal asistencial en la conciencia de la divulgación hacia el paciente. Evaluado en el estándar 23.
- Establecer en el protocolo la aplicación al 100% de los pacientes informados el instrumento de evaluación con el fin de analizar su comprensión. Evaluado en el estándar 23.
- Estándar 24. Contratar recurso humano que garantice la atención psicosocial de los pacientes y/o familia en su totalidad.
- Fortalecer capacitaciones al personal de Línea de frente, en la importancia de verificación de datos de los pacientes, en el Estándar 26.
- Implementar un sistema de registro de control de competencias del personal del laboratorio, verificando certificaciones, como se evalúa en el Estándar 26.
- Estandarizar en el personal de mensajería medición del impacto en los planes de mejora al control de tiempos y realizar seguimiento al cumplimiento de los tiempos. En el estándar 26
- Se propone estandarizar criterios de rechazos de muestras e investigación de las causas de daño en los diferentes servicios evaluado en el estándar 26 criterio 8
- Establecer un Programa de Seguridad del paciente para garantizar la comunicación en casos de muestras inadecuadas. Como se evaluó en el estándar 26 criterio 9.
- Fortalecer capacitaciones al personal médico, en un sistema de asesoría para el correcto diligenciamiento de la solicitud de órdenes en el Estándar 27.
- Fortalecer capacitaciones al personal médico, adherencia a las guías existentes en el estándar en 27 criterio 1.
- Capacitaciones constantes al personal de servicios generales en la importancia del registro y cumplimientos del proceso de limpieza y desinfección evaluado en el estándar 27 criterio 3.

- Se propone realizar cultivos de superficie periódicos y no solo ante la presencia de un brote. SEGURIDAD DEL PACIENTE En el estándar 27 criterio 4
- Capacitaciones constantes por parte del personal de Epidemiología hacia el personal asistencial en la importancia de la vigilancia epidemiológica. SEGURIDAD DEL PACIENTE en el estándar 27 criterio 5.
- Establecer un proceso de Auditoria para el control de ingreso de los pacientes. Paciente correcto, muestra correcta, numeración correcta, PROCESO DE ATENCION en el estándar 28.
- Establecer capacitaciones a través del equipo líder de humanización para el personal asistencial en la comunicación asertiva, PROCESO DE ATENCION en el Estándar 29.
- Fortalecer el proceso de inducción, realizando capacitaciones periódicas. en general en la mayoría de los estándares evaluados con debilidades.
- Realizar seguimiento de la divulgación a los pacientes de las guías de manera documentada. . Evaluado en el estándar 33.
- Documentar la información de los indicadores establecidos con su plan de acción por parte de la líder del proyecto, en el estándar 43 criterio 5.
- Tomar conciencia en la toma de decisiones por parte de la Gerencia para una atención segura y con calidad por el resultado de la evaluación en los estándares 27, 43, 49,51, 52.
- **ESTANDAR DE MEJORAMIENTO**
- Estándar 52. Establecer el canal de ruptura de adherencia a las guías realizando seguimiento del por qué y responsable del mismo actuando de manera inmediata en la adherencia a las guías

8. Conclusiones

- Se evidencia en el Laboratorio clínico de la IPS "A", falencias en 27 estándares enmarcados en la información, comunicación, falta de adherencia a las guías, recurso humano entre otro.
- De igual manera se evidencia que un porcentaje significativo de los estándares calificados se encuentran en 3 los cuales permiten aportar a la acreditación, sin embargo se evidencia la necesidad de abordar dichos estándares ya que estas falencias son alerta para el laboratorio.
- Invertir recurso económico en la contratación de personal que permita abarcar los diferentes focos de atención, garantizando la información, orientación, atención entre otros con calidad y oportunidad.
- Establecer y emplear una política de seguridad del paciente basada en la normatividad vigente, con el fin de mitigar eventos adversos, acciones inseguras y/o situaciones que pongan en riesgo al paciente y/o personal asistencial.
- Generar con el área de recursos humanos ciclos de capacitaciones motivacionales enfocadas e desarrollar cultura del reporte, adherencia a guías de manejo, atención humanizada al paciente y su familia y actualización de las normas entre otras.
- Definir con el área de recursos humanos la aplicación rigurosa del código del trabajador al personal asistencial con el fin de evitar la incurrancia en faltas que afecten la atención oportuna y de calidad al paciente.
- Evaluar con el área de convenios los contratos establecidos con las aseguradoras, con el fin de establecer prioridades basadas en la oferta, la demanda y capacidad instalada, de tal manera que permita definir los contratos que generen ganancia para la institución pero que permita garantizar la oportunidad en los pacientes y genere usuarios satisfechos.
- Fortalecer el proceso de selección de personal, teniendo como eje fundamental profesionales enfocados en la atención humanizada, partiendo de garantizarle al empleado una compensación salarial acorde al mercado laboral.

- Vincular al personal en programas de liderazgo que motiven el desarrollo de acciones encaminadas a la actualización del quehacer profesional, personal y emocional con el fin de mantener profesionales íntegros y satisfechos con su rol que desempeña en la institución.
- Establecer auditoria concurrente trimestral de forma interna y de manera externa anual, con el propósito de obtener a través de este ejercicio oportunidades de mejora, atacando las debilidades evidenciadas y fortaleciendo los puntos necesarios.



GLOSARIO

Proceso: es el conjunto de etapas sucesivas de una operación (administrativa, asistencial, etc.) que genera un resultado que agrega valor globalmente.

Trazabilidad: es el conjunto de acciones y procedimientos que permiten identificar y registrar cada una de las evaluaciones desde el inicio hasta el final.

Acreditación: es un proceso de evaluación periódica, basado en la comparación de desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.

Gestión de la Calidad: es el componente de la gestión institucional que determina y aplica la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión la calidad y se llevan a cabo mediante la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.

Mejoramiento Continuo de la Calidad: es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda la organización, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia.

Planificación de la Calidad: es la acción que permite definir las políticas generales y objetivos de calidad, a partir de los cuales se articularán los esfuerzos posteriores de compromiso y participación en el proceso de desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

Sistema de Gestión de la Calidad en Salud: es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud del Sector y a sus dependencias públicas y privadas del nivel nacional, regional y local, en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión.

Autoevaluación: Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud, cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, quienes hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categorías I-1 hasta el III-2 y Servicios Médicos de Apoyo y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento

Enfoque: Se refiere a las directrices, métodos y procesos que la institución utiliza para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada tema o variable que se va a evaluar.

Implementación: Se refiere a la aplicación del enfoque, a su alcance y extensión dentro de la institución.

Resultados: Se refiere a los logros y efectos de la aplicación de los enfoques.

Sistematicidad: Grado en que el enfoque es definido y aplicado de manera organizada.

Amplitud: Grado en que el enfoque está presente y orienta las diferentes áreas de la organización o distintos puntos del estándar.

Proactividad: Grado en que el enfoque es preventivo y se adelanta a la ocurrencia del problema de calidad.

Ciclo de evaluación y mejoramiento: Forma en que se evalúa y mejora el enfoque y su asimilación.

Despliegue en la institución: Grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente en las distintas áreas de la organización.

Despliegue hacia el usuario: Grado en que se ha implementado el enfoque y es percibido por los clientes internos y/o externos, según la naturaleza y propósitos del estándar.

Pertinencia: Grado en que los resultados referidos se relacionan con el área temática correspondiente al estándar evaluado y alcanzan los objetivos y metas propuestas.

Consistencia: Relación de los resultados como producto de la implementación del enfoque.

Avance de la medición: Grado en que la medición responde a una práctica sistemática de la organización en un período de tiempo que le permita su consolidación y existen indicadores definidos para la medición del área temática correspondiente al estándar evaluado, calidad y pertinencia de los mismos.

Tendencia: Desempeño de los indicadores en el tiempo. Puede ser positiva cuando los datos muestran una mejoría general a lo largo del tiempo.

Comparación: Grado en que los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y la calidad de los mismos.

Evaluador Interno: es el trabajador de salud que desarrolla la fase de autoevaluación del proceso de acreditación. Tiene competencias para desarrollar

su labor únicamente en su propia institución u organización de similar nivel y categoría.

Evaluador Externo: es la persona que desarrolla la fase de evaluación externa del proceso de acreditación. Tiene competencias para llevarla a cabo en los tres niveles de atención.

Macroproceso: es un proceso de mayor complejidad en una organización el cual a su vez, agrupa a varios procesos. Por ejemplo el macroproceso Gestión de Medicamentos agrupa entre otros procesos el de abastecimiento, almacenamiento, uso racional, vigilancia y control, etc.

Direccionamiento: es el trabajo que se ha de realizar por parte de la organización frente a su proceso de planeación estratégica y el papel de los órganos de gobernabilidad de la organización.

Gerencia: es el trabajo de las unidades funcionales y organismos de gobernabilidad interna de la institución frente a las diferentes áreas y funciones clave que debe desarrollar permanentemente la institución.

Recursos humanos: se enfoca en la gestión del recurso humano desde su planeación hasta su proceso de mejoramiento continuo.

Sistema de información: se enfoca en la integración de todas las áreas asistenciales y administrativas frente a la información y su uso para las decisiones en cualquier nivel de la organización.

Ambiente físico: incluye las decisiones y procesos que deben ser tenidos en cuenta en la organización para que la funcionalidad de la estructura colabore con el adecuado funcionamiento de los procesos asistenciales.

Laboratorio clínico: Es el establecimiento público o privado en el cual se realizan los procedimientos de análisis de especímenes biológicos de origen humano, como apoyo a las actividades de diagnóstico, prevención, tratamiento, seguimiento, control y vigilancia de las enfermedades, de acuerdo con los principios básicos de calidad, oportunidad y racionalidad lógico científica.

Laboratorio de salud pública: Es el establecimiento público encargado de realizar actividades de diagnóstico, referencia, contrarreferencia, control de calidad, capacitación e investigación en apoyo a la vigilancia epidemiológica, prevención, control y seguimiento de enfermedades que se adelanta en la atención a las personas y al medio ambiente, mediante esfuerzos integrados de los laboratorios tanto públicos como privados para contribuir a la solución de los problemas de salud pública de su área de influencia.

Red de laboratorios: Es un sistema técnico administrativo que permite integrar y coordinar actividades técnicas y procedimientos diagnósticos de laboratorio, para el desarrollo de programas del sector salud, considerando los factores determinantes de riesgo y los mecanismos necesarios para la prevención, control y vigilancia epidemiológica de las enfermedades de mayor frecuencia en la población.

El enfoque de red en general supone una serie de interrelaciones de un conjunto de elementos jerarquizados con diferente capacidad resolutive, apoyada en normas operacionales, en sistemas de información, comunicación, transporte, insumos y en recursos logísticos de tal forma que en su conjunto proporcionen la respuesta adecuada a las necesidades de salud de la población.

Laboratorio dependiente: Es aquél que desde el punto de vista institucional, patrimonial, administrativo, laboral, técnico, científico, presupuestal y financiero, constituye una unidad integral con la institución a la cual pertenece.

Laboratorio independiente: Es aquél que ostenta patrimonio propio e independiente, autonomía administrativa, presupuestal y financiera y cuenta con una dirección y orientación autónoma, prestando sus servicios al público en general o a la institución que lo solicite.

Servicio de toma de muestras: Es aquél que cuenta con los recursos técnicos y humanos apropiados destinados exclusivamente a la toma de muestras y /o productos biológicos que serán remitidos a los laboratorios clínicos de diferentes grados de complejidad, de los cuales dependan legal, técnica, científica y administrativamente, haciendo parte de la estructura del laboratorio. Estos servicios se establecerán con el fin de aumentar la accesibilidad y oportunidad en el servicio a los usuarios que requieran exámenes clínicos, cumpliendo de manera profesional y ética con las normas y procedimientos que para este propósito de remisión de muestras y/o pacientes se estipulen en el Manual de Normas Técnicas, Científicas y Administrativas adoptado por el Ministerio de Salud.

Referencia y contrarreferencia: Es el sistema técnico administrativo del sector salud que permite a los laboratorios clínicos públicos o privados en sus diferentes grados de complejidad, el envío de muestras biológicas de origen humano, pacientes y/o elementos de ayuda diagnóstica a otros laboratorios que se encarguen de atender y procesar la solicitud de envío, para que de acuerdo a su capacidad resolutive den respuesta a las necesidades de salud.

Grado de complejidad de laboratorios clínicos: Es el grado de diferenciación y desarrollo del laboratorio clínico. Dicha diferenciación se basa en el grado de especialización de las pruebas, exámenes y procedimientos que se realicen, al recurso humano, administrativo, y a la infraestructura física y tecnológica existente

en los servicios, con el fin de apoyar el diagnóstico y dar solución a los problemas de salud de la población usuaria en su área de influencia.

Examen de laboratorio clínico: Es aquella prueba realizada en un laboratorio clínico, que requiere de recurso humano y tecnológico idóneo para su procesamiento.

Examen urgente de laboratorio clínico: Es el examen de laboratorio clínico que por concepto clínico-científico, dada la gravedad o pronóstico del cuadro clínico del paciente, debe ser realizado preferencialmente, para que su resultado permita adoptar las conductas terapéuticas y/o quirúrgicas.

Exámenes ordinarios o regulares de laboratorio clínico: Son aquellos que por su naturaleza y manejo clínico del paciente, no implican urgencia, ni prioridad.

Bioseguridad en el laboratorio clínico: Es el conjunto de normas y procedimientos que garantizan el control de factores de riesgo físico, químico, biológico y ergonómico que pudieran afectar al personal mismo vinculado al laboratorio clínico o a los miembros de la comunidad.

9. Bibliografía

1. Ministerio de la Protección Social. "Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente"[2]
2. Ministerio de la Protección Social. Guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud" [3]
3. Ministerio de la Protección Social, Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, Bogotá, 2008[4]
4. Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo
5. Restrepo, FR. Seguridad del paciente y seguimiento a riesgos en el sistema único de habilitación en el contexto del Sistema Obligatorio de Garantía de la Atención en Salud. <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/Library/documents/DocNewsNo15750DocumentNo3401.pdf>
<http://www.banrep.gov.co/regimen/resoluciones/cp91.pdf>
6. Comité de Expertos en Gestión de Seguridad y Calidad de Atención Sanitaria, Grupo de Expertos en Prácticas de Medicación Segura
7. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG,
8. <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo14.pdf>
9. Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad <http://www.binasss.sa.cr/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf>.
10. Colombia. Congreso. Constitución Política de Colombia de 1991 Bogotá: El Congreso; 1991.
11. Colombia. Congreso. Ley 100 de 1993, diciembre 31, Bogotá: El Congreso; 1993.
12. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Ley 1122 de enero de 2006,
13. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006, Abril 3.
14. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1445 de 2006, mayo 8, Bogotá: El Ministerio; 2006.

15. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución número 1446 de 2006, Mayo 8, Bogotá: El Ministerio; 2006. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1448 De 2006, mayo 8
16. Resoluciones 1043 y 1448 de 2006 y la Resolución 2680 de 2007 y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Ministerio; 2007.
17. Colombia. Superintendencia Nacional De Salud. Circular 030 de 2006 Mayo 19, Bogotá; 2006.
18. Colombia. Superintendencia Nacional De Salud. Circular 047 Del 30 Noviembre de 2007, Bogotá; 2007.
19. Colombia. Ministerio de la Protección Social. El Estudio IBEAS y la Política de Seguridad del Paciente en Colombia.
20. GUIA PARA AUTOEVALUACION DE ACREDITACION 2013 CLINICA EL BOSQUE
AJUSTES MANUAL DE ACREDITACIÓN LABORATORIOS CLÍNICOS
21. ¹ AJUSTES MANUAL DE ACREDITACIÓN LABORATORIOS CLÍNICOS
22. ¹<https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCkQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.minsalud.gov.co%2FDocumentos%2520y%2520Publicaciones%2FManual%2520de%2520Est%25C3%25A1ndares%2520de%2520Acreditaci%25C3%25B3n%2520para%2520los%2520Laboratorios%2520Cl%25C3%25ADnicos.pdf&ei=b6dlUsOuO4e88ASh7YAw&usg=AFQjCNGMhiYUQZvBLArwoCFeE9mK0pM9wQ>
23. ¹ AJUSTES MANUAL DE ACREDITACIÓN LABORATORIOS CLÍNICOS
24. Decreto 1011 del 3 de Abril de 2006 se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que define las normas, requisitos, mecanismos y procesos desarrollados en el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.
25. Resolución 1043 de 2006
26. Resolución 2680 de 2007 Glosario Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario

27. Resolución 3763 de 2007
28. Resolución 1445 de mayo de 2006, el cual define los contenidos de acreditación.
29. Resolución 1446 de 2006 “Establece el sistema de información en salud”.
30. Guía del Ministerio de la protección Social, Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, Auditoria para el mejoramiento de la Atención en Salud 2008.
31. Guía Básica para la acreditación en salud. ICONTEC. 2008.
32. Resolución 2181 de 2008, por la cual se expide la Guía Aplicativa del Sistema
33. Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud para las IPS de carácter Público.
34. Decreto 77 de 1997 (enero 13) Diario Oficial No. 42.965, del 23 de enero de 1997