EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN EN EL LABORATORIO CLÍNICO Y PROPUESTA DE MEJORAMIENTO

MARLA MILENA ALEAN MATIAS
GLORIA RIOS MANCO
LUPERLY LORDUY GARCIA

UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
SALUD PÚBLICA
APARTADO
2011

EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN EN EL LABORATORIO CLÍNICO Y PROPUESTA DE MEJORAMIENTO

MARLA MILENA ALEAN MATIAS
GLORIA RIOS MANCO
LUPERLY LORDUY GARCIA

Trabajo de grado para optar al título de Auditor en Salud

ASESOR
Dr. FERNANDO ACOSTA
Médico Especialista en Auditoria en salud
Magister en administración en salud

UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
SALUD PÚBLICA
APARTADO
2011

Nota de aceptación

_____

_____

_____

_____

Firma del presidente del Jurado

_____

Firma del jurado

_____

Firma del jurado

Apartadó, 16 de Diciembre de 2011

TABLA DE CONTENIDO

		Pág.
Resumen		**7**
Abstract		**8**
1.	**Formulación del problema**	**9**
1.1	Planteamiento del problema	**9**
1.2	Justificación del estudio	**11**
1.3	Pregunta de investigación	**12**
2.	**Marco contextual**	**13**
3.	**Marco teórico**	**19**
4.	**Referente normativo.**	**25**
5.	**Objetivos**	**26**
5.1	Objetivo general	**26**
5.2	Objetivos específicos	**26**
6.	**Metodología**	**27**
6.1	Enfoque metodológico	**27**
6.2	Tipo de estudio	**29**
6.3	Población	**29**
6.4	Descripción de variables	**30**
6.5	Información	**33**
6.6	Plan de análisis	**33**
6.7	Plan de divulgación de los resultados	**33**
7.	**Aspectos éticos**	**34**
8.	**Resultados**	**35**
9.	**Discusión**	**39**
10.	**Conclusión**	**41**
Bibliografía		**42**
Anexos		**43**

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Grado de cumplimiento	**27**
Cuadro 2. Priorización de los criterios	**28**
Cuadro 3. Descripción de variables	**30**
Cuadro 4. Resultado del estándar de recurso humano	**35**
Cuadro 5. Resultado del estándar de infraestructura física	**35**
Cuadro 6. Resultado de dotación y mantenimiento	**36**
Cuadro 7. Resultado de medicamentos y dispositivos médicos	**36**
Cuadro 8. Resultado de procesos prioritarios asistenciales	**36**
Cuadro 9. Resultado de historias clínicas y registros clínicos	**37**
Cuadro 10. Resultado de referencia y contrareferencia	**37**
Cuadro 11. Resultado de seguimiento al riesgo	**38**
Cuadro 12. Resumen de la evaluación para el cumplimiento de los estándares de habilitación en el servicio de laboratorio clínico H.O.E.V.C.	**39**

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Evaluación Laboratorio clínico H.O.E.V.C.

Anexo B. Plan de acción Laboratorio clínico H.O.E.V.C.

Anexo C. Fotografías

RESUMEN

El proceso de Habilitación, establecido en el decreto 1011 del 2006 por el Ministerio de Protección Social, tiene su origen en la Constitución Política Nacional que determina la responsabilidad del Estado en la organización, dirección y reglamentación de los servicios públicos de salud así como el de la vigilancia y el control en la prestación de los servicios de salud. En el año 2006 mediante el decreto 1011 se definió el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, quien establece 4 componentes, todos orientados a satisfacer con calidad los requerimientos de los clientes. El Sistema Único de Habilitación, es el primer componente de los cuatro definidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, siendo este de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios. A pesar de la vigencia de la normatividad, el Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz E.S.E. de San Pedro de Uraba, institución de primer nivel de complejidad, aunque se encuentra habilitada según la resolución 1043 del 2006 desde entonces no se ha hecho autoevaluación con los criterios de calidad para el servicio de laboratorio clínico modificados por las resoluciones 2680 y 3763 del 2007. Por este motivo la institución está en riesgo de sanciones e incluso al cierre por el incumplimiento a lo reglamentado, por ello, este estudio se desarrolla como aporte a la institución, dando cumplimiento a los estándares de habilitación dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad del servicio de laboratorio clínico.

Objetivo: Evaluar el cumplimiento de las condiciones para el sistema único de habilitación en el servicio de laboratorio clínico del HOEVC (Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz) y elaborar propuesta de mejoramiento.

Método: El enfoque utilizado para el desarrollo de la investigación fue observacional porque parte de la observación de hechos reales en los diferentes procesos.

Resultados: Los estándares que tuvieron poco cumplimiento en sus criterios fueron recurso humano, procesos prioritarios y seguimiento al riesgo, y los estándares de con mayor cumplimiento de sus criterios son infraestructura, dotación y mantenimiento, y referencia y contrareferencia.

Palabras Claves: Sistema único de habilitación, evaluación, laboratorio clínico, calidad, mejoramiento.

ABSTRACT

Context: In 2006 by Decree 1011 defined the mandatory system of Quality Assurance in Health Care SOGC, Enabling the Single System is the first component of the four defined by the SOGC the Social Security System in Health and this binding. Despite the validity of the policy, the Emir Oscar Vergara Cruz Hospital San Pedro de Uraba, an institution of first level of complexity, although it is authorized by resolution 1043 of 2006since then it has become self-assessment quality criteria for clinical laboratory services modified by resolutions 2680 and3763 2007. For this reason the institution is at risk of sanctions and even closure for failure to regulated, therefore, this study is developed as a contribution to the institution, in compliance with standards enabling the clinical laboratory service.

Objective: To assess compliance with the conditions for enabling single system in the clinical laboratory service Emiro Oscar Vergara Cruz Hospital and develop proposals for improvement.

Method: The approach to the development of the research was observational because part of the observation of real events in different processes.

Results: The performance standards that had little in their criteria were human resources, processes and monitoring the risk priority and those with greater compliance with its criteria are infrastructure, staffing and maintenance, and reference and counter.

Keywords: Enabling Unique, assessment, clinical laboratory, quality improvement.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El proceso de Habilitación, establecido en el decreto 1011 del 2006 por el Ministerio de Protección Social, tiene su origen en la Constitución Política Nacional que determina la responsabilidad del Estado en la organización, dirección y reglamentación de los servicios públicos de salud así como el de la vigilancia y el control en la prestación de los servicios de salud, lo que quiere decir que es un tema bastante antiguo en nuestro país ya que se viene hablando desde 1979 con la ley 9 ó código sanitario Nacional, donde se estableció las condiciones mínimas sanitarias que debían cumplir las edificaciones donde se prestaran servicios de salud, y determinó que los mismos deberían licenciarse ante los entes territoriales (1).

Sin embargo no fue sino hasta el año 2006 mediante el decreto 1011 donde se definió el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, quien establece 4 componentes, todos orientados a satisfacer con calidad los requerimientos de los clientes. El Sistema Único de Habilitación, es el primer componente de los cuatro definidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, siendo este de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, teniendo como objetivo fundamental dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios (1). Finalmente la Resolución 1043 de 2006 establece los requisitos que deben cumplirse para cada uno de los servicios de acuerdo con cada uno de los estándares definidos. En este esfuerzo las entidades hospitalarias del país han venido organizando sus operaciones con el fin de iniciar con la estructura como primer paso, que es la habilitación, para lo cual es requerido cumplir con una serie de estándares básicos (2).

A pesar de la vigencia de la normatividad, el Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz E.S.E. de San Pedro de Uraba, institución de primer nivel de complejidad, aunque se encuentra habilitada según la resolución 1043 del 2006 desde entonces no se ha hecho autoevaluación con los criterios de calidad para el servicio de laboratorio clínico modificados por las resoluciones 2680 y 3763 del 2007. Por este motivo el Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz está en riesgo de sanciones e incluso al cierre por el incumplimiento a lo reglamentado.

El Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz E.S.E. de San Pedro de Uraba cuenta con procesos en estado de desactualización y no basados en la evidencia científica, además no cuentan con las hojas de vida del personal contratado a través de cooperativa dentro de la institución, impidiendo el acceso a estas cuando se requieran.

Por todo esto y por muchas más razones es importante ofrecer la oportunidad de realizar la evaluación de los estándares del Sistema Único de Habilitación vigentes en el servicio de laboratorio y diseñar propuesta de mejoramiento que les permita su cumplimiento, indispensable para la permanencia en el sistema.

1.2 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz E.S.E. de San Pedro de Urabá, para brindar una atención con calidad haciendo énfasis en la protección y la seguridad de la salud de sus usuarios no solo deben encontrarse habilitado todos los servicios, sino tener la seguridad de que se cumple con los estándares del Ministerio de la Protección Social que reglamenta las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud.

Como es sabido, un laboratorio clínico es el lugar en el que se realizan análisis clínicos que contribuyen al estudio, prevención, diagnostico y tratamiento de los problemas de salud de los usuarios, por lo tanto es una herramienta primordial para la atención en salud, ya que los procesos que allí se involucran son de suma importancia para el diagnostico de patologías de los usuarios que utilizan el servicio, por lo anterior la calidad debe ser la directriz en cada procedimiento y función del personal que labora en esta área, pues la responsabilidad en los resultados se verá reflejado en el tratamiento de los pacientes, por lo cual se ve obligado a cumplir con las normas establecidas por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (3-4).

Con la aplicación de la evaluación del cumplimiento de las condiciones del Sistema Único de Habilitación en el servicio de Laboratorio Clínico del Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz se identificaran posibles fallas en el cumplimiento de las condiciones de habilitación y se podrán establecer acciones de mejoramiento que garanticen el cumplimiento de las condiciones mínimas y por tanto se cumpla con lo establecido en el Sistema Único de Habilitación y la seguridad del usuario, por ello, este estudio se desarrolla como aporte a la institución, dando cumplimiento a los estándares de habilitación dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad del servicio de laboratorio clínico.

Pocos estudios se conocen en nuestro país ligados al sistema único de habilitación sobretodo los relacionados al servicio de laboratorio clínico (5). El tema es de gran interés para nuestra especialidad, ya que si no se realizan estudios que analicen esta problemática puede afectar la vida de los pacientes que consultan al servicio de laboratorio clínico.

En el ejercicio de la auditoria en salud vemos como pilar fundamental la ejecución del presente estudio, el cual nos permite poner en práctica uno de los perfiles en los que se puede desenvolver un auditor en salud, además de medir nuestros conocimientos obtenidos a largo de la especialización.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿El servicio de laboratorio clínico de la ESE Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz cumple con las condiciones del sistema único de habilitación?

2. MARCO CONTEXTUAL

Reseña Histórica de la E.S.E

El Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz, tiene este nombre es en honor al señor que dono el terreno, Emiro Vergara Sánchez, aprobado esto según acuerdo municipal No 051 de 1987; la obra se construyó por el aporte que hizo el gobierno departamental atreves DSSA y este fue de 1250000.000 dicha obra se inició siendo alcalde del municipio Saúl Caballero Pupo, Director del Hospital Carlos Daniel Yaruro y Administrador Carlos Alberto Nieto.

La construcción de esta obra duro cinco años, abarcando un área de 1.928 metros cuadrados; ubicado al norte de la cabecera municipal sobre la carretera al corregimiento de santa catalina.

Naturaleza Jurídica de la E.S.E.

La Empresa Social del Estado, Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz del municipio de San Pedro de Urabá, es una entidad con categoría especial de entidad pública descentralizada del orden municipal, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III, artículos 194, 195 y 197 de la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios y adscrita a la Gerencia del Sistema Local de Seguridad Social en Salud del Municipio de San Pedro de Urabá. (Acuerdo No 27 del 6 de junio de 1994, Consejo Municipal).

El Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz, del municipio de San Pedro de Urabá, fue creado mediante acuerdo No 044, proferido por el Honorable Consejo Municipal, el día 13 de mayo de 1984 y transformado en la Empresa Social del Estado, por Acuerdo No 27 del 6 de junio de 1994.

Objeto:

Prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio público y como parte integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud. En consecuencia, en desarrollo de este objeto, adelantará acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud.

Principios Básicos:

Para cumplir con su objeto, la Empresa asumirá como principios básicos la calidad, la eficiencia, la equidad y el compromiso social. La calidad, relacionada con la atención efectiva, oportuna, personalizada, humanizada y continua, de acuerdo con patrones fijos aceptados sobre procedimientos científico-técnicos y administrativos, y mediante la utilización de tecnologías apropiadas, de acuerdo con las especificaciones de cada servicio y las normas vigentes sobre la materia. La eficiencia, definida como la mejor utilización de los recursos humanos, tecnológicos, materiales, y financieros con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población usuaria. La equidad, entendida como la atención a los usuarios en la medida en que lo determinen sus necesidades particulares de salud, las disposiciones que rigen la seguridad social en salud y los recursos institucionales, sin que medien otros criterios que condicionen la atención o discriminen la población. Y el compromiso social, entendido como la firme disposición de la Empresa de contribuir al desarrollo integral de la población, poniendo todo lo que esté a su alcance para responder a las necesidades sociales afines con su razón de ser. (Dec. 1876/94, Art. 3)

Misión

ñLa ESE Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz es una entidad prestadora de servicios de salud del primer nivel de atención, poseedora de infraestructura física y tecnológica adecuada y dotada del talento humano competente para una atención con calidad trabajando en equipo, comprometidos con el mejoramiento continuo y sostenible de la Institución y de la regiónò

Visión

ñEn el año 2015, seremos la institución modelo en la región de Urabá en la prestación de servicios de salud acreditados y certificados, promoviendo en la población de San Pedro de Urabá un alto nivel de salud, con entrega firme y sentido de pertenencia del recurso humanoò

Código de Ética:
Principios
Nuestra vocación de **SERVICIO** reflejada en la disponibilidad y generosidad de nuestros conocimientos y experiencias para lograr la satisfacción de nuestros usuarios y en el sentido de pertenencia.

El **COMPROMISO** con el mejoramiento del bienestar general a través de una gestión eficiente que contribuya a una mejor calidad de vida y al desarrollo

socioeconómico de la comunidad

Valores:

RESPETO: Actuar procurando el respeto a la intimidad y derechos de cada persona, reconociendo en cada uno su esencia; respetando la diferencia para actuar a favor de los demás y manifestado en el buen trato y amabilidad.

RESPONSABILIDAD: Constituye la conciencia para reconocer y hacerse cargo de las consecuencias de nuestras propias acciones, lo que conlleva a cumplir nuestras obligaciones con diligencia y prudencia tomando las previsiones para garantizar que los procesos tengan éxito.

HONESTIDAD: Es el valor esencial que facilita y acrecienta las relaciones interpersonales con los pacientes y usuarios. Es la actitud para actuar con honradez y decencia, comportarnos de manera transparente y sin egoísmo con los semejantes generando confianza y tranquilidad.

HUMILDAD: Implica sencillez esencial para servir, reconociendo las propias limitaciones y capacidades para obrar bien y no esperar recompensa personal ya que la satisfacción radica en poder servir a los demás, en ayudar a mitigar el dolor ajeno y hacer más soportable la enfermedad en quien la padece.

PERSEVERANCIA: Constancia en la acción para emprender el trabajo planeado y para alcanzar los objetivos propuestos con iniciativa y esfuerzo avanzando hacia el desarrollo personal e institucional.

EQUIDAD: Es actuar con Justicia para tener en cuenta las circunstancias de cada quien y para que las personas puedan recibir lo que les corresponde sin discriminaciones, de acuerdo con el cumplimiento de sus deberes y con sujeción a sus derechos, nos conduce a un clima laboral de armonía y convivencia pacifica

POLITICA DE CALIDAD

La Gerencia, los Jefes de Área y demás servidores de la ESE Hospital declaramos la siguiente Política de Calidad, como expresión de nuestro compromiso para implementar, mantener y mejorar el Sistema de Gestión de la Calidad:

ñLa ESE Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz Oscar Emiro Vergara Cruz entidad prestadora de servicios de salud del primer nivel de atención en promoción,

prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y en función del cumplimiento de su misión institucional se compromete a establecer un Sistema de Gestión de la Calidad con la participación de un recurso humano competente, que asegure el cumplimiento de los requisitos, la satisfacción de nuestros usuarios y el mejoramiento continuo del desempeño de la organizaciónò

Esta política, se ha formulado con la participación del personal de todas las áreas y mantiene un permanente proceso de divulgación de ésta política, para lo cual utiliza mecanismos como reuniones de socialización, boletines y cartelera y su inclusión en la información presentada durante la inducción de nuevos empleados, de acuerdo con lo establecido en el Instructivo de Comunicaciones dentro del Sistema de Gestión de la Calidad IDE-01 V01.

Así mismo, la Empresa garantiza el entendimiento de esta política a través de encuestas y su inclusión dentro de los ítems de las evaluaciones de desempeño del personal.

Esta política de calidad se debe revisar cada vez que el Comité de Calidad o la Gerencia lo consideren recomendable en función de la integralidad del Sistema de Gestión de la Calidad o de manera formal cada año durante la Revisión del Sistema.

PLANIFICACIÓN

Objetivos de calidad

La ESE Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz. Plantea los siguientes objetivos de calidad:

1) Garantizar el cumplimiento de los requisitos de los clientes mejorando la calidad de la atención, la oportunidad y la eficacia de los servicios. Responsable: Gerente ESE.

2) Fortalecer los mecanismos de atención e información al usuario como herramienta de retroalimentación y empoderamiento de los usuarios. Responsable: Subdirector Científico.

3) Implementar políticas para la gestión en el recurso humano que asegure la idoneidad del personal y su compromiso con la calidad de la atención. Responsable: Director Administrativo.

Igualmente se ha establecido un Plan de Acción para el Cumplimiento de los Objetivos de Calidad, que se presenta en el Anexo 4 el cual define las estrategias y actividades que permitirán cumplir con estos propósitos, así como las metas e indicadores.

Los Objetivos de Calidad y su cumplimiento se deben revisar cada vez que el Comité de Calidad o la Gerencia lo consideren recomendable en función de la integralidad del Sistema de Gestión de la Calidad o de manera formal cada año durante la Revisión del Sistema.

Portafolio de Servicio

Consulta externa:

- Consulta médica.
- Consulta odontológica.
- Consulta de ginecobstetricia.

Servicio de Urgencia:

- Urgencias médicas.
- Urgencias odontologías.

Servicio de Hospitalización.

Ayudas Diagnostica y terapéuticas.

- Imágenes diagnostica: radiología simple, ecografía, electrocardiograma.
- Laboratorio clínico.
- Toma y estudio de citología.

Farmacia.

Fisioterapia.

Transporte asistencial básico.

Atención y apoyo a programas de salud pública y vigilancia epidemiológica:

- Programa de planificación familiar.

- Programa de control prenatal.
- Programa de crecimiento y desarrollo.
- Programas de control de pacientes diabéticos.
- Programa de control del paciente epiléptico.
- Programa de control del paciente hipertenso.
- Malaria.
- Vacunación.

3. MARCO TEORICO

Sistema Único de Habilitación: Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB (2).

PRINCIPIOS QUE DEBEN GUIAR EL DESARROLLO DE LOS ESTÁNDARES DE HABILITACION

Fiabilidad: La aplicación y verificación de cada estándar es explícita, clara y permite una evaluación objetiva y homogénea.

Esencialidad: Todas las condiciones de capacidad tecnológica y científica, son indispensables, suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación de servicios de salud.

Sencillez: La formulación de los estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica, así como los procesos para su verificación, son fáciles de entender, permiten la autoevaluación de los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales, y su verificación por las autoridades competentes o por cualquier persona que esté interesada en conocerlos.

ORGANIZACIÓN PARA HABILITACIÓN.

Responsabilidades en la habilitación de prestadores de servicios de salud.

Diseño, formulación y revisión de políticas y de estándares. Es responsabilidad del Ministerio de la Protección Social, de acuerdo con su competencia, considerando su función fijada por la Ley 100 de 1993, expedir las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo, que son de obligatorio cumplimiento por las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Direcciones Departamentales y Distritales de salud y demás actores cobijados

por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Entrenamiento y capacitación para la verificación. Los profesionales encargados de la verificación deberán tener entrenamiento por parte del Ministerio de la Protección Social o la Entidad Territorial correspondiente en convenio con una Institución Educativa, conforme a los perfiles de verificadores de estándares de habilitación definidos en la presente resolución.

Monitorización, del cumplimiento, verificación e impacto de los estándares y del componente en su conjunto. Según la Ley 100 de 1993, es una responsabilidad que en el nivel nacional comparten el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud. Esta ley les asigna la función de supervisión, inspección y vigilancia a las entidades integrantes del sistema, de formular y aplicar los criterios de evaluación de eficiencia en la gestión de las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Direcciones Seccionales, Distritales y Municaples de salud. De otra parte, en el nivel territorial corresponde ésta responsabilidad a las direcciones Departamentales y Distritales de salud, en su jurisdicción.

Verificación de estándares, adopción de conductas en caso de incumplimiento y Registro de entidades. Dadas las funciones de inspección, vigilancia y control en el nivel territorial, corresponde a las direcciones Departamentales y Distritales de salud, la verificación del cumplimiento de los requisitos de habilitación en las instituciones de su jurisdicción; lo anterior implica que en caso de incumplimiento, dichas direcciones impongan las sanciones correspondientes. Además, les corresponde a las mismas direcciones de salud, la recepción de la declaración de estándares de habilitación y el registro de prestadores de servicios de salud de su jurisdicción. Las Entidades Promotoras de Salud, de acuerdo con el Sistema de Garantía de Calidad, podrán verificar el cumplimiento de los estándares de habilitación a las IPS que tenga contratadas. En caso de encontrar alguna falla en el cumplimiento de los estándares, deberán avisar a la Dirección territorial correspondiente, quienes tendrán sesenta (60) días calendario para emitir su concepto y adoptar las medidas correspondientes. En caso de que no se pueda mantener la habilitación, la Entidad Territorial de Salud lo informará al contratante, quien deberá abstenerse de prestar los servicios a través de prestadores no habilitados.

Información a usuarios. Corresponde informar a los usuarios sobre el proceso y los resultados del sistema de habilitación, al Ministerio de la Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud en el nivel Nacional y a las

direcciones territoriales de salud en su jurisdicción, en atención a sus funciones de vigilancia y control fijadas por la Ley 100 de 1993.

Autoevaluación y cumplimiento de estándares. La verificación interna, la presentación de la declaración y el cumplimiento de los estándares, corresponde a los prestadores de servicios de salud.

Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud - PAMEC. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, se define como un componente de mejoramiento continuo, en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, entendida como ñel mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada, de la atención en salud que reciben los usuariosò El PAMEC es la forma a través de la cual la institución implementa este componente (6).

LOS ESTÁNDARES DE LAS CONDICIONES TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS.

Tipo, Rango y Contenido.

Tipo de Estándares. Son estándares principalmente de estructura.

Rango que Abarcan. Los estándares permitirán la autorización para el funcionamiento de cualquier tipo de prestador de servicios de salud. Abarcan la organización que preste directamente uno o más servicios de salud. Ello implica, que los estándares de habilitación no son aplicables a organizaciones que no presten al menos un servicio de salud, independientemente de que lo haga de manera propia o contratada.

Contenido de los estándares. Los estándares están dirigidos al control de los principales riesgos propios de la prestación de servicios de salud, en los cuales el riesgo potencial supere los beneficios esperados. El siguiente listado, en el marco de los riesgos contra la vida y la salud, es un referente para la definición de estándares que relaciona los riesgos identificados como prioritarios:

- Mortalidad hospitalaria, incluyendo mortalidad obstétrica, quirúrgica, perinatal y de urgencias.
- Infecciones intrahospitalarias incluyendo, infecciones quirúrgicas.
- Complicaciones quirúrgicas inmediatas.
- Complicaciones anestésicas.
- Complicaciones terapéuticas, especialmente medicamentosas y transfusionales.

Estructura.

Explicación del orden de los estándares. Los estándares, son condiciones mínimas indispensables para la prestación de servicios de salud, aplicables a cualquier organización de prestación de servicios de salud, independientemente del tipo de servicios que ofrece en las siguientes áreas temáticas:

1. Recursos humanos. Son las condiciones mínimas para el ejercicio profesional del recurso humano asistencial y la suficiencia de éste recurso para el volumen de atención.

2. Infraestructura, Instalaciones Físicas y su mantenimiento. Son áreas o características de ellas, que condicionen procesos críticos asistenciales.

3. Dotación y su mantenimiento. Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos, que condicionen procesos críticos institucionales.

4. Medicamentos, Dispositivos médicos y su gestión. Es la existencia de procesos, que garanticen el cumplimiento de las condiciones legales para el uso de los medicamentos y dispositivos médicos (nombre del producto, numero de lote o serie, fecha de vencimiento cuando sea el caso, número de registro sanitario, fabricante y/o importador con domicilio, leyendas especiales tales como estéril usar solo una vez).

5. Procesos prioritarios asistenciales. Es la existencia de procesos de atención primaria, que condicionen directamente el incremento en las principales causas de morbimortalidad del país.

6. Historia Clínica y registros clínicos. Es la existencia y cumplimiento de procesos, que garanticen la historia clínica por paciente y las condiciones técnicas de manejo.

7. Interdependencia de servicios. Es la existencia y disponibilidad de servicios necesarios para el funcionamiento de otros servicios y el adecuado flujo de pacientes entre ellos.

8. Referencia de pacientes. Es la existencia y cumplimiento de procesos de remisión interinstitucional de pacientes, que condicionen directamente incremento en la morbimortalidad.

9. Seguimiento a riesgos. Es la existencia de procesos de control y seguimiento a los principales riesgos de cada uno de los servicios que se ofrezcan.

Estructura interna de los estándares. Para mejorar la facilidad y homogeneidad en la aplicación de los estándares, tendrán la siguiente estructura:
- Estándar: Formula el estándar de obligatorio cumplimiento.
- Servicio: Especifica la aplicación del estándar en los diferentes servicios de salud.
- Criterios: Establece el detalle del estándar para su interpretación (7).

Laboratorio Clínico: Es todo establecimiento destinado al cumplimiento de actividades técnicas de ayuda diagnóstica que requieren los pacientes las 24 horas, según el nivel de resolución pueden tener las siguientes áreas especializadas: bacteriología; hematología; química sanguínea; uroanálisis, parasitología; serología y pruebas especiales. Dichos establecimientos podrán funcionar de forma independiente o bien como servicio integrado en los establecimientos proveedores de servicios de salud tales como: centros de salud, clínicas u Hospitales (8-9).

Calidad de la Atención de Salud: Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios (2).

Mejoramiento Continuo: El Mejoramiento Continuo es un proceso que describe muy bien lo que es la esencia de la calidad y refleja lo que las empresas necesitan hacer si quieren ser competitivas a lo largo del tiempo (2-10).

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud: Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios (2).

Sistema Único de Habilitación en Colombia

El proceso de Habilitación, establecido en el decreto 1011 del 2006 por el Ministerio de Protección Social, tiene su origen en la Constitución Política Nacional que determina la responsabilidad del Estado en la organización,

dirección y reglamentación de los servicios públicos de salud así como el de la vigilancia y el control en la prestación de los servicios de salud.

En 1979 la Ley 9 ó Código Sanitario Nacional, estableció las condiciones mínimas sanitarias que debían cumplir las edificaciones donde se prestaran servicios de salud, y determinó que los mismos deberían licenciarse ante los entes territoriales. Este requisito fue derogado posteriormente por el Estatuto antitrámites determinado en el Decreto 2150 de 1995.

En 1996 se define el Sistema de Garantía de Calidad con la expedición del Decreto 2174. Establece los requisitos esenciales que se deben cumplir en cada uno de los servicios de salud ofertados por los prestadores, así como el de la obligatoriedad de la inscripción ante el ente territorial correspondiente mediante la Declaración de Requisitos Esenciales y la inclusión de los mismos en una base de datos de prestadores de servicios de salud. Posteriormente la resolución 4252 del mismo año determina las normas técnicas, científicas y administrativas para la prestación de los servicios, y establece las condiciones mínimas de recurso humano, infraestructura física, dotación, procedimientos técnico administrativos, sistemas de información, transporte y auditoría de los servicios, que debe desarrollar cada una de las instituciones de acuerdo con su nivel de complejidad. De esta manera se garantiza la calidad en la atención y la seguridad del usuario al asistir a un servicio de salud. Algo importante que resaltaba este Decreto era la formación de una cultura de la calidad.

En 2002 la Ley 715 ordena la creación del sistema de Garantía de la Calidad que se reglamenta posteriormente con el decreto 2309. Este deroga la normatividad anterior y define a los prestadores de servicios de salud como IPS, Profesionales Independientes y empresas para el Traslado de Pacientes, además incorpora el sistema único de habilitación, la auditoría para el mejoramiento, el sistema de información para los usuarios y el sistema único de Acreditación.

Finalmente la Resolución 1043 de 2006 establece los requisitos que deben cumplirse para cada uno de los servicios de acuerdo con cada uno de los estándares definidos (1).

4. Referente Normativo.

- El desarrollo de la investigación está enmarcado en el Decreto 1011 de 2006 expedido por la presidencia de la República de Colombia y el Ministerio de la Protección Social, por el cual se reestablece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (2).

- La Resolución 1043 de 2006 expedida por el Ministerio de Protección Social, en el que se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención. La cual fue modificada por la Resolución 2680 de 2007 y la Resolución 3763 de 2007 (7).

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el cumplimiento de las condiciones para el sistema único de habilitación en el servicio de laboratorio clínico del HOEVC (Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz) y elaborar propuesta de mejoramiento.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Verificar los 9 estándares del Sistema Único de Habilitación que aplican para el servicio de Laboratorio Clínico.

- Diseñar propuesta de mejoramiento.

6. METODOLOGIA

El enfoque utilizado para el desarrollo de la investigación fue observacional porque parte de la observación de hechos reales en los diferentes procesos. La metodología consistió en:

DISEÑO DE SISTEMA DE CALIFICACIÓN

Para este fin se realizo una revisión de la normatividad actual que hace referencia al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, en el cual se profundizo en los estándares de la resolución 1043 de 2006 y los criterios modificados en las resoluciones 2680 y 3763 de 2007, con estos parámetros se diseño una lista de chequeo para la evaluación de cumplimiento a los estándares de habilitación.

Para la evaluación de los estándares se llego a concertar una cita, en la que se aclaro el proceso a realizar a la coordinadora del servicio de laboratorio clínico. Se realizo la verificación en presencia del personal del área de laboratorio clínico.

A cada criterio de la lista de chequeo se clasifico de la siguiente manera:

Cuadro 1. Grado de cumplimiento

C	Cumple
NC	No cumple
NA	No aplica

Al aplicar el instrumento, se diseño un sistema de calificación que permitió clasificar y priorizar los criterios críticos, que al plasmarlo en el plan de acción, se identificaran puntos de referencia para la ejecución. De tal forma que todo criterio que aplicara al servicio de laboratorio clínico y fuera clasificado como no cumple NC se le asigno una calificación de 1, 3 ó 5, como se detalla en el cuadro 2 sobre la priorización de los criterios (11).

Cuadro 2. Priorización de los criterios

1	Es una acción que permitirá el mejoramiento, pero no es prioritaria
3	Se requiere escribir e implementar en forma prioritaria
5	Se requiere escribir e implementar de forma inmediata

APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

Tomando como referencia el anexo 01 de la resolución 1043 de 2006 y sus modificaciones, se filtraron los estándares que aplicaron al servicio de laboratorio clínico y los marcados como todos los servicios en el anexo técnico, se incluye todos los estándares del sistema único de habilitación excepto interdependencia de servicio ya que ningún criterio aplica para el servicio.

REALIZACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN SEGÚN LA MATRIZ 5W1H

Los criterios calificados con 5 con mayor puntaje en el cuadro de priorización se le realizo un plan de mejoramiento, determinando quien y en que periodo de tiempo se podían corregir.

La matriz del plan de mejoramiento surge de lo definido como el 5W1H, de las iniciales en ingles para iniciar una pregunta, tal como se describirá a continuación:

- QUÉ: hace referencia al problema de la institución, la carencia o falencia de algo dentro del proceso. Lo determina el criterio y la observación. Dentro del proceso de evaluación.

- QUIÉN: da referencia del cargo o persona dentro o fuera de la institución, responsable y encargado del PHVA (planear, hacer, verificar y actuar) de la recomendación planteada para el mejoramiento continuo de la institución y cumplimiento con los estándares.

- CUANDO: explica el tiempo en el que debe darse el PHVA a la recomendación según lo planeado del presupuesto de la institución o disposición del líder de calidad y la gerencia.

- DONDE: hace referencia del lugar donde se debe actuar para generar el mejoramiento y llegar a la calidad esperada.

- PARA QUÉ: determina el estándar exigido por la norma al que se está incumpliendo, es la razón de ser de la recomendación.

- COMO: da referencia a la recomendación en donde se dan pautas paso a paso de la forma de realizar el PHVA para mejorar el proceso. Como hacerlo y como debe quedar (12).

6.2 TIPO DE ESTUDIO

Estudio es de tipo descriptivo, se tendrá en cuenta todos los componentes del servicio de Laboratorio Clínico de la E.S.E de San Pedro de Uraba Oscar Emiro Vergara Cruz y se describirá la secuencia de las actividades que se realizan.

6.3 POBLACIÓN

En esta investigación se tuvo en cuenta el servicio de Laboratorio Clínico que compone el Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz.

6.4 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Cuadro 3. Descripción de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN	RELACIÓN
1. Recurso Humano	El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.	Cualitativas	Nominal	Cumple No cumple No aplica	Independiente
2. Instalaciones Físicas	Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.	Cualitativas	Nominal	Cumple No cumple No aplica	Independiente
3. Dotación y Mantenimiento	Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador.	Cualitativas	Nominal	Cumple No cumple No aplica	Independiente
4. Medicamentos y Dispositivos médicos	Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.	Cualitativas	Nominal	Cumple No cumple No aplica	Independiente
5. Procesos Prioritarios	Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas	Cualitativas	Nominal	Cumple No cumple	Independiente

Asistenciales	internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.			No aplica	
6. Historia Clínica y registros asistenciales	Tiene diseñados procesos para garantizar que cada paciente cuenta con historia clínica y su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, relacionados directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).	Cualitativas	Nominal	Cumple No cumple No aplica	Independiente
7. Referencia y Contrareferencia	Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.	Cualitativas	Nominal	Cumple No cumple No aplica	Independiente
8. Interdependencia de servicio	NO APLICA				
9. Seguimiento al Riesgo	Proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de	Cualitativas	Nominal	Cumple No cumple No aplica	Independiente

	los propios prestadores de servicios				

6.5 INFORMACIÓN

Fuente Primaria: La guía para la verificación de estándares del Sistema Único de Habilitación Resoluciones 1043/06, 2680 y 3763/07, aplicada al servicio de laboratorio clínico de la ESE Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz

6.6 PLAN DE ANALISIS

Se tomo de la aplicación de la guía para la verificación de estándares del Sistema Único de Habilitación Resoluciones 1043/06, 2680 y 3763/07, al servicio de laboratorio clínico de la ESE Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz, donde se verificaran los estándares del sistema único de habilitación para determinar si cumple o no con las condiciones mínimas para prestar el servicio, a este proceso se le denomina autoevaluación.

6.7 PLAN DE DIVULGACIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados de la investigación se compilarán en un documento que será entregado al director del Hospital, quien deberá transmitir la información a la coordinación de calidad y entregar la copia de los aportes de la investigación, para su posterior aplicación de la propuesta de mejoramiento dentro del servicio de laboratorio clínico de la institución.

7. ASPECTOS ETICOS

Esta investigación es de bajo riesgo debido a que se basa en estudios administrativos y de aquellos que no necesitan de una intervención o modificación de la parte biológica, fisiológica, psicológica o social de los individuos que participen en el estudio, considerando: que no se toque o distorsione la dignidad e integridad de las personas pertenecientes al estudio.

8. RESULTADOS

- **RECURSO HUMANO**

Cuadro 4. Resultado del estándar de recurso humano

	TOTAL
Total Ítems evaluados	13
Calificación según prioridad	19
Total que cumple	6
Total que no cumple	5
Total que no aplica	2
Total en 1	0
Total en 3	3
Total en 5	2

- **INFRAESTRUCTURA FISICA**

Cuadro 5. Resultado del estándar de infraestructura e instalaciones físicas

	TOTAL
Total Ítems evaluados	15
Calificación según prioridad	8
Total que cumple	11
Total que no cumple	2
Total que no aplica	2
Total en 1	0
Total en 3	1
Total en 5	1

- **DOTACION Y MANTENIMIENTO**

Cuadro 6. Resultado del estándar de dotación y mantenimiento

	TOTAL
Total Ítems evaluados	4
Calificación según prioridad	5
Total que cumple	3
Total que no cumple	1
Total que no aplica	0
Total en 1	0
Total en 3	0
Total en 5	1

- **MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS**

Cuadro 7. Resultado del estándar de medicamentos y dispositivos médicos

	TOTAL
Total Ítems evaluados	7
Calificación según prioridad	6
Total que cumple	4
Total que no cumple	2
Total que no aplica	1
Total en 1	0
Total en 3	2
Total en 5	0

- **PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES**

Cuadro 8. Resultado del estándar de procesos prioritarios

	TOTAL
Total Ítems evaluados	13
Calificación según prioridad	21

Total que cumple	3
Total que no cumple	7
Total que no aplica	3
Total en 1	0
Total en 3	7
Total en 5	0

- **HISTORIAS CLINICAS Y REGISTROS CLINICOS**

Cuadro 9. Resultado del estándar de historias clínicas y registros asistenciales

	TOTAL
Total Ítems evaluados	4
Calificación según prioridad	5
Total que cumple	2
Total que no cumple	1
Total que no aplica	1
Total en 1	0
Total en 3	0
Total en 5	1

- **REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**

Cuadro 10. Resultado del estándar de referencia y contrareferencia

	TOTAL
Total Ítems evaluados	1
Calificación según prioridad	0
Total que cumple	1
Total que no cumple	0
Total que no aplica	0
Total en 1	0
Total en 3	0
Total en 5	0

- **SEGUIMIENTO AL RIESGO**

  Cuadro 11. Resultado del estándar de seguimiento al riesgo

	TOTAL
Total Ítems evaluados	15
Calificación según prioridad	24
Total que cumple	0
Total que no cumple	8
Total que no aplica	7
Total en 1	0
Total en 3	8
Total en 5	0

- Ver anexos plan de acción del servicio de laboratorio clínico del Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz.

9. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Para la descripción de los resultados se tomo un consolidado de cada uno de los estándares, a lo cual se le diseño una tabla, que se detalla en el cuadro 4 con el resumen de los principales resultados por estándar.

Cuadro 12. Resumen de la evaluación para el cumplimiento de los estándares de habilitación en el servicio de laboratorio clínico HOEVC, segundo semestre del 2011.

	Recurso Humano	**infraestructura**	**Dotación y mantenimiento**	**Medicamentos y dispositivos médicos**	**Procesos prioritarios**	**Historia clínica y registros**	**Referencia y contrareferencia**	**Seguimiento al riesgo**	**TOTAL**
Total Ítems evaluados	13	15	4	7	13	4	1	15	72
Calificación según prioridad	19	8	5	6	21	5	0	24	88
Total que cumple	6	11	3	4	3	2	1	0	28
Total que no cumple	5	2	1	2	7	1	0	8	26
Total que no aplica	2	2	0	1	3	1	0	7	1
Total en 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total en 3	3	1	0	2	7	0	0	8	21
Total en 5	2	1	1	0	0	1	0	0	5

RECURSO HUMANO: De un total de trece criterios evaluados seis cumplen indicando que se está implementando. Sin embargo cinco criterios no cumplen, de los cueles tres criterios calificados según su prioridad en tres, ya que su cumplimiento no depende directamente del servicio de laboratorio clínico, lo cual no lo exime de la responsabilidad en el cumplimiento y se debe implementar en forma prioritaria y dos criterios en cinco lo que indica que se requiere implementar en forma inmediata.

INFRAESTRUCTURA E INSTALACIONES FISICAS: de quince criterios evaluados, once cumplen con los parámetros requeridos para la habilitación del servicio de laboratorio clínico, dos no aplican y dos no cumplen, un criterio calificado como tres lo que indica que se debe implementar en forma prioritaria y el otro en cinco lo que nos indica que este criterio se debe implementar en un 100% de forma inmediata.

DOTACION Y MANTENIMIENTO: de cuatro criterios evaluados, tres cumplen y uno no cumplen. El criterio que no cumple fue calificado según su prioridad en cinco lo que indica que se debe implementar de forma inmediata.

MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS: los criterios evaluados fueron siete de los cuales cuatro cumplen, uno no aplica y dos no cumplen.

La calificación según su prioridad de los dos criterios que no cumplen fue en tres lo que nos muestra que deben ser implementados en forma prioritaria.

PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES: de trece criterios evaluados, tres cumplen, indicando que se encuentran implementados en su totalidad los parámetros requeridos para la habilitación del servicio de laboratorio.

Tres criterios no aplica y siete no cumplen, de los cuales fueron calificados en tres indicando que se requiere implementar de forma prioritaria.

HISTORIA CLINICA Y REGISTROS CLINICOS: de cuatro criterios evaluados dos cumplen y uno no aplica.

El otro criterio no cumple y fue calificado en cinco, lo que indica que se debe implementar en forma inmediata.

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA: de un criterio evaluado, este cumple en su totalidad cumpliendo con los parámetros requeridos para la habilitación del servicio de laboratorio clínico.

SEGUIMIENTO AL RIESGO: de quince criterios evaluados, siete no aplican y ocho no cumplen.

De los criterios que no cumple todos tuvieron una calificación según su prioridad en tres lo que nos indica que debe ser implementado en forma prioritaria.

10. CONCLUSIÓN

- En el trabajo realizado en el servicio de laboratorio clínico del Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz se cumplieron cabalmente los objetivos propuestos, que nos permitió identificar las fallas en los estándares mínimos del Sistema Único de Habilitación y se establecieron acciones de mejoramiento a través del plan de acción.
- El hecho de que el Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz se encuentre certificada bajo la norma ISO 9001, no quiere decir que por esta razón quede habilitada. Ya que la habilitación es la encargada de el cumplimiento especifico de los servicios de salud, en cuanto a las normas mínimas, convirtiéndose en una parte integral y fundamental para la institución y la norma ISO solo se centra en los procesos, lo cual es uno de los puntos que la resolución 1043 del 2006 verifica, e incluso se manejan sobre criterios diferentes, esto se ve reflejado en que el estándar de procesos prioritarios no fue uno de los mejores calificados, lo cual no quiere decir que la certificación no esté acorde con la norma ISO.
- Los estándares que tuvieron poco cumplimiento en sus criterios fueron recurso humano, procesos prioritarios asistenciales y seguimiento al riesgo, lo que es necesario y urgente que la parte administrativa de la institución invierta en el área de calidad y le realice seguimiento a todos los procesos de calidad, en especial a los que no cumplen, por lo tanto se debe contratar una persona encargada de todos los procesos de calidad, la cual llevaría a la institución a la seguridad y satisfacción de sus usuarios.
- Además de lo anterior es conveniente que se involucre al personal de salud que labora en la institución en la visión del Hospital y tenga claro el concepto de calidad en la atención teniendo en cuenta su experiencia y conocimiento de sus responsabilidades.
- Los estándares con mayor cumplimiento de sus criterios son infraestructura, dotación y mantenimiento, y referencia y contrareferencia.
- Se pudo constatar que el cumplimiento del estándar de habilitación de recurso humano, tiene en gran medida una dificultad cuando el personal está contratado por otras empresas en este caso por cooperativas, esto se evidencia en que los criterios que tienen mayor incumplimiento en este estándar, son debido al personal de cooperativas.

BIBLIOGRAFIA

1. Duran AR. Habilitación de prestadores de servicios de salud. Revista Tribuna Odontológica. [serie en línea] 2003 [23 de junio de 2011]; 1(2). URL disponible en: http://www.medilegis.com/BancoConocimiento/O/Odontologica-v1n2-ejercicioC/ejercicioC.htm
2. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006. Colombia: Ministerio de la Protección Social 2006.
3. Aldunate J, Nieto E. Gestión administrativa del laboratorio clínico. Todo Hospital (Chile) 2001 Marzo; 134: 510
4. Moscoso Gama JM. Manual básico de laboratorio clínico. MCSA [en línea] 2006 [fecha de acceso 11 de Noviembre de 2011]. 1 (2) URL disponible en: http://www.monografias.com/trabajos14/labclinico/labclinico.shtml
5. Gutiérrez Correa S, Rueda Madrid JD. Documentación de los procesos, procedimientos y funciones, según la norma ISO 9001-2000 en el laboratorio clínico de la Empresa Social del Estado, Hospital Departamental San Juan de dios de Armeniaï Quindío. 2008; 16-24
6. Bacca JR, Correa Díaz RM, Jiménez Payares G. Diseño de un sistema obligatorio de garantía de calidad para el servicio de consulta externa del Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E. de Villagarzón ï Putumayo. 2008; 11-25
7. Ministerio de la Protección Social. Anexo técnico n° 2. Manual únicos de procedimientos de habilitación de la resolución N° 1043 de 2006. Colombia: Ministerio de la Protección Social 2006.
8. Alvarado JA, Gurdián M, Alvarado E, Jiron N, Ortiz MS, Parajón A, Bosco J, Medienta R, Coronado L. Manual de Habilitación de Establecimiento de Salud.
9. Fernandez C, Mazziotta D. Gestión de la calidad en el laboratorio clínico. Barcelona (España): Panamericana; 2005.
10. Hernández Serna YA. Propuesta de diseño de un laboratorio clínico de primer nivel con enfoque preventivo, Medellín. 2010; 7-18
11. Arango corrales BE, Bermúdez Guerrero EH. Plan de mejoramiento para cumplimiento de estándares de habilitación en odontología según resolución 1043 de 2006 en UBAS Coomeva Dosquebrada y Santa Rosa de Cabal. 2007; 63-65
12. DURAN ESQUIVEL, Gabriel. Plan de acción hacia una ejecución efectiva de las tareas y metas programadas. Colombia. {CITADO 13 DE MAYO2007} www.gestiopolis.com/canales2/gerencia/1/planeaccion.html

ANEXO A. EVALUACIÓN LABORATORIO CLINICO H.O.E.V.C.

SERVICIO **LABORATORIO CLINICO**
MODALIDAD **HOSPITALARIA _____ AMBULATORIA _____**
COMPLEJIDAD **ALTA____ MEDIA _____ BAJA __X___**

NOMBRE DE LA INSTITUCION ESE Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz de San Pedro de Uraba

CODIGO DEL PRESTADOR _____

COD	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	priori dad
	1. RECURSO HUMANO					
Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio						
1.1	El especialista o Subespecialista, profesional, y auxiliar, cuentan con el título o certificado expedido por una institución educativa reconocida por el Estado y debidamente registrado ante la DSSA. En caso de estudios en el exterior, cuentan con la respectiva convalidación expedida por el Ministerio de Educación. Los auxiliares en las áreas de la salud deberán ajustarse a las denominaciones y perfiles ocupacionales y de formación establecidas en el Decreto 3616 de 2005 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.		X		No se tiene hojas de vida del personal de cooperativa	5
1.2	El proceso de selección de personal incluye la verificación del título de grado de especialista profesional, técnico, tecnólogo y los certificados de aptitud ocupacional de auxiliar previo a la vinculación		X		Proceso existe y no está implementado. No se verifican títulos.	5
1.3	Los profesionales de salud cumplen con los requisitos legales de formación y entrenamiento en las profesiones, especialidades formalmente reconocidas por el Estado, en el ámbito de los servicios ofrecidos	X				
1.4	El número de especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares asistenciales del recurso humano exigido en la tabla de detalle por servicios serán definidos obligatoriamente por cada prestador de servicios de salud de acuerdo con la capacidad instalada y la demanda de atención para cada uno de los servicios registrados.	X				

FECHA 10/10/2011 **MUNICIPIO San Pedro de Uraba**

1.5	Se cuenta con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte de recurso humano debidamente autorizado para prestar servicios de salud. Los procedimientos incluyen mecanismos de control para su cumplimiento, conforme al Acuerdo 003 de 2003 del Concejo Nacional. Para el Desarrollo de los Recursos Humanos, y las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan. El personal en entrenamiento debe provenir de un programa académico debidamente aprobado por el Estado.		X X		No se tiene procedimiento, ni se tiene definido número de plazas para entrenamiento. se realiza seguimiento de acuerdo con instructivo de la respectiva entidad que solicita el entrenamiento	3 3
1.6	Para efecto de los proceso de supervisión de personal en entrenamiento ejecutados dentro del marco de convenios docente ï asistenciales, debe existir un vínculo formal entre el supervisor y la entidad prestadora de servicios de salud. La supervisión deberá ser realizada de manera permanente.	X			*Convenio para entrenamiento, actividades docente asistenciales*	
1.7	Todo el recurso humano expuesto a radiaciones ionizantes, deben tener carné de radioprotección y dosímetro en la categoría respectiva, expedido por la entidad correspondiente	X				
1.8	Las hojas de vida del recurso humano contratado, deben estar centralizadas en la oficina de personal de la IPS o en lugares especializados de archivo que garanticen su custodia. En cada sede se deben tener copias de las hojas de vida del personal que labora en ella o contar con un mecanismo que les permita garantizar el acceso a éstas. La institución cuenta con un procedimiento de Identificación del personal que incluya la clasificación del personal autorizado para el ejercicio de la profesión u oficio, el personal en entrenamiento y los visitantes. El personal de vigilancia cumple con los procedimientos definidos de identificación.		X		No se tiene hojas de vida de personal contratado. Existe instructivo para vigilancia y no se aplica. El personal carnetizado no lo usa y otros no tienen carnet	3
El servicio cuenta con:						
1.56	Bacteriólogo. Además podrán contar con auxiliar(es) en laboratorio clínico, siempre bajo la supervisión del Bacteriólogo, quien será el responsable de todas las actividades que se lleven a cabo en el servicio de toma de muestras. En aquellos lugares donde se demuestre no tener acceso a este recurso humano podrán realizarlo auxiliares de enfermería con entrenamiento certificado.	X X		 X	No se tiene entrenamiento certificado. La misma ESE Hospital lo puede certificar.	
Si realiza toma de muestras ginecológicas y citologías Cérvico uterinas debe contar con:						
1.59	Médico general o enfermera o bacteriólogo o			X		

	citohistotecnólogo. Todo el personal involucrado en la toma de citología debe recibir capacitación y tener entrenamiento certificado específico. En aquellos lugares donde se demuestre no tener acceso a este recurso humano podrán realizarlo auxiliares de enfermería con entrenamiento certificado.					
2. INFRAESTRUCTURA - INSTALACIONES FÍSICAS - MANTENIMIENTO						
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos						
Ar.1 Res. 1043 de 2006	La institución fue construida y/o remodelada o empezó a prestar servicios después del 1º de noviembre de 2002 cumple con lo establecido en la resolución 4445 de 1996.	X				
2.2	**La institución garantiza los servicios de**:					
	Suministro de agua Energía eléctrica Sistemas de comunicaciones según disponi bilidad tecnológica. La institución garantiza el manejo y evacuación de residuos sólidos y de residuos líquidos La infraestructura para el manejo y evacuación de residuos sólidos y residuos líquidos deberá garantizarse por edificio, independiente de que sea compartida por varios servicios o profesionales.		X		Hay plan de contingencia pero no hay responsable, ya que las actividades están asignadas al auxiliar de mantenimiento.	3
2.3	Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas de tal manera que haya normal funcionamiento.	X				
2.5.	En las áreas de laboratorio clínico, toma de muestras, salas de necropsias, servicios de transfusión, servicio de urgencias, servicio de odontología y en las demás donde se realicen procedimientos en los que se requiera un proceso de limpieza y asepsia mas profundo, los pisos son impermeables, sólidos, de fácil limpieza, uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje. Las paredes y muros son impermeables, sólidos y resistentes a factores ambientales.		X			5
2.6	Si la institución presta **servicios quirúrgicos, obstétricos, de laboratorio clínico de mediana y alta complejidad, urgencias, transfusión sanguínea, diálisis renal, radioterapia, servicios hospitalarios** cuenta con fuente de energía de emergencia De que tipo			X		
2.7	La institución no debe estar localizada en lugares de riesgo continuo o inminente desastres naturales, o con áreas adyacentes con riesgos de salubridad graves e incorregibles que impiden mantener las condiciones internas de la institución.	X				
2.8	La Institución debe garantizar mecanismos de aseo, tales como pocetas y garantizar el uso de	X				

	lavamanos diferentes a los de los pacientes para lavar instrumentos y utensilios. Las pocetas para el lavado de material, estarán fuera de las áreas de hospitalización.					
2.9	Todo prestador de servicios de salud, en especial aquellos que con modalidad de atención extramural, ya sea Independiente o dependiente de una IPS, cuentan con un domicilio que permita su ubicación por parte de los usuarios y deberán informar a la Secretaría de Salud, el o los lugares donde se prestarán los servicios, periodicidad y serán objeto de verificación.	X				
2.10	La tabla detalle por servicios identifica las condiciones mínimas de tamaños, materiales, ventilación, iluminación, distribución, mantenimiento, exigidas para los servicios específicos.	X				
2.12	Existe un área específica que funciona como depósito para almacenamiento de residuos hospitalarios peligrosos biosanitarios, anatomopatológicos y cortó punzantes**.**	X				
2.28	Dispone de las siguientes áreas: _ Unidad sanitaria por sexo, que debe ser para el servicio de consulta externa en su totalidad y no por consultorio. _ Consultorio con espacio cerrado con dos ambientes, uno para la realización de la entrevista y otro para la realización del examen físico, de tal manera que se respete la privacidad del paciente. _ Debe contar con lavamanos. _ Los consultorios de gineco-obstetricia, urología, citología o toma de muestras y aquellos que por el tipo de examen que así lo requieran, deberán contar con unidad sanitaria exclusiva de fácil acceso. Tiene un área específica para los procedimientos que se deriven de la consulta Si presta el servicio de consulta externa en los Centros de Reconocimiento de Conductores, que tengan como objeto único la expedición de los Certificados de aptitud física, mental y de coordinación motriz para conductores, previstos en la Resolución 1555 de 2005 del Ministerio de Transporte o de las normas que la sustituyan, modifiquen o adicionan, dispone de las siguientes áreas: _ Unidad sanitaria, que debe ser para el servicio de consulta externa en su totalidad y no por consultorio. _ Consultorio con espacio cerrado. _ Cuenta con lavamanos o demuestra procedimientos para la limpieza de manos.			X		
Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.						

2.33	Debe existir un área dedicada para tomar muestras que esté dotada con muebles para tal fin. Debe tener un mezón sólido para la centrífuga. En ésta no debe haber tela ni madera expuesta, debe estar cubierta con plástico u otro material lavable.	X			Hay madera expuesta, por fuera y los entrepaños del mesón donde se procesan las muestras.	
Toma de muestras ginecológicas y citologías Cérvico uterinas:						
2.33	Esta área debe ser independiente y privada.	X				
Área de aseo y sanitarios:						
2.33	Deben contar mínimo con un baño, poceta y lavamanos que puede ser compartido con otros servicios.	X				
2.34	El área de laboratorio deberá tener las secciones del laboratorio separadas e identificadas. Las áreas de trabajo cuentan con iluminación y ventilación natural y/o artificial. Los pisos son impermeables, sólidos de fácil limpieza, uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje. Las paredes y muros son impermeables, sólidos lavables y resistentes a factores ambientales. Las mesas de trabajo son impermeables sólidas y resistentes a factores ambientales. No se exigen requisitos especiales para los techos. Deben tener uno o varios sifones libres, Uno o varios lavamanos y una ducha manual o lavaojos. Debe contar con una sala de espera adecuada con sillas suficientes, la cual puede ser compartida con otros servicios. Debe contar con un área de recepción del paciente y donde se suministra información Los equipos del laboratorio deben contar con regulador o estabilizador de voltaje con polo a tierra y no deben estar conectados a una extensión eléctrica.	X			ESTAN IDENTIFICADAS La sala es compartida no hay sillas suficientes Falta privacidad	
3. DOTACIÓN ï MANTENIMIENTO						
Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador						
3.1	Utilizar los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico ï científico. Todo equipo emisor de radiación ionizante de tipo médico y odontológico debe tener licencia expedida por la Dirección Territorial de Salud	X				

3.2	Realizar el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad, de uso corriente en los equipos que aplique. Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo, con el mantenimiento correctivo. Las hojas de vida deben estar centralizadas y deben tener copias en cada sede, de acuerdo con los equipos que tengan allí. El mantenimiento de los equipos biomédicos debe realizarse por profesional en áreas relacionadas o técnicos con entrenamiento certificado específico o puede ser contratado a través de proveedor externo. Cuenta con inventario de los equipos de la institución actualizado. Plan de mantenimiento para la vigencia.		X		No se evidencia mantenimiento preventivo de los equipos actualizado	5
Toma de muestras para citologías cervico-uterinas:						
3.28	Camilla. Lámpara de cuello de cisne o su equivalente que permita la iluminación del campo de interés. Espéculos, y material necesario para realizar este procedimiento. El espéculo puede ser desechable o reutilizable siempre y cuando se garantice esterilización. Las muestras se toman con citocepillo endocervical y espátula, aséptico y desechables.	X				
El servicio cuenta con:						
3.32	Los equipos necesarios según las muestras que tomen.	X				
4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS - GESTION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS						
Estándar. Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios						
4.1	Proceso de compras	X				
4.2	Programa de farmacovigilancia			X		
	Programa de tecnovigilancia		X			3

4.3	Los medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, incluidos los de uso odontológico, medicamentos homeopáticos y en general los insumos asistenciales que utilice la institución, se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante y se aplican procedimientos para controlar las condiciones de almacenamiento y las fechas de vencimiento. En todo caso deberán contar con un instrumento para medir y controlar humedad y temperatura.	X			Cuentan con termohigrometro y planilla de registro diario de humedad y temperatura.	
4.4	Se tienen definidas normas y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se reusen dispositivos médicos. En tanto se defina la relación y condiciones de reuso de dispositivos médicos, los prestadores podrán reusar, siempre y cuando definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que no implica reducción de la eficacia para la cual se utiliza el dispositivo médicos ni riesgos de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones		X			3
4.7	Las tomas de muestras deben tener los soportes de los pedidos y kardex, donde existen todos los dispositivos médicos de la toma de muestras. Todos los reactivos y dispositivos médicos deben tener Registro Sanitario del INVIMA. Las fechas de vencimiento de los reactivos están vigentes.	X				
4.8	Tiene un proceso de adquisición de dispositivos médicos definido y documentado. Los insumos y reactivos se encuentran almacenados bajo las condiciones de temperatura adecuada según el fabricante. Tiene un sistema de kardex. Las fechas de vencimiento de los reactivos están vigentes. Todos los reactivos y dispositivos médicos deben tener Registro Sanitario del INVIMA.	X			SE TIENE PROCESO DOCUMENTADO DE ADQUISICION DE DISPOSITIVOS MEDICOS.	
5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES						
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento						

5.1	Se ha establecido el mecanismo para desarrollar o adaptar guías propias o desarrolladas por instituciones de educación superior o asociaciones científicas. Se tienen definidos y documentados las actividades dirigidas a la difusión, revisión y verificación de su cumplimiento, de los procedimientos o guías clínicas de atención.		X		NO SE TIENEN DOCUMENTADO EL PROCESO DE VERIFICACION DEL CUMPLIMEINTO DE LOS PROCEDIMIENTOS	3
5.2	La institución tiene establecido e implementado el procedimiento bajo la metodología de medicina basada en evidencia, para determinar el contenido de las guías clínicas de atención y los procesos de atención prioritarios.		X			3
5.4	Se tienen definidos los procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud, según lo normado en el Decreto 1011 de 2006 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan, y se basan en las Pautas Indicativas expedidas por el Ministerio de la Protección Social		X		SE TIENE DEFINIDO PERO NO SE LE HACE SEGUIMIENTO.	3
5.5	Se tienen definidos procesos para la Implementación del Sistema de Información para los usuarios según lo normado en el Decreto 1011 de 2006 o demás normas que lo adicionen, modifiquen y sustituyan		X			3
5.9	La institución cuenta con procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios y similares. Para efectos del sistema de habilitación, deberán ajustarse al ñManual de Gestión Integral de Residuos hospitalarios y similares en Colombiaò (Resolución 1164 de 2002), y las demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan; los profesionales independientes se acogerán a lo estipulado en la circular 047 de 2006 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.		X		**ESTA DESACTUALIZADO EL PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE LOS RESIDUOS HOSPITALARIOS**	**3**
5.12	**Cuenta con guías sobre**:					
	El manejo de gases medicinales con su respectivo sistema de alarma. Limpieza y aseo de los tanques de agua.			X		
5.15	Los servicios deben tener procesos documentados para el manejo interno de desechos.		X		DESACTUALIZADO	3
5.16	Cada servicio deberá contar con un manual de buenas prácticas de esterilización, de bioseguridad, de manejo de residuos hospitalarios, de descripción del uso y el reuso de dispositivos médicos ó adoptar los manuales del Ministerio de la Protección Social dentro de sus procesos prioritarios asistenciales.		X		DESACTUALIZADO	3
5.17	Los Profesionales Independientes cumplirán lo de su competencia, según el servicio que ofrezcan.			X		
5.18	Todos los prestadores de servicios de salud deberán cumplir con las normas propias de: laboratorio clínico, servicio farmacéutico,	X				

	ambulancias, urgencias, radioprotección, referencia y contrarreferencia, según los servicios que ofrezca.					
El servicio cuenta con:						
5.41	Manual de toma, transporte, conservación y Remisión de Muestras. Manual de Bioseguridad ajustado a las características de la Toma de Muestras del laboratorio clínico. Manual de manejo de desechos biológicos ajustado a las características de la Toma de Muestras del laboratorio clínico. Protocolo de limpieza y desinfección de áreas. Protocolo de limpieza y desinfección de material de vidrio. Protocolo de transporte de muestras.	X			VIGENTES	
5.42	Deben tener un programa de control de calidad Interno y externo, y deben garantizar la existencia de Manuales. ✓ Análisis de los reportes del control de calidad y toma de medidas correctivas documentadas. ✓ Manual de Control de Calidad Interno y externo. ✓ Manual de toma, transporte y Remisión de Muestras. ✓ Manuales de procedimientos técnicos de cada sección. ✓ Manual de Bioseguridad ajustado a las características del laboratorio clínico. ✓ Manual de manejo de desechos biológicos ajustado a las características del laboratorio clínico. ✓ Protocolo de limpieza y desinfección de áreas y material de vidrio. Los manuales deben llevar un registro de que todo el personal los conoce, deben revisarse cada año y documentar las actualizaciones.	X			VIGENTES	
5.45	✓ Cumplimiento del manual de radioprotección, en el cual se especifiquen los procedimientos para la toma de exámenes que impliquen el manejo de cualquier tipo de radiación ionizante, que incluyan los procedimientos para evitar el efecto nocivo de las radiaciones para los pacientes, el personal de la institución, los visitantes y el público en general. ✓ Instrucciones a los pacientes para la preparación de los procedimientos diagnósticos y para los cuidados posteriores, en especial en los procedimientos de radiología intervencionista y de medicina nuclear. ✓ Normas explícitas sobre la no interpretación de exámenes por personal diferente al radiólogo o al médico tratante. ✓ Protocolos para garantía de calidad de la imagen. ✓ Sistema de vigilancia epidemiológica y radiológica del personal expuesto.			X		

6. HISTORIA CLINICA Y REGISTROS ASISTENCIALES						
Estándar: Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan)						
6.7	Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva. Las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento cuando esté indicado		X		NO SE ESTAN CUENTA CON DEL PROCESO DE CUSTODIA DE LOS REGISTROS ASISTENCIALES DE LABORATORIO.	5
El servicio cuenta con:						
6.13	Registro diario de pacientes y exámenes solicitados. Si se realiza en medio magnético, asegurarse de que no se puedan modificar los datos. Registros de temperatura del refrigerador y congelador de la nevera y el baño serológico si aplica. Registro de entrega de las muestras al laboratorio Clínico: Debe especificar la temperatura y hora de recepción de las muestras, con el nombre de la persona que las recibe. Registro o Copia de los exámenes remitidos y resultados de los mismos, con el nombre del laboratorio y de la persona que los realizó. Los resultados de los exámenes deben ser entregados al paciente en la misma papelería del laboratorio clínico que los realizó, sin transcribirlos. Contrato o convenio con el o los laboratorio(s) de referencia.	X				
6.14	✓ Registro diario de pacientes, exámenes solicitados y de resultados de los exámenes realizados. Si se realiza en medio magnético asegurarse de que no se puedan modificar. ✓ Registro de los exámenes remitidos y resultados de los mismos, con el nombre del laboratorio y de la persona que los realizó. ✓ Contrato o convenio con el o los laboratorio(s) de referencia. ✓ Formato de Reporte de resultados. ✓ Registro de Control de Calidad Interno y externo. ✓ Registros de temperatura del baño serológico y de la(s) nevera(s) (Si aplica). ✓ Todos los registros y documentación del laboratorio, deben mantenerse en archivo activo y en archivo muerto durante el tiempo contemplado por la normatividad vigente. ✓ Los resultados del control de calidad interno y externo, deben conservarse por lo menos durante un (1) año.	X			NO SE ESTAN CUENTA CON DEL PROCESO DE CUSTODIA DE LOS REGISTROS ASISTENCIALES DE LABORATORIO.	

6.15	Deberá contar con un registro con el nombre de los pacientes atendidos o trasladados, fecha, hora, origen y destino del servicio, tipo de servicio, nombre del personal que atiende el servicio, evolución y procedimientos durante el traslado o atención de los pacientes en el programa o servicio. Se deberá tener registros de los cuidados encargados a la familia.			X		
7. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS						
Estándar: Los servicios ofrecidos por el prestador, tienen el soporte de otros servicios o productos de apoyo asistencial o administrativos necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos						
NO APLICA						
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES						
Estándar: Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos						
8.1	Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes	X				
9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
Estándar: Proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios						
9.1	Tiene definidos los riesgos inherentes a la prestación del servicio. Se realiza evaluación y seguimiento a los riesgos definidos.		X			3
	Realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta mediante el diseño y operacionalización de indicadores, lo cual implica:					
	La ficha técnica del indicador. La estandarización de las fuentes. La definición de los responsables del análisis del indicador, de las tendencias y del cumplimiento de las metas.		X			3
	Realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta:					
	Mortalidad intrahospitalaria			X		
	Infecciones intrahospitalarias			X		
	Complicaciones quirúrgicas inmediatas			X		
	Complicaciones anestésicas			X		
	Complicaciones terapéuticas especialmente medicamentosas y transfusionales			X		
	En hospitalizaciones psiquiátricas incluye fugas y suicidios, de acuerdo con las definiciones de este criterio			X		
9.2	**Realizar procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las**					

	características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad:					
	Acceso		X			3
	Oportunidad		X			3
	Seguridad		X			3
	Pertinencia		X			3
	Continuidad		X			3
9.10	Las tomas de muestras de profesionales independientes deben tener documentados, identificados y cuantificados los riesgos a los cuales se exponen los pacientes cuando utilizan el servicio. La documentación se refiere a los instrumentos que justifican los resultados, como son: el buzón de sugerencias, quejas, encuestas de satisfacción. ✓ Complicaciones de los procedimientos diagnósticos. ✓ Pérdida del derecho a la intimidad del paciente por fallas en la privacidad de los resultados y registros. ✓ Resultados intercambiados entre pacientes. ✓ Resultados de exámenes no solicitados. Resultados de exámenes que llegaron inoportunamente.			X		
9.11	Todos los laboratorios clínicos deben tener documentados, identificados y cuantificados los riesgos a los cuales se exponen los pacientes cuando utilizan el servicio. La documentación se refiere a los instrumentos que justifican los resultados, como son: el buzón de sugerencias, quejas, encuestas de satisfacción. ✓ Complicaciones de procedimientos diagnósticos ✓ Fallas en el manejo terapéutico de los pacientes derivadas de fallas en los procesos diagnósticos Pérdida del derecho a la intimidad del paciente por fallas en la privacidad de los resultados y registros.		X			3

ANEXO B. PLAN DE ACCION LABORATORIO CLINICO HOEVC

Cuadro 13. Plan de acción del laboratorio clínico HOEVC

ESTANDAR QUE AFECTA	QUÉ	QUIÉN	CUANDO	DONDE	PARA QUÉ	COMO
1.1	El bacteriólogo y auxiliar, deben contar con el título o certificado expedido por una institución educativa reconocida por el Estado y debidamente registrado ante la DSSA.	Auditor en salud.	Primer semestre de 2012. (Enero/2012)	Laboratorio clínico HOEVC	Para dar cumplimiento al ítem 1.1 del anexo técnico de estándares de habilitación de las resoluciones 1043 de 2006, 2680 y 3763 del 2007. Este mecanismo facilita la verificación del personal contratado.	Se recomienda: ✓ Listado con la relación del recurso humano del laboratorio clínico. ✓ Todo personal que labore en la institución debe contar con hoja de vida y esta debe contener los títulos de grado según el cargo al que fue contratado y certificado de la DSSA para ejercer en el departamento.
1.2	El proceso de selección de personal incluye la verificación del título de grado de especialista profesional, técnico, tecnólogo y los certificados de aptitud ocupacional de auxiliar	Auditor en salud.	Primer semestre de 2012. (Enero/2012) y cada vez que ingrese un nuevo	Laboratorio clínico HOEVC	Para dar cumplimiento al ítem 1.2 del anexo técnico de estándares de habilitación de las resoluciones 1043 de 2006,	Se recomienda: ✓ Realizar y aplicar proceso de selección de personal. ✓ Previo a la vinculación se debe enviar carta de solicitud de verificación de títulos a

	previo a la vinculación.		personal de salud a la institución.		2680 y 3763 del 2007. Este mecanismo facilita la verificación del personal contratado.	la universidad y anexar respuesta a la hoja de vida luego de vinculado a la institución.
2.5	En las áreas de laboratorio clínico, toma de muestras, donde se realicen procedimientos en los que se requiera un proceso de limpieza y asepsia más profundo, los pisos son impermeables, sólidos, de fácil limpieza, uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje. Las paredes y muros son impermeables, sólidos y resistentes a factores ambientales.	Gerente del Hospital	Primer semestre de 2012. (Enero/2012)	Laboratorio clínico HOEVC	Para dar cumplimiento al ítem 2.5 del anexo técnico de estándares de habilitación de las resoluciones 1043 de 2006, 2680 y 3763 del 2007.	Se recomienda: ✓ Cambiar el piso y paredes que sean impermeables y faciliten la limpieza y desinfección.
3.2	Realizar el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones	Gerente del Hospital	Primer semestre de 2012. (Febrero/2012)	Laboratorio clínico HOEVC	Para dar cumplimiento al ítem 3.2 del anexo técnico de estándares de habilitación de las	Se recomienda: ✓ Realizar cronograma de mantenimiento preventivo a los equipos. ✓ En las hojas de vida

	periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad, de uso corriente en los equipos que aplique.				resoluciones 1043 de 2006, 2680 y 3763 del 2007.	de los equipos anexar el cronograma de mantenimiento y las revisiones realizadas.
6.7	Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva. Las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento cuando esté indicado.	Coordinadora del servicio de laboratorio clínico.	Primer semestre de 2012. (Febrero/2012)	Laboratorio clínico HOEVC	Para dar cumplimiento al ítem 6.7 del anexo técnico de estándares de habilitación de las resoluciones 1043 de 2006, 2680 y 3763 del 2007.	Se recomienda: ✓ Diseñar consentimiento informados para los diferente procedimiento y este debe quedar firmado por el personal de salud que da la consejería y usuario además de su huella, y anexarla a la historia clínica.

ANEXO C. FOTOGRAFÍAS

Figura 1.

Figura 2.

Figura 3.

Figura 4.