

**PRIMERA AUTOEVALUACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN
DEL LABORATORIO CLÍNICO DE LA CLÍNICA LA ESTANCIA S.A.
POPAYÁN 2011.**

**ELKIN ALONSO CHILITO ARCOS
IVONNE MILENA MARTINEZ SEVILLA
MARIA NUBIA SOLARTE SOLARTE**

**UNIVERSIDAD EAN
FACULTAD DE POSGRADOS
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA Y GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD
CON ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA
POPAYAN CAUCA
2011**

**PRIMERA AUTOEVALUACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN
DEL LABORATORIO CLÍNICO DE LA CLÍNICA LA ESTANCIA S.A.
POPAYÁN 2011.**

**ELKIN ALONSO CHILITO ARCOS
IVONNE MILENA MARTINEZ SEVILLA
MARIA NUBIA SOLARTE SOLARTE**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACION PRESENTADO COMO REQUISITO
PARCIAL PARA OPTAR AL TITULO DE ESPECIALISTA EN AUDITORIA Y
GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD CON ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA**

TUTOR:

**Dra. Esp. EDDY LORENA BRAVO ENRIQUEZ
Médica general Especialista en área de la salud grado I**

**UNIVERSIDAD EAN
FACULTAD DE POSGRADOS
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA Y GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD
CON ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA
POPAYAN CAUCA
2011**

DEDICATORIA

A Dios.

Que por ser quien ha estado a nuestro lado en todo momento dándonos las fuerzas necesarias para continuar luchando día tras día y seguir adelante, quien nos dio la fe, la fortaleza, la salud y la esperanza para terminar este trabajo.

A nuestras familias.

Por habernos apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante y por su amor.

A nuestros maestros.

Por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios y para la elaboración de esta tesis; a la Dra. Eddy Lorena Bravo por su valioso tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de nuestra formación.

A clínica La Estancia S.A.

Por confiar en nosotros y permitirnos desarrollar este trabajo.

AGRADECIMIENTOS

La presente Tesis es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas, realizando lecturas, correcciones, opinando, teniendo paciencia, dando ánimo y acompañamiento en los momentos de crisis y felicidad.

Agradecemos a la Dra. Eddy Lorena Bravo coordinadora del área de auditoría de calidad del Hospital Universitario San José por su compromiso, dedicación paciencia y las correcciones y sugerencias realizadas durante la ejecución y dirección de este importante trabajo. A la clínica La Estancia S.A. por brindarnos toda la confianza necesaria que nos permitió desarrollar y culminar con éxito el trabajo de Tesis.

TABLA DE CONTENIDO

	pág.
DEDICATORIA.....	3
AGRADECIMIENTOS.....	4
RESUMEN.....	14
INTRODUCCIÓN.....	17
1. JUSTIFICACION.....	19
2. OBJETIVOS.....	21
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	24
2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	24
3. MARCO TEORICO.....	24
3.1. ANTECEDENTES DE LA ACREDITACIÓN.....	25
3.2. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA.....	25
3.2.1. Características del SOGCS.....	25
3.2.1.1. Accesibilidad.....	27
3.2.1.2. Oportunidad.....	27
3.2.1.3. Seguridad.....	28
3.2.1.4. Pertinencia.....	28
3.2.1.5. Continuidad.....	28
3.2.2. Entidades responsables del funcionamiento del SOGCS.....	28
3.2.2.1. Ministerio de la Protección Social.....	28
3.2.2.2. Superintendencia Nacional de Salud.....	28
3.2.2.3. Entidades Departamentales y Distritales de Salud.....	29

3.2.2.4. Entidades Municipales de Salud.....	29
3.2.3. Componentes del SOGCS.....	29
3.2.3.1. Sistema único de habilitación.....	30
3.2.3.2. Programa de la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.....	30
3.2.3.2.1. Niveles de operación de la auditoría.....	31
3.2.3.2.1.1. Autocontrol.....	31
3.2.3.2.1.2. Auditoría Interna	31
3.2.3.2.1.3. Auditoría Externa.....	31
3.2.3.2.2. Acciones del programa de auditoría.....	32
3.2.3.2.2.1. Acciones Preventivas.....	32
3.2.3.2.2.2. Acciones de Seguimiento.....	32
3.2.3.2.2.3 Acciones Coyunturales.....	32
3.2.3.2.3. Énfasis de la auditoría.....	33
3.2.3.2.3.1. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.....	33
3.2.3.2.4. Procesos de auditoría para las IPS.....	33
3.2.3.2.4.1. Autoevaluación del Proceso de Atención de Salud.....	33
3.2.3.2.4.2. Atención al Usuario.....	33
3.3. EL SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD.....	34
3.4. EL SISTEMA UNICO DE ACREDITACION.....	34
3.4.1. Principios Del Sistema Único De Acreditación.....	35
3.4.1.1. Confidencialidad.....	35
3.4.1.2. Eficiencia.....	35
3.4.1.3. Gradualidad.....	35
3.4.2. Ciclos Operacionales de la Acreditación.....	36

3.4.2.1. Ciclo de Preparación para la Acreditación (ciclo de mejoramiento).....	36
3.4.2.2. Ruta Critica (ciclo de aplicación).....	38
4. ESTRUCTURA DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACION PARA INSTITUSIONES PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.....	39
4.1. ESTÁNDARES ASISTENCIALES.....	39
4.1.1. Organización de los estándares asistenciales.....	39
4.2. ESTÁNDARES DE APOYO.....	42
4.2.1. Direccionamiento.....	42
4.2.2. Gerencia.....	42
4.2.3. Recursos humanos.....	42
4.2.4. Sistema de información.....	42
4.2.5. Ambiente físico.....	42
4.3. ESCALA DE CALIFICACIÓN DE LOS ESTANDARES DE ACREDITACION.....	43
4.3.1. Calificación cualitativa.....	43
4.3.2. Calificación cuantitativa.....	43
4.4. DIMENSIONES EVALUADAS EN LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN.....	43
4.4.1. Enfoque.....	43
4.4.2. Implementación.....	43
4.4.3. Resultados.....	44
4.5. VARIABLES DE CADA DIMENSIÓN.....	44
4.5.1. Enfoque.....	44
4.5.1.1. Sistemática.....	44

4.5.1.2. Amplitud.....	44
4.5.1.3. Proactividad.....	44
4.5.1.4. Ciclo de evaluación y mejoramiento.....	44
4.5.1.5. Impacto.....	44
4.5.2. Implementación.....	44
4.5.2.1. Despliegue en la institución.....	44
4.5.2.2. Despliegue hacia el cliente.....	45
4.5.3. Resultado.....	45
4.5.3.1. Pertinencia.....	45
4.5.3.2. Consistencia.....	45
4.5.3.3 avance de la medición.....	45
4.5.3.4. Tendencia.....	45
4.5.3.5. Comparación.....	45
4.6. ENTE ACREDITADOR – ICONTEC.....	50
4.6.1. Funciones del ente acreditador.....	50
4.7. PROCESO TÉCNICO PARA LA DECISIÓN DE OTORGAMIENTO DE LA CERTIFICACIÓN DE ACREDITACIÓN EN SALUD.....	51
4.8. ALCANCE DEL CERTIFICADO DE ACREDITACION EN SALUD.....	54
4.9 CLASIFICACION DE LOS LABORATORIOS CLINICOS.....	55
4.9.1. Laboratorio Clínico de Bajo Grado de Complejidad.....	55
4.9.2. Laboratorio Cínico de Mediano Grado de Complejidad.....	55
4.9.3. Laboratorio Clínico de Alto Grado de Complejidad.....	55
4.9.1 Funciones de los laboratorios clínicos.....	56

4.9.2. Condiciones básicas de los prestadores de servicios de salud.....	57
4.9.2.1. Capacidad tecnológica y científica.....	57
4.9.2.2. Suficiencia patrimonial y financiera.....	57
4.9.2.3. Capacidad técnico – administrativa.....	58
4.9.3. Estructuración (áreas y dimensiones) de los laboratorios clínicos.....	58
4.9.3.1. Área física del laboratorio clínico.....	58
4.9.3.1.1. Iluminación.....	58
4.9.3.1.2. Ventilación.....	58
4.9.3.1.3. Temperatura.....	58
4.9.3.1.4. Acústica.....	58
4.9.3.1.5. Pisos.....	58
4.9.3.1.6. Cielo Rasos, Techos, Paredes, Muros Y Mesas De Trabajo.....	59
4.9.3.1.7. Instalaciones.....	59
4.9.3.2. Área técnica.....	59
4.9.3.2.1. Toma de muestras.....	60
4.9.3.2.2. Toma de muestras ginecológicas.....	60
4.9.3.2.3. Lavado de material-esterilización.....	60
4.9.3.2.4. Área de análisis de muestras.....	60
4.9.3.2.5. Almacén y depósito de reactivos.....	60
4.9.3.3 Área administrativa.....	60
4.9.3.3.1. Sala de espera.....	61
4.9.3.3.2. Recepción.....	61
4.9.3.3.3. Área de dirección.....	61

4.9.3.4. Área de servicios generales.....	61
4.9.3.4.1. Servicios sanitarios y guardarropas.....	61
4.9.3.4.2. Área de aseo.....	61
4.9.3.4.3. Área de Recolección y manejo de basuras.....	61
5. CLINICA LA ESTANCIA S.A. DE LA CIUDAD DE POPAYAN.....	62
5.1. RESEÑA HISTÓRICA.....	62
5.2. MISIÓN.....	62
5.3. VISIÓN.....	63
5.4. VALORES.....	63
5.5. POLÍTICA DE CALIDAD.....	63
5.6. OBJETIVOS.....	64
5.7. LABORATORIO CLÍNICO.....	64
6. METODOLOGIA.....	65
6.1 TIPO DE ESTUDIO.....	65
6.2 DISEÑO METODOLOGICO.....	65
6.3. DISEÑO Y MUESTRA.....	65
6.4 VARIABLES.....	65
6.5 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	66
7. RESULTADOS.....	162
8. CONCLUSIONES.....	164
BIBLIOGRAFÍA.....	166

ANEXOS.....167

LISTA DE TABLAS

pág.

Tabla 1 Autoevaluación de los estándares de acreditación del laboratorio clínico de la clínica la estancia s.a. Popayán 2011.....	68
--	-----------

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1 Ciclos operacionales de la acreditación.....	39
Figura 2 Escala de calificación.....	46
Figura 3 Reglas de certificado de acreditación.....	53

GLOSARIO.

AUTOEVALUACIÓN: es el proceso mediante el cual se analiza y estudia cada uno de los estándares aplicables para cada servicio, a través de una calificación cualitativa, la cual consiste en comparar cada estándar con el desempeño organizacional, teniendo en cuenta sus fortalezas, soportes de las fortalezas y oportunidades de mejoramiento, y una calificación cuantitativa en donde se realiza una puntuación de 1 a 5 de cada uno de los estándares con respecto a las variables de enfoque, implementación y resultados, al igual que sus dimensiones.

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.

CLÍNICA LA ESTANCIA S.A. DE POPAYÁN: Es una institución privada que ofrece servicios de mediana y alta complejidad, dirigida a toda la población de Popayán y del departamento del Cauca. Ofrece una amplia gama de servicios ambulatorios y hospitalarios en las distintas especialidades clínicas y quirúrgicas.

ESTANDAR: Estándar se define como un modelo, criterio o regla de medición, para la operación de procesos específicos, con el propósito de asegurar la calidad en la prestación de los servicios de salud. Por otro lado señalan claramente el comportamiento esperado y deseado y son utilizados como guías

para evaluar su funcionamiento y lograr el mejoramiento continuo de los servicios.

JUNTA DE ACREDITACIÓN: La Junta de acreditación es la máxima instancia en el proceso de otorgamiento de la acreditación en Salud” y los análisis que se realicen en ella, dadas las altas cualidades de sus integrantes, son garantía de que el certificado otorgado está alineado con la intencionalidad de la acreditación.

LABORATORIO CLINICO: Es un tipo de institución prestadora de servicios públicos o privados, 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.

MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD (MCC): el mejoramiento continuo (MCC) es una filosofía y un sistema gerencial, el cual involucra los gerentes, el primer nivel directivo y los profesionales de la salud en el mejoramiento continuo de los procesos, para alcanzar mejores resultados en la atención para sus clientes/ usuarios y sus familias. Este enfoque introduce métodos estadísticos y herramientas gerenciales que reducen el desperdicio, la duplicación y el trabajo innecesario. Cuando se aplica el MCC, la meta es identificar y exceder las expectativas y necesidades de los usuarios, de sus familias, del nivel directivo, de los profesionales de la salud y de la comunidad. Para el éxito en la implementación del MCC, la organización debe orientar sus acciones hacia los clientes, a satisfacer sus necesidades y expectativas.

PROGRAMA DE LA AUDITORIA 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.

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD SOGCS: Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

SISTEMA UNICO DE ACREDITACION (SUA): Es un sistema estructurado en estándares factibles de alcanzar, procedimientos de autoevaluación, mejoramiento continuo y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de los mas altos niveles de calidad en salud por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, las EAPB y las direcciones departamentales, distritales y municipales, que decidan implementarlo. En Colombia representa el mayor nivel de calidad que puede obtener una institución dentro del SOGCS.

RESUMEN

Tomar la decisión de acreditarse por parte de una institución de salud, implica una amplia responsabilidad con su organización, con el sistema de salud y en especial con el cliente externo. Esta decisión además de la voluntad política, envuelve un análisis interno de sus fortalezas y debilidades, del conocimiento del proceso de acreditación en sí, de su compromiso con el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud y su proyección en el marco Nacional e internacional.

, La Clínica la estancia de la ciudad de Popayán, quiere dar inicio con el proceso de acreditación del laboratorio clínico; empezando por la realización de su primera autoevaluación, lo cual le permitirá establecer un diagnóstico de su situación actual frente al tema de acreditación, lo cual le permitirá obtener un diagnóstico de la situación actual en que se encuentra con relación al manual de estándares de acreditación para laboratorios clínicos definidos en la resolución 1445 de 2006 en el proceso de acreditación y generar recomendaciones para trazar los planes de mejoramiento continuo de la calidad. Se realizó un estudio de tipo descriptivo en una fase; con una metodología cuali-cuantitativa, durante en la cual se aplicó el anexo técnico, utilizando los 70 estándares del sistema único de acreditación aplicables a los laboratorios clínicos;

Este trabajo se realizó el periodo comprendido del mes de Agosto de 2010 a Marzo de 2011, a través de la revisión documental y presencial de los estándares de acreditación que aplican a laboratorio de La Clínica La Estancia S.A. Popayán 2011. Durante la evaluación por grupo de estándares con menor calificación se encontró el grupo de estándares de

derechos, acceso, recepción de pacientes y referencia y contra referencia con una moda de 1. Lo que nos permite referenciar que el Laboratorio Clínico De Clínica La Estancia SA si se presentara para la acreditación teniendo en cuenta solo los estándares asistenciales no se podrían acreditar llegando a la conclusión de que El laboratorio clínico debe ser autoevaluado periódicamente para asegurar el cumplimiento continuo de los requisitos de acreditación después de haber realizado los planes de mejoramiento.

INTRODUCCION.

En nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, establecido mediante el decreto 1011 de 2006, la acreditación en salud está planteada como uno de los componentes a través de los cuales se debe obtener el objetivo del mejoramiento continuo de la calidad. El Sistema Único de Acreditación (SUA) es una estrategia y una metodología de mejoramiento continuo de la calidad, desarrollo conceptual y metodológico a nivel mundial y de probada efectividad. Tomar la decisión de acreditarse por parte de una institución de salud, implica una amplia responsabilidad con su organización, con el sistema de salud y en especial con el cliente externo. Esta decisión además de la voluntad política, envuelve un análisis interno de sus fortalezas y debilidades, del conocimiento del proceso de acreditación en sí, de su compromiso con el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud y su proyección en el marco Nacional e internacional. Para que una entidad pueda aplicar ante el ente acreditador para optar al otorgamiento del título de “acreditado en salud”, debe estar previamente habilitada, verificado su cumplimiento por el ente correspondiente y no estar sujeta a ninguna sanción en el último año.

A partir de este cumplimiento básico , La Clínica la estancia de la ciudad de Popayán, luego de haber efectuado su autoevaluación y habiendo constatado el cumplimiento de las condiciones para la habilitación, se encuentre inscrita en el registro especial de prestadores de servicio de salud y en pro de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud, quiere dar inicio con el proceso de acreditación del laboratorio clínico; empezando por la realización de su primera autoevaluación, lo cual le permitirá establecer un diagnostico de

su situación actual frente al tema de acreditación, igualmente constituye una oportunidad para que la clínica con su laboratorio sea competitiva en el plano departamental con respecto a los servicios de laboratorio ofrecidos por otras instituciones y a nivel nacional para poder exportar sus servicios de laboratorio a otras ciudades , lo cual redundará directamente en beneficio de los usuarios que tendrán la opción de escoger entre aquellas instituciones que presenten más altos estándares de calidad.

1. JUSTIFICACION

Cuando nos referimos al termino Acreditación, hacemos referencia a uno de los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, que se pone a disposición de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), empresas administradoras de planes de beneficio (EAPB) y las direcciones departamentales, distritales y municipales, que quieran demostrar el cumplimiento de los más *altos niveles de calidad*. El primer requisito legal establecido para acceder a la acreditación es la presentación del certificado de cumplimiento de habilitación, expedido por la dirección territorial de salud correspondiente, el cual corresponde a la certificación del cumplimiento de los requisitos básicos a nivel técnico científico, administrativo y financiero, que han sido verificados por la autoridad territorial en un momento determinado.

El estado Colombiano selecciono al ICONTEC como la entidad responsable de verificar los estándares de acreditación, ICONTEC desempeña un papel muy importante, debido a que lidera un proceso de transformación cultural de las organizaciones de salud, orienta la implementación y desarrollo del sistema, por otra parte el Ministerio de la Protección Social promueve la acreditación a nivel nacional a través de la participación de las organizaciones de salud en los procesos de autoevaluación, mejoramiento continuo y evaluación externa, con la finalidad de que progresivamente, un mayor número de organizaciones de salud mejore su gestión, supere los estándares básicos definidos en el sistema único de habilitación y alcance niveles superiores de desempeño. Cuando una institución de salud inicia el proceso de acreditación, implica una importante responsabilidad con la organización, con el sistema de salud, con la entidad acreditadora y en especial con el cliente externo. Esta decisión además requiere de un análisis interno de sus fortalezas y debilidades, del

conocimiento del proceso de acreditación, de su compromiso con el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud y los beneficios que consigo conlleva la acreditación a nivel nacional e internacional. Por tal motivo la acreditación se lleva a cabo a través de dos ciclos operacionales: El primero denominado ciclo de Preparación o Mejoramiento Continuo, para iniciar este ciclo se requiere que la institución, haya tomado la decisión firme y sincera de mejorar y posteriormente llevar a cabo varias autoevaluaciones internas por medio de una calificación cualitativa y cuantitativa de los estándares de acreditación aplicables para cada servicio. Para efectos de nuestro trabajo, solo aplicaremos el primer ciclo de acreditación, debido a que Clínica la Estancia de la ciudad de Popayán ha tomado la decisión firme de dar inicio el proceso de Acreditación, lo cual hace necesario que dirijamos la aplicación de la primera autoevaluación de estándares de acreditación única y exclusivamente al laboratorio clínico de la Clínica la Estancia y no a los otros servicios que esta ofrece. El segundo ciclo corresponde a la Ruta Crítica o (ciclo de aplicación), inicia cuando la institución toma la decisión de aplicar al proceso formal de acreditación y sus autoevaluaciones le indican que han alcanzado un nivel de cumplimiento de los estándares que le permiten estimar una probabilidad razonable de alcanzar el puntaje de aprobación de acreditación. Si el ciclo de preparación o mejoramiento para la aplicación a la acreditación se ha desarrollado correctamente es de esperarse que la ruta crítica termine en el otorgamiento de la acreditación. No obstante existe la posibilidad de que la institución no logre la evaluación por parte del ente acreditador, en cuyo caso existen dos opciones: Iniciar de inmediato nuevas acciones de mejoramiento que le permitan corregir las deficiencias existentes y de nuevo volver a aplicar o apelar la decisión de acreditación, si en su concepto considera que tiene argumentos suficientes para demostrar ante el ente acreditador el cumplimiento de los estándares de acreditación. La importancia que tiene el sistema único de acreditación, cuando se lleva a cabo por parte de una organización de salud o en los servicios de salud que esta ofrece, como es el caso nuestro, que se realizara para el servicio del laboratorio clínico, siendo el primer servicio de la Clínica la Estancia al que se le realice la primera autoevaluación de los

estándares de acreditación, radica en que permite obtener un diagnóstico cualitativo (observando cuáles son sus fortalezas y oportunidades de mejoramiento) y cuantitativo (al realizar una calificación de los estándares aplicables para el servicio con respecto a las variables de enfoque, implementación y resultados), conllevando de esta manera a motivar a los otros servicios a que comiencen a desarrollar y aplicar los estándares de acreditación respectivos para cada servicio, a los clientes porque estarán seguros de recibir servicios de la más alta calidad y en general a la Clínica la Estancia que le permitirá proyectarse a futuro en un plano competitivo a nivel nacional y a nivel internacional con la exportación de sus servicios.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Realizar la primera autoevaluación de los estándares de acreditación al laboratorio clínico de la Clínica La Estancia de la ciudad de Popayán, lo cual le permitirá obtener un diagnóstico de la situación actual en que se encuentra con relación al manual de estándares de acreditación para laboratorios clínicos definidos en la resolución 1445 de 2006 en el proceso de acreditación y generar recomendaciones para trazar los planes de mejoramiento continuo de la calidad.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Obtener un estado de la situación actual del Laboratorio de la Clínica de la Estancia de la ciudad de Popayán, utilizando los 70 estándares de laboratorio clínico exigidos en el proceso de acreditación.
- Realizar la calificación cualitativa y cuantitativa de los 70 estándares que aplican para el laboratorio clínico de la Clínica La Estancia de la ciudad de Popayán en el proceso de acreditación.
- Definir las oportunidades de mejora más relevantes, que permitan aumentar el nivel de calidad de la atención brindada por el laboratorio clínico.

3. MARCO TEORICO.

3.1. ANTECEDENTES DE LA ACREDITACION.

¹A comienzos de los años 90, el Ministerio de Salud, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y diferentes organizaciones del sector (Ascofame, Asociación Colombiana de Hospitales, Seguro Social, Superintendencia Nacional de Salud, Centro de Gestión Hospitalaria, entre otros), elaboraron un “Manual de Acreditación de IPS”, tomando como referencia el “Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe”, publicado por la OPS en 1991. El manual fue aplicado por el Seguro Social y por el Ministerio de Salud, el Centro de Gestión Hospitalaria e ICONTEC, en un grupo amplio de instituciones del Seguro y otras, en una prueba piloto¹.

En el año de 1993 con la reglamentación de la ley 100 la cual crea el sistema de seguridad social integral y en sus artículos: 173, 180, 185, 186, 227 y 232 se estructura el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud SOGCS en Colombia. Posteriormente, en agosto de 1994 el Ministerio de Salud emitió el Decreto 1918, en el que se estableció la operación de un Consejo Nacional de Acreditación, sin embargo, este decreto no fue aplicado, el tema de la acreditación fue pospuesto y el manual no fue difundido. El 28 de Noviembre de 1996, el Ministerio expidió el Decreto 2174 donde se define y establece la aplicación de la calidad en salud, este decreto fue derogado posteriormente por el Decreto 2309 de 2002 (*en el cual se reglamentó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para las EPS e IPS*).

² Aproximadamente cuatro años más tarde, el Ministerio de Protección Social contrató la realización de un estudio para evaluar y ajustar el Sistema de Garantía de Calidad de las EPS e IPS, en el que se estudiaron los avances desarrollados en la acreditación de instituciones de salud en 12 países con

igual o mayor desarrollo al de Colombia, los principios desarrollados por la ISQua (International Society for Quality in Health Care), con su programa ALPHA, (Agenda for Leadership in Programs for Health Care Accreditation), como una guía a tener en cuenta por los organismos de acreditación en salud que desearan avalar su programa de acreditación en el ámbito mundial. Con base en este estudio, la experiencia del Centro de Gestión Hospitalaria en Colombia, del Consejo Canadiense de Acreditación en Salud, Qualimed, una empresa mexicana y el entonces Ministerio de Salud, se diseñó el Sistema Único de Acreditación en Salud para Colombia, después de una amplia discusión en el ámbito nacional, varias reuniones de consenso y una prueba piloto tanto en IPS, como en EPS, el Sistema Único de Acreditación en Salud se reglamentó en la Resolución 1474 de 2002 como uno de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) ².

Posteriormente con el decreto 1011 del 03 de Abril de 2006 y con lo dispuesto en los artículos 173, 180, 185, 186, 227 y 232 de la ley 100 de 1993 se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud SOGCS en nuestro país. Es importante resaltar que mediante lo contenido en el decreto 1011 del 03 de Abril de 2006 se estructura la acreditación, especialmente en sus artículos: 4 el cual nos habla de los componentes del SOGCS: El Sistema Único de Habilitación, la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad y en su artículo 41 el cual define el sistema único de acreditación, artículo 42 principios del sistema único de acreditación, artículo 43 la entidad acreditadora y finalmente el artículo 44 manual de estándares del sistema único de acreditación. Con la reglamentación de la resolución 1445 del 08 de Mayo de 2006 en su anexo técnico 1 se establece los manuales de estándares del sistema único de acreditación para entidades administradoras de planes de beneficio, instituciones prestadoras de servicio de salud hospitalarias y ambulatorias, laboratorios clínicos, instituciones que ofrecen servicios de imagenología e instituciones que ofrecen servicios de salud de habilitación y rehabilitación.

^{1,2} Antecedentes de acreditación en Colombia. Sistema único de acreditación en salud. Internet: [http:// www.acreditacionensalud.org.co/](http://www.acreditacionensalud.org.co/)

Para su anexo técnico 2 se establece los lineamientos para el desarrollo del proceso de otorgamiento de la acreditación en salud). Por otra parte la resolución 3960 establece la acreditación a los entes territoriales

3.2. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD SOGCS.

Su campo de aplicación está dirigido a los prestadores de servicios de salud, a las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen Subsidiado, las entidades adaptadas, las empresas de medicina prepagada y a las entidades Departamentales, distritales y municipales de salud. Se aplicara de manera obligatoria a los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el Artículo 279 de la Ley 100 de 1.993, y se exceptuara de su aplicación a las Fuerzas Militares y la Policía Nacional.

3.2.1. CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD SOGCS.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

3.2.1.1. Accesibilidad: ³ Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3.2.1.2. Oportunidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

3.2.1.3. Seguridad: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

3.2.1.4. Pertinencia: Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

3.2.1.5. Continuidad: Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.³

3.2.2. ENTIDADES RESPONSABLES DEL FUNCIONAMIENTO DEL SOGCS.

3.2.2.1. Ministerio de la Protección Social: ⁴ Es el encargado de desarrollar las normas de calidad, establecimiento y mantenimiento de la compatibilidad del SOGCS con otros Sistemas de Gestión de Calidad, expedir la reglamentación del decreto 1011 así como velar por su permanente actualización y aplicación para el beneficio de los usuarios. Por otra parte presta asistencia técnica a los integrantes del sistema con el propósito de orientarlos en el cumplimiento de sus responsabilidades y emitirá concepto en aspectos técnicos cuando lo soliciten las Entidades Territoriales y los prestadores de servicios de salud siempre y cuando se considere pertinente.

3.2.2.2. Superintendencia Nacional de Salud: Ejercerá las funciones de vigilancia, inspección y control dentro del SOGCS y aplicará las sanciones en el ámbito de su competencia.

³ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Decreto 1011 (03, abril , 2006. 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. Artículo 3. Características

3.2.2.3. Entidades Departamentales y Distritales de Salud: Les corresponde cumplir y hacer cumplir en sus respectivas jurisdicciones, las disposiciones establecidas en el decreto 1011 así como su divulgación, brindar asistencia a los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales para el cabal cumplimiento de las normas relativas a la habilitación de las mismas.

3.2.2.4. Entidades Municipales de Salud: Les corresponde brindar asistencia técnica para implementar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción y también realizar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud, que prestan servicios de salud a la población no afiliada.⁴

3.2.3. COMPONENTES DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD SOCGS.

Existen cuatro componentes del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud, los cuales son:

- El Sistema Único de Habilitación.
- Programa de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
- El Sistema de Información para la Calidad en Salud.
- El Sistema Único de Acreditación.

⁴ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Decreto 1011 (03 , abril, 2006) .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. Artículo 5. Entidades responsables del funcionamiento del SOCGS.

⁵ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Decreto 1011 (03, abril, 2006) .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. Artículo 6. Sistema único de habilitación

3.2.3.1. SISTEMA UNICO DE HABILITACION:

⁵ Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos, mediante los cuales se establece, se registra, se verifica y se 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. ⁵

3.2.3.2. PROGRAMA DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD.

⁶Los programas de auditoria deben 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 ⁶ y sus procesos serán obligatorios para las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud y las EAPB. Es importante tener en cuenta que la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud implica:

A. Desarrollo de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios por la organización.

B. Comparar la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas (técnicas, científicas y administrativas).

⁴ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Decreto 1011 (03, abril, 2006) .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. Artículo 32. Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

C. Las instituciones deben adoptar medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, el modelo que se aplique operará en los siguientes niveles:

3.2.3.2.1. NIVELES DE OPERACIÓN DE LA AUDITORIA.

3.2.3.2.1.1. Autocontrol: ⁵ Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

3.2.3.2.1.2. Auditoría Interna: Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.

3.2.3.2.1.3. Auditoría Externa: Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de autocontrol y auditoría interna, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa⁵.

⁵ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Decreto 1011 (03 , abril, 2006) .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. Artículo 33. Niveles de operación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

3.2.3.2.2. ACCIONES DEL PROGRAMA DE AUDITORIA.

El modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

3.2.3.2.2.1. Acciones Preventivas: Es el conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que se realizan sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad. Deben ser realizados que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.

3.2.3.2.2.1. Acciones Preventivas: Es el conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que se realizan sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad. Deben ser realizados que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.

3.2.3.2.2.2. Acciones de Seguimiento: ⁶ Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.

3.2.3.2.2.3. Acciones Coyunturales: Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de os problemas detectados y a la prevención de su recurrencia⁶.

⁶ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Decreto 1011 (03 , abril , 2006) .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. Artículo 34. Tipos de acciones.

3.2.3.2.3. ÉNFASIS DE LA AUDITORÍA.

El Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud será establecido según el tipo de entidad: EAPB, IPS y Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. Para efectos de nuestro trabajo, aplicaremos el énfasis de la auditoría a IPS.

3.2.3.2.3.1. Instituciones prestadoras de servicios de salud: ⁷Estas instituciones deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales⁷.

3.2.3.2.4. PROCESOS DE AUDITORÍA PARA LAS IPS.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud, deberán establecer un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, que comprenda los siguientes procesos:

3.2.3.2.4.1. Autoevaluación del Proceso de Atención de Salud: La entidad establecerá prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características del SOGCS: Accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

3.2.3.2.4.2. Atención al Usuario: Le corresponde a la entidad evaluar sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos.

⁷ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Decreto 1011 (03 ,abril, 2006).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. Artículo 35. Énfasis de la auditoría según el tipo de entidad.

3.3. SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD.

Es un sistema establecido por el Ministerio de Salud, cuyos propósitos están encaminados a estimular la competencia de la calidad entre los agentes del sector , orientar a los usuarios con respecto al conocimiento de las características del sistema , en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales (entidades promotoras de salud, administradoras del régimen subsidiado, entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada) , de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3.4. SISTEMA UNICO DE ACREDITACION (SUA).

El sistema único de acreditación está completamente articulado con los demás componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, ⁸en tanto que la habilitación está planteada para proteger al paciente de la prestación de servicios en las cuales los riesgos sean potencialmente inaceptables desde el punto de vista del sistema, la acreditación direcciona hacia la excelencia en el desempeño, y la auditoría sirve de elemento de comprobación acerca de si la atención observada efectivamente ha alcanzado tales niveles, así como se constituye en un mecanismo de aseguramiento de las mejoras conseguidas⁸. Finalmente el último componente correspondiente al sistema de información, articula los diferentes componentes y es el mecanismo a través del cual se materializará el incentivo de prestigio de (acreditado). Cuando una organización pasa la evaluación llevada a cabo por el ente acreditador y cumple con los prerrequisitos para aplicar formalmente y es notificada por el ente acreditador como acreditada, esta notificación tendrá una vigencia de cuatro años a partir de su fecha de notificación. La organización deberá mantener su otorgamiento de acreditado durante los próximos cuatro años, para posteriormente recibir una nueva visita de evaluación, en donde puede suceder que la organización ratifica su otorgamiento de acreditado o

por el contrario llevar a la pérdida de este otorgamiento, al encontrar el ente acreditador irregularidades o fallas en la prestación de servicios de salud de la más alta calidad.

3.4.1. PRINCIPIOS DEL SISTEMA UNICO DE ACREDITACION (SUA).

3.4.1.1. Confidencialidad:

El termino confidencialidad se entiende como la ⁹información a la cual se tenga acceso durante el proceso de acreditación, así como los datos relacionados con las instituciones a las cuales les haya sido negada la acreditación, son estrictamente confidenciales, salvo la información que solicite el Ministerio de la Protección Social

relacionada con el número de entidades que no fueron acreditadas. No obstante, la condición de Institución acreditada podrá hacerse pública, previa autorización de esta.

3.4.1.2. Eficiencia:

Las actuaciones y procesos que se desarrollen dentro del sistema único de acreditación procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles.

3.4.1.3. Gradualidad:

El nivel de exigencia establecido mediante los estándares del sistema único de acreditación será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud⁹.

⁸ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guía práctica de preparación para la acreditación en salud. Bogotá D. C. Octubre de 2004. La estrategia de la acreditación .Pag 15.

3.3.2. CICLOS OPERACIONALES DE LA ACREDITACION.

Toda organización de salud debe tener claro, que la acreditación es más que la presentación ante un ente externo para la obtención de un título que mejore su imagen externa (incentivo de prestigio), por el contrario es una estrategia para que la organización armonice sus procesos y oriente la utilización de sus recursos, conllevando al beneficio propio de la organización. Pero antes de embarcarse en la acreditación, una organización independientemente de su estado de desarrollo, debe decidir cómo se ajusta la acreditación con sus metas generales, su misión y su plan estratégico. Teniendo en cuenta lo anterior, la acreditación se desarrolla mediante dos ciclos operacionales:

3.3.2.1. CICLO DE PREPARACION PARA LA ACREDITACION (o ciclo de mejoramiento).

¹⁰ Para iniciar este ciclo se requiere que la institución, luego de haber presentado su declaración de habilitación, haya tomado la decisión firme y sincera de mejorar. Implica analizar y estudiar cada uno de los estándares y comparar contra ellos el desempeño organizacional, evaluándolo tanto en su enfoque como en su implementación y resultados ¹⁰. Este ciclo de preparación para la acreditación o (ciclo de mejoramiento), es de gran importancia, cuando una institución de salud decide llevar a cabo el proceso de acreditación, en la medida que le ofrece a la institución o servicio un claro diagnóstico de los aspectos críticos hacia los cuales debe priorizar sus acciones de mejoramiento, las cuales deben ser desplegadas en la organización. Para el desarrollo de este ciclo se debe tener en cuenta los siguientes criterios:

² MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Decreto 1011 (03, abril, 2006) .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. Artículo 42. Principios del sistema único de acreditación.

¹⁰ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución 1445 del 08 de mayo de 2006. Anexo técnico número 2. Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones. Pag 5.

- Declaración de habilitación por parte de la institución o servicio que se desee acreditar.
- Haber tomado la decisión firme y sincera de mejorar, es decir, de dar inicio con el proceso de acreditación.
- Iniciar el proceso de autoevaluación, el cual consiste en analizar y estudiar cada uno de los estándares aplicables para cada servicio, posteriormente realizar una calificación de los estándares de forma cualitativa (comparar contra cada estándar el desempeño de la organización o servicio) y una calificación cuantitativa (evaluar cada estándar tanto en su enfoque como en su implementación y resultados).

Para efectos operacionales existen dos momentos durante los cuales se realiza la autoevaluación:

A. Durante el ciclo de preparación para la acreditación, en el cual la autoevaluación tiene como objetivo ¹¹ identificar la no coincidencia del desempeño organizacional contra el desempeño ideal planteado en el estándar, estableciendo un diagnóstico de la situación actual en que se encuentra la organización o servicio e iniciando un proceso de análisis y mejoramiento ¹¹. Esta fase no tiene un periodo límite de finalización, depende de las metas y objetivos planteados por la organización o servicio, la autoevaluación se puede realizar varias veces, dependiendo única y exclusivamente de la forma como se encuentre o se vea la organización o servicio frente al cumplimiento de los estándares.

B. Durante la ruta crítica, en el cual la autoevaluación, tiene como objetivo documentar el estado de cumplimiento del estándar y evidenciar notablemente ante el ente acreditador su cumplimiento. Esta fase al contrario de la anterior, tiene un tiempo límite, los cuales estarán establecidos por la entidad acreditadora.

3.3.2.2. RUTA CRÍTICA (o ciclo de aplicación).

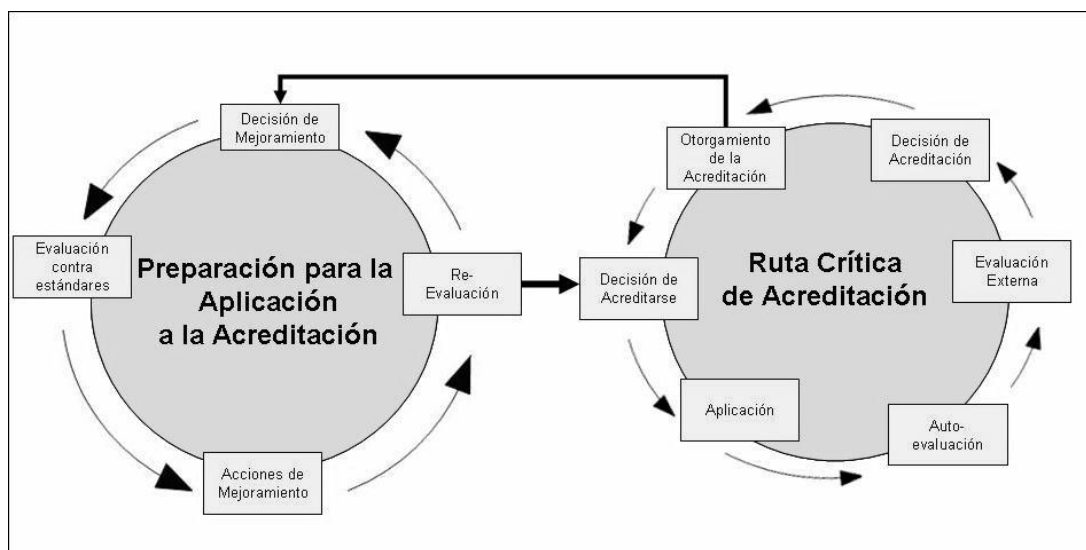
¹² Inicia cuando la institución toma la decisión de aplicar al proceso formal de acreditación y su autoevaluación le indica que ha alcanzado un nivel de cumplimiento de los estándares que le permiten estimar una probabilidad razonable de pasar la evaluación por parte del ente acreditador, y cumple con los prerequisites para aplicar formalmente. Si el ciclo de preparación para la aplicación a la acreditación se ha desarrollado correctamente es de esperarse que la ruta crítica termine en el otorgamiento de la acreditación. No obstante existe la posibilidad de que la institución no pase la evaluación por parte del ente acreditador, en cuyo caso se le abren dos opciones:

- Iniciar de inmediato nuevas acciones de mejoramiento que le permitan corregir las deficiencias existentes y de nuevo volver a aplicar.
- Apelar la decisión de acreditación, si en su concepto considera que tiene argumentos suficientes para demostrar ante el ente acreditador el cumplimiento, sin perjuicio de que esta no prospere y deba recurrir a la opción anterior. Igualmente cuando durante el desarrollo de la visita de evaluación, los evaluadores del ente acreditador encuentran evidencia que les genere dudas razonables acerca del incumplimiento del piso mínimo para la aplicación a la acreditación en salud (estándares de habilitación), suspenderán de inmediato la visita de acreditación¹².

A continuación se muestra la grafica 1, en la cual se visualiza los pasos que se llevan acabo durante los dos ciclos operacionales de la acreditación:

¹² MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución 1445 del 08 de mayo de 2006. Anexo técnico numero 2. Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones. Pag 5

Grafica 1: Ciclos operacionales de la acreditación.



4. ESTRUCTURA DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACION PARA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIO DE SALUD.

Es de gran importancia conocer la forma como se encuentran estructurados los estándares de acreditación en salud, los cuales están ordenados en dos grupos: Una primera sección donde aparecen los estándares del proceso de atención a los usuarios (asistenciales) y una segunda sección en la que se hallan los estándares de apoyo administrativo – gerencial a dichos procesos asistenciales.

4.1. Estándares Asistenciales:

El objeto de los estándares asistenciales es que señalan el camino lógico de la relación paciente - organización dentro de un proceso discreto de atención. Este camino está desarrollado mediante una serie de pasos subsecuentes y complementarios que integran, de manera coordinada, los diferentes servicios, personas y elementos clave de la atención frente al paciente y su familia.

4.1.1. Organización de los estándares asistenciales:

¹³ La organización debe tener definida una política respecto a los derechos de los clientes, acorde con el direccionamiento estratégico, los cuales son

difundidos y conocidos por todos en la organización; así mismo se conoce por todos el proceso de atención desde el ingreso hasta el egreso del paciente¹³.

Relacionado con el proceso de atención, existen subprocesos de:

- **Admisión para la atención inicial e información al paciente.**
- **Registro para la atención:** Donde se captura la información concerniente a identificación del paciente y su familia y se brinda información inicial de la organización frente al proceso de atención y derechos o servicios cubiertos.
- **Evaluación inicial del ingreso:** Donde se recoge la mayor cantidad posible de información acerca de las condiciones de ingreso y se brinda la educación acerca de las características de la enfermedad, del tratamiento y sus posibles resultados. Con base en la información obtenida, la entidad planea el cuidado y tratamiento del paciente, así como de su seguimiento, lo cual parte de la obtención del consentimiento informado, aceptación de participar o no en una investigación, se garantiza la privacidad y confidencialidad, asesoría farmacológica, valoración anestésica cuando es requerida y apoyo emocional y espiritual. Los resultados del tratamiento son asegurados mediante la atención por parte de un equipo interdisciplinario que brinda una buena información al paciente y su familia acerca de la enfermedad su evolución y cuidados posteriores.

En cuanto al proceso de gestión de la atención, se cuenta con procesos de:

- **D. Un sistema de información:** El cual asegura el registro de la información y el mantenimiento de la historia clínica de manera integral, única y segura,

¹³ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución 1445 del 08 de mayo de 2006. Anexo técnico numero 1. Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones. Pag 72.

identificando e informando a los profesionales involucrados la evolución y respuesta del paciente; el cuidado y tratamiento de acuerdo con estándares, guías y procedimientos aceptados.

- **Un proceso para el manejo de las quejas para su investigación, respuesta y mejoramiento.**
- **Un proceso y políticas de aislamiento de pacientes en los casos que sea necesario, en condiciones dignas y que aseguren su tratamiento:** El tratamiento debe ser evaluado permanentemente por la entidad y los clientes para lo cual se debe contar con procesos definidos de evaluación muestral que verifiquen el cumplimiento de estándares de atención y procedimientos adecuados para casos exitosos y para casos con resultados adversos.
- **En la evaluación con la familia se debe contar con la posibilidad de revisar los resultados esperados contra los reales y analizar las diferencias.**
- **Egreso del paciente:** Este debe ser registrado de forma tal que indique los requerimientos futuros que permitan planear los cuidados del cliente en ese momento. El plan de egreso contiene información relacionada con cuidados, medicación, alimentación, uso de equipos médicos y rehabilitación si se requiere. Así mismo, información completa del tratamiento y resultados a la EPS y a la entidad o médico que lo refirió. Este proceso de atención se debe monitorear por medio de indicadores de desempeño, redundando esto en procesos de mejoramiento que son compartidos y seguidos permanentemente.

4.2. Estándares de Apoyo:

Incluye aquellos procesos administrativos gerenciales que son críticos dentro de la organización para el apoyo de los procesos asistenciales. Se divide en cinco grupos de estándares:

4.2.1. Direccionamiento: ¹⁴ 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.

4.2.2. 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.

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

4.2.4. 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.

4.2.5. 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 ¹⁴.

Cada una de las secciones de los estándares (tanto asistenciales como de apoyo) cuenta con una sección común, correspondiente al proceso de mejoramiento continuo. Este proceso se encuentra reflejado en los últimos estándares, los cuales son comunes e idénticos en todas las secciones de estándares.

4.3. ESCALA DE CALIFICACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACION.

4.3.1. Calificación cualitativa:

Para esta calificación se debe tener en cuenta las FORTALEZAS, SOPORTES DE LAS FORTALEZAS (documentación) Y OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO (debilidades), que la organización o servicio presenta frente a cada uno de los estándares de acreditación.

4.3.2. Calificación cuantitativa:

Para realizar una calificación cuantitativa de los estándares de acreditación se deben tener en cuenta las dimensiones: Enfoque, implementación y resultado, con sus respectivas (variables) , a las cuales se les asignara una puntuación de 1 a 5, donde 1 es bajo, 3 medio y 5 alto. La calificación dependerá de la organización o servicio como se encuentre frente al cumplimiento del estándar. El estándar debe calificarse teniendo en cuenta el enfoque y la implementación como un todo y no se califican por separado.

4.4. DIMENSIONES EVALUADAS EN LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN.

4.4.1. Enfoque:

¹⁵ 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.

4.4.2. Implementación:

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

4.4.3. Resultados:

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

4.5. Variables de cada dimensión.

Cada dimensión enfoque, implementación y resultado contienen unas dimensiones que se deben tener en cuenta para su respectiva calificación cuantitativa:

4.5.1. Enfoque:

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

4.5.1.2. Amplitud: Grado en que el enfoque está presente y orienta las diferentes áreas de la organización.

4.5.1.3. Proactividad: Grado en que el enfoque es preventivo y proactivo.

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

4.5.1.5. Impacto: Grado de incidencia del enfoque en la implementación y en los resultados.

4.5.2. Implementación

4.5.2.1. Despliegue en la institución: Grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente en las distintas áreas de la organización o los distintos puntos del capítulo.

4.5.2.2. Despliegue hacia el cliente: 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.

4.5.3. Resultado:

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

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

4.5.3.3. 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.

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

4.5.3.5. Comparación: Grado en que los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y la calidad de los mismos¹⁵.

⁸ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución 1445 (08 , mayo, 2006) .Anexo técnico numero 2. Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones. Pag 6,7.

A continuación se muestra la tabla de la escala de calificación cuantitativa, con sus respectivas dimensiones y variables.

FIGURA 2 ESCALA DE CALIFICACION

Variables	Escala de Calificación				
	1	2	3	4	5
ENFOQUE					
Sistematicidad y amplitud	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 es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar en áreas claves	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	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 proactivo y preventivo en todas las áreas.
Ciclo de evaluación y mejoramiento	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.
Impacto				Existe alguna evidencia que indica que el enfoque está incidiendo en la implementación y en los procesos más importantes	La incidencia del enfoque en la implementación y en los resultados es demostrable.

FIGURA 1 (CONTINUACION)

Variables	Escala de Calificación				
	1	2	3	4	5
IMPLEMENTACIÓN Y DESPLIEGUE					
Despliegue en la institución	El enfoque se ha implementado en algunas áreas pero se refleja su debilidad.	La implementación del enfoque se da en algunas áreas operativas principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes	La implementación está más avanzada en áreas claves y no existen grandes brechas con respecto a otras áreas	Existe un enfoque bien desplegado en todas las áreas, con brechas no significativas en áreas de soporte	La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevas áreas en forma integral y responde al enfoque definido en todas las áreas claves.
Despliegue al cliente interno y/o externo (según la naturaleza y propósito del estándar)	El enfoque no se despliega hacia los clientes	Hay evidencias de despliegue a unos pocos clientes pero éste no es consistente.	Hay evidencias de implantación parcial del enfoque tanto en clientes internos como externos con un grado mínimo de consistencia.	El enfoque se despliega a la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente	El enfoque se despliega a la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente

FIGURA 1 (CONTINUACION)

Variables	Escala de Calificación				
	1	2	3	4	5
RESULTADOS					
Pertinencia	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.
Consistencia	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 responden a la implementación del enfoque y a las acciones de mejoramiento.	Todos los resultados son causados por la implementación de enfoques y a las acciones sistemáticas de mejoramiento.
Avance de la medición	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

FIGURA 1 (CONTINUACION)

Variables	Escala de Calificación				
	1	2	3	4	5
RESULTADOS					
Tendencia		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.
Comparación		No existen políticas ni prácticas de comparación de los procesos de la organización con los mejores.	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.

4.6. ENTE ACREDITADOR – ICONTEC.

Para ICONTEC, el sistema único de acreditación es de gran importancia, en la medida que contribuye a que se garantice el derecho a la vida y a la salud de las personas; en las organizaciones de salud asegura el respeto y la exaltación de valores como la equidad, la justicia, la solidaridad y la dignidad. De igual forma es fundamental que las organizaciones de salud comprendan que su razón de ser son los usuarios y que por tanto, en cada uno de los puestos de trabajo de una organización en salud debe haber liderazgo, para hacer de la calidad una realidad, es decir, para entender que la prestación de servicios de salud se orienta primordialmente a alcanzar la satisfacción de las necesidades y de las expectativas de las personas. El ICONTEC, juega un papel muy importante como entidad acreditadora de nuestro país, debido a que lidera un proceso de transformación cultural de las organizaciones de salud, orienta la implementación y desarrollo del sistema, lleva acabo debida confidencialidad y transparencia a fin de permitir a las organizaciones de salud acceder al proceso de evaluación y demostrar el cumplimiento de los estándares previamente definidos y con su autorización para dar a conocer los datos de las organizaciones que hayan sido acreditadas. Con base en los resultados alcanzados por las organizaciones de salud en el desarrollo global del sector salud y en las tendencias internacionales en materia de calidad de la atención en salud, promoverá el ajuste del nivel en la exigencia de los estándares.

4.6.1. FUNCIONES DEL ENTE ACREDITADOR.

- Seleccionar y entrenar a los profesionales que cumplirán las funciones de evaluación en el sistema único de acreditación.
- Estandarizar los procedimientos de evaluación.
- Definir el procedimiento operativo que deben efectuar las organizaciones de salud para presentarse al proceso de acreditación.
- Conformar un grupo específico integrado por conocedores de los temas de gestión, evaluación o mejoramiento de la calidad y con experiencia como directivos de instituciones de salud del sector salud, para conferir o negar la acreditación a las entidades que se sometan a este proceso.

- Crear un comité de apelaciones en el que tenga participación por lo menos un miembro de la institución que apela su decisión.
- Revocar o suspender la acreditación otorgada, cuando se configuren los supuestos previstos para dichos eventos.
- Diseñar, sistematizar y mantener actualizado un banco de datos con la información relativa a las instituciones que participen en el sistema único de acreditación.
- Realizar la divulgación sobre las organizaciones que han obtenido la acreditación.
- Promover el sistema único de acreditación.
- Elaborar y enviar un informe ejecutivo semestral al Ministerio de la protección social y a la Superintendencia Nacional de Salud.
- Las demás que se establezcan en las bases del concurso de méritos que adelantará el Ministerio de Salud.

4.7 PROCESO TÉCNICO PARA LA DECISIÓN DE OTORGAMIENTO DE LA CERTIFICACIÓN DE ACREDITACIÓN EN SALUD.

El proceso técnico para la decisión de otorgamiento de la certificación de acreditación en salud inicia cuando el ente acreditador presenta a la junta de acreditación los resultados de la evaluación, llevando a cabo la siguiente secuencia:

- Entrega del informe de evaluación y soportes pertinentes
- Análisis del informe en la junta de acreditación y solicitud de aclaraciones e información adicional y/o complementaria que la junta considere necesaria. Este análisis contiene:

A. ¹⁶ La medida en la cual la evidencia presentada por los evaluadores, alrededor del cumplimiento de los estándares de acreditación, coincide con la calificación asignada al estándar y/o al grupo de estándares. La junta tiene la discrecionalidad de pedir las aclaraciones que considere necesarias, e incluso, la competencia para ordenar una nueva evaluación en caso de considerar inadecuada la evidencia presentada.

B. La medida en la cual la categoría de acreditación asignada refleja el nivel de desempeño de la institución y la calidad de sus procesos y resultados. La junta tiene la discrecionalidad de conceptuar acerca de situaciones particulares que pueden generar riesgos para la calidad de la atención, modificando en consecuencia la decisión de acreditación, dentro de los parámetros permitidos por la tabla de reglas para la toma de decisiones de otorgamiento de acreditación¹⁶.

- Aplicación de las reglas para la toma de decisiones de otorgamiento de acreditación.
- Decisión de acreditación

En la siguiente tabla se muestra las reglas para la toma de decisiones de otorgamiento de acreditación, las cuales son aplicadas por la junta directiva

FIGURA 3 REGLAS DE CERTIFICADO DE ACREDITACION

CATEGORÍA DE ACREDITACIÓN	Reglas de Decisión		
Acreditado con Excelencia (400 puntos en adelante)	Regla 1: Ninguna calificación en cualquiera de los grupos de Estándares puede ser menor que tres.	Regla 2: La totalidad de estándares individuales de mejoramiento debe tener calificación mínima de Cuatro.	Regla 3: La institución aporta evidencia de los resultados de calidad alcanzados en el control de los riesgos y en el comportamiento de sus indicadores de calidad en niveles de Excelencia.
Acreditado (Entre 280 y 399 puntos)	Regla 1: Ninguna calificación en cualquiera de los grupos de estándares puede ser menor Que dos. Regla 2: Los estándares individuales de mejoramiento no deben tener calificación menor que dos en ninguno de los grupos	Regla 3 En ningún grupo de estándares debe existir un número mayor de tres o Más estándares individuales por debajo de dos. Regla 4: Sumados los estándares individuales con calificación menor de dos, no podrán ser más de 5. De darse las condiciones de las reglas 3 o 4 la acreditación podrá ser condicionada independientemente del puntaje obtenido. NOTA: Cuando esto ocurriese la Junta analizará si ésta situación genera un riesgo para la calidad de la atención que brinda la institución y tendrá la discrecionalidad, de acuerdo con sus conclusiones de asignar una decisión de acreditación diferente.	
Acreditación Condicionada (Entre 200 y 279 puntos)	Regla 1: Más de 279 puntos pero no cumplir con la totalidad de las exigencias de los categorías superiores NOTA: La acreditación condicionada no le permite a la institución disfrutar de ninguno de los incentivos para las instituciones acreditadas y solamente implica que la institución dispondrá de un período adicional de seis meses para mejorar su desempeño y alcanzar la categoría de acreditado. Si esto no ocurriere se le asignará la categoría de “No Acreditado”		
NO ACREDITADO			

4.8. ALCANCE DEL CERTIFICADO DE LA ACREDITACIÓN EN SALUD.

¹⁷ El certificado de acreditación en salud será entregado por el ente acreditador acompañado de un documento complementario que determine el alcance de la distinción otorgada, el cual deberá tomar en consideración:

- La extensión de las sedes de una misma institución que serán incluidas en la evaluación de la acreditación, la cual estará determinada por el modelo de atención de la institución, tomando particular cuidado en que reflejen la integralidad de los procesos de atención al usuario.
- A una misma institución pueden aplicar estándares de acreditación asistenciales de diferentes manuales, dependiendo de los servicios que la institución brinde. El ente acreditador informará a la institución, previamente a la visita de evaluación, cuales estándares le serán evaluados ¹⁷.

¹⁷ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución 1445 (08 , mayo , 2006) .Anexo técnico numero 2. Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones. p. 4.

4.9. CLASIFICACION DE LOS LABORATORIOS CLINICOS EN COLOMBIA.

Los laboratorios clínicos públicos y privados se clasificarán en bajo, mediano y alto grado de complejidad, de acuerdo con el nivel de especialización de las pruebas, exámenes y procedimientos que se realicen, el recurso humano, administrativo, infraestructura física y tecnológico del que dispongan. Todos los laboratorios clínicos deberán estar en capacidad de apoyar la vigilancia epidemiológica de la población en su área de influencia.

4.9.1. Laboratorio Clínico De Bajo Grado De Complejidad:

Es aquel que cuenta con el recurso humano, infraestructura física y la tecnología requerida que le permita realizar por lo menos las pruebas básicas de laboratorio que apoyen el diagnóstico de los problemas de salud en su área de influencia, pudiéndose valer del sistema de referencia y contrarreferencia.

(Tabla 1 listado de procedimientos de laboratorio clínico de nivel 1 acuerdo 08 de 2009 de la CRES anexo técnico 2)

4.9.2 Laboratorio Clínico De Mediano Grado De Complejidad: Es aquel que cuenta con el recurso humano, la tecnología e infraestructura física que le permita realizar por lo menos los exámenes de bajo y mediano grado de complejidad, dirigidos a apoyar el diagnóstico de los problemas de salud en su área de influencia, pudiéndose valer del sistema de referencia y contrarreferencia. **(Tabla N2 listado de procedimientos de laboratorio clínico de nivel 2 acuerdo 08 de 2009 de la CRES anexo técnico 2)**

4.9.3. Laboratorio Clínico De Alto Grado De Complejidad:

Es el laboratorio clínico de mayor complejidad que cuenta con el recurso humano especializado, tecnología avanzada e infraestructura física requerida para realizar exámenes de baja, mediana y alta complejidad dirigidos a apoyar el diagnóstico de los problemas de salud en su área de influencia, pudiéndose valer del sistema de referencia y contrarreferencia. **(Tabla N3 listado de**

procedimientos de laboratorio clínico de nivel 3 acuerdo 08 de 2009 de la CRES anexo técnico 2)

4.9.1. FUNCIONES DE LOS LABORATORIOS CLINICOS:

Todo Laboratorio clínico independiente del grado de complejidad, para cumplir con el proceso de recepción, toma, procesamiento y análisis de exámenes, tiene las siguientes responsabilidades:

- Prestar el servicio de laboratorio clínico en cuanto a recepción, toma de muestra, transporte, procesamiento, análisis e informe de resultados de manera oportuna, eficiente y confiable.
- Participar en los estudios para la implantación de nuevas técnicas y procedimientos, así mismo como en la organización, operación, actualización y difusión de pruebas en uso y sus correspondientes valores de referencia.
- Orientar sobre los avances tecnológicos y científicos que inciden en el laboratorio clínico, el mejor aprovechamiento de los mismos, la interpretación de resultados y educar sobre lo que se realiza en el laboratorio clínico para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las diferentes patologías.
- Colaborar con el estudio de verificación de información de muestras cuyo análisis, resultado o interpretación sean dudosos.
- Expedir los resultados de los exámenes solicitados en forma eficiente y oportuna.
- Mantener un programa de Garantía de la Calidad en el laboratorio clínico.
- Administrar, planear, definir e implementar normas de calidad, costo y utilidad de los estudios y procedimientos que se realizan en el laboratorio clínico.
- Proceder bajo las normas éticas y legales.
- Servir de apoyo a la vigilancia epidemiológica en el área de influencia.

- Brindar permanente apoyo, servicio ético y profesional a todos los usuarios del laboratorio.
- Mantener un sistema de registro de las pruebas realizadas y los resultados obtenidos.

Antes de mencionar como deben estar estructurados los laboratorios clínicos en Colombia, es importante tener en cuenta lo establecido por la resolución 1043 del 03 de Abril de 2006 en su artículo primero, resuelve las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicio de salud y todos aquellos establecimientos que presten servicios de salud, para su entrada y permanencia en el sistema único de habilitación con lo siguiente:

4.9.2. CONDICIONES BASICAS DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

4.9.2.1. Capacidad tecnológica y científica:

Son los estándares básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios, en el marco de la prestación del servicio de salud, esta comprendido por: Recurso humano, infraestructura, instalaciones físicas, mantenimiento; dotación, medicamentos, dispositivos médicos para uso humano y su gestión; procesos prioritarios asistenciales; historia clínica , registros asistenciales; interdependencia de servicios; referencia de pacientes y seguimiento a riesgos en la prestación de servicios de salud.

4.9.2.2. Suficiencia Patrimonial y Financiera:

Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su

competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo. Estas son:

4.9.2.3. Capacidad técnico – administrativa:

Son condiciones de capacidad técnico administrativa para una Institución Prestadora de servicios de salud, las siguientes:

A. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.

B. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la institución prestadora de servicios de salud, cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

4.9.3. ESTRUCTURACION (AREAS Y DIMENSIONES) DE LOS LABORATORIOS CLINICOS:

4.9.3.1. AREA FISICA DEL LABORATORIO CLINICO:

4.9.3.1.1. Iluminación: Los laboratorios clínicos deben contar con suficiente y adecuada iluminación natural y artificial en todos los sitios de trabajo.

4.9.3.1.2. Ventilación: Los laboratorios clínicos cualquiera que sea su grado de complejidad deben contar con ventilación natural y/o artificial.

4.9.3.1.3. Temperatura: La temperatura en los laboratorios clínicos, cualquiera que sea su grado de complejidad deberá estar entre 15 y 25 grados centígrados.

4.9.3.1.4. Acústica: En lo referente a valores acústicos permisibles, se cumplirá con los límites reglamentados por el Ministerio de Trabajo y Seguridad

Social, en la Resolución No. 1792 de 1990, para la exposición ocupacional al ruido.

4.9.3.1.5. Pisos: Los pisos deben cumplir las siguientes condiciones: Ser uniformes, impermeables, sólidos, resistentes, antideslizantes, incombustibles y de fácil limpieza y desinfección.

4.9.3.1.6. Cielo rasos, techos, paredes, muros y mesas de trabajo: Deben cumplir con las siguientes condiciones: Ser impermeables, sólidos de superficie lisa y que los materiales usados para sus terminados no contengan sustancias tóxicas, irritantes o inflamables.

4.9.3.1.7. Instalaciones: Todas las áreas del laboratorio clínico deben contar con instalaciones eléctricas, sanitarias, e hidráulicas. Las tuberías para el suministro de agua y la corriente eléctrica deben estar plenamente identificadas.

A. Instalación eléctrica: Debe contar con circuitos eléctricos independientes, con corriente para 110 y 220 voltios, si es necesario. Se debe prever estabilizador general o regulador de corriente con instalación de polo a tierra.

B. Instalaciones hidráulicas: Las instalaciones hidráulicas deben ser suficientes para las necesidades del laboratorio en los aspectos de localización y presión. El laboratorio debe contar con una regadera de presión y un lavavojos, en caso de emergencia.

4.9.3.2. AREA TECNICA:

El área técnica de los laboratorios clínicos incluirá las siguientes subáreas, entre otras:

4.9.3.2.1. Toma de muestras: Debe existir un área dedicada exclusivamente para toma de muestras que estará dotada con los equipos, materiales y elementos necesarios para realizar este procedimiento.

4.9.3.2.2. Toma de muestras ginecológicas: Contará con una camilla para examen ginecológico, lámpara cuello de cisne, espéculos y material necesario para realizar este procedimiento.

4.9.3.2.3. Lavado de material-esterilización: Debe existir un área de lavado de material - esterilización ubicada independiente del resto de las áreas técnicas.

4.9.3.2.4. Área de análisis de muestras: Todas las áreas de análisis de muestras deben contar con los equipos, elementos, material y recurso necesario según su grado de complejidad. Todos los materiales biológicos deben trabajarse como material potencialmente infeccioso. Todas las áreas de análisis de muestras deben ser restringidas al público.

A. El área técnica de Microbiología deberá estar ubicada independientemente del resto de áreas de análisis de muestras.

B. El área técnica de análisis de muestras que requieran metodologías radioactivas, deberá estar ubicada independiente del resto de áreas de análisis de muestras.

4.9.3.2.5. Almacén y depósito de reactivos: Es necesario disponer de un depósito de materiales y reactivos independiente.

4.9.3.3. AREA ADMINISTRATIVA:

El área administrativa de los laboratorios clínicos incluirá las siguientes subáreas:

4.9.3.3.1. Sala de espera: Se dispondrá de un espacio amplio, con adecuada iluminación y ventilación, ubicada a la entrada del laboratorio. Estará equipado con sillas suficientes, de acuerdo al volumen de usuarios a atender.

4.9.3.3.2. Recepción: Debe contarse con un área independiente localizada a la entrada del laboratorio, donde el personal reciba inicialmente a los pacientes y se suministre información.

4.9.3.3.3. Área de dirección: Debe existir un área en el laboratorio para dirigir las actividades técnicas administrativas.

Teniendo en cuenta la información anteriormente mencionada, concerniente a las funciones, estructuración y composición de los laboratorios clínicos en Colombia, la cual nos permite tener una radiografía general del servicio de (LABORATORIO CLINICO), comenzaremos hablando de la forma en que se encuentra estructurada la Clínica la Estancia S.A., especialmente acerca de el servicio de (Laboratorio Clínico).

4.9.3.4. AREA DE SERVICIOS GENERALES:

El área de servicios generales de los laboratorios clínicos incluirá según el grado de complejidad de cada laboratorio, las siguientes sub áreas, entre otras:

4.9.3.4.1. Servicios sanitarios y guardarropas: Debe contar con servicios sanitarios, independientes para el personal del laboratorio y para el público. Tendrán vestieres con casilleros individuales para el personal del laboratorio.

4.9.3.4.2. Área de aseo: Debe contarse con un área para el material de aseo.

4.9.3.4.3. Área de Recolección y manejo de basuras: Debe existir un área específica para el depósito de basuras y desechos, que cumplan con las condiciones técnico-sanitarias establecidas en el Decreto 1918 de 1994,

Decreto 605 de 1996 y especialmente con la resolución 2309 de 1986 expedida por el Ministerio de Salud para el manejo y disposición final de los desechos. El transporte interno de residuos sólidos se hará a través de montacargas, ascensores, escaleras y rampas observando las condiciones sanitarias en el empaque, protección y presentación para evitar problemas de salud por esparcimiento y contaminación. Debe tenerse en cuenta la prohibición del uso e instalación de ductos con el propósito de evacuar por ellos los residuos sólidos. (Resolución 04445 de 1996 y la Resolución 05042 de 1996).

5. CLINICA LA ESTANCIA S.A. DE LA CIUDAD DE POPAYAN.

5.1. Reseña histórica:

En el mes de julio de 1999 nace la Clínica La Estancia S.A como iniciativa de un grupo de caucanos que con seguridad creyeron que la población del departamento del Cauca y la ciudad de Popayán merecían otra alternativa para la solución de sus problemas de salud, partiendo de una base orientada hacia la calidad del servicio y el respeto por el ser humano. Con este objetivo orientaron su hacer institucional bajo el lema “Recuperando la salud de los caucanos”, asumiendo con la mayor responsabilidad y entusiasmo el reto de fortalecer un proyecto empresarial en un medio hostil y crítico, toda vez que el resto del país un sin número de clínicas y hospitales estaban cerrando sus servicios. Actualmente la Clínica La Estancia S.A. de Popayán es una institución privada de mediana y alta complejidad, que ofrece servicios ambulatorios y hospitalarios en las distintas especialidades clínicas y quirúrgicas en el departamento del Cauca.

5.2. Misión:

Estamos comprometidos con el cuidado y la recuperación de la salud de nuestros usuarios, porque apreciamos sus vidas; garantizando sus derechos y deberes, propiciando el desarrollo del conocimiento científico, la vocación de servicio, la docencia y la investigación en un ambiente adecuado: innovador,

tranquilo, humanizado y seguro, generando la confianza requerida que nos hace únicos.

5.3. Visión:

En el 2011 La Estancia será una clínica reconocida por su liderazgo en la prestación de servicios de salud y desarrollo empresarial con cobertura regional, que proponga un nuevo concepto en la atención y respeto por el usuario y un referente importante nacional e internacional del ejercicio de la medicina con calidad, comprometidos con el desarrollo social y el cuidado por el medio ambiente.(está pendiente actualizar la filosofía organizacional en julio el 2011)

5.4. Valores

- **El Compromiso** con nuestra institución el cual está basado en el sentido de pertenencia, actitud proactiva, criterio y responsabilidad con uno mismo y con la misión institucional
- **La Solidaridad**, entendida como la convivencia social dentro de nuestra empresa para servir con sentido humano respeto a todos nuestros usuarios.
- **La calidez.** Representada en el calor humano, buen trato y amabilidad, hacia nuestros usuarios.
- **La Eficiencia.** Considerada como el logro de los objetivos establecidos por nuestra institución teniendo la convicción de que todo lo realizado se hace de acuerdo con nuestros valores y conocimientos

5.5. Política de Calidad.

- Lograr la satisfacción de nuestros clientes de manera integral, brindando servicios de salud que cumplan con las características de calidad y excedan sus expectativas, contando con personal competente, tecnología e infraestructura adecuada, desarrollando

procesos de mejoramiento continuo observando los valores de la empresa con el fin de agregar valor a nuestro entorno.

5.6. Objetivos.

- Garantizar la pertinencia médica en el tratamiento de la salud de nuestros usuarios.
- Proveer los recursos necesarios y suficientes para la prestación de los servicios.
- Generar una oferta de servicios que garantice la accesibilidad a los mismos.
- Establecer procesos de atención que permitan resolver de manera oportuna las exigencias de los usuarios.
- Garantizar la estabilidad económica del proyecto empresarial y las expectativas de los accionistas.

5.7. Laboratorio Clínico.

El laboratorio cuenta con equipos de alta tecnología como:

- Equipo automatizado de química clínica BS-300.
- Equipo de microbiología.
- Equipo automatizado de última generación de hematología: Pentra 80, ABX, Micros de tercera generación.
- Equipo automatizado de 3 nivel BS-300.
- Equipo de orinas para realizar la lectura automatizada.
- Equipo de electrolitos con resultado de 3 minutos.
- Equipo de gases arteriales con resultado de 2 minutos.

6. METODOLOGIA

6.1. TIPO DE ESTUDIO:

Se realizo un estudio de tipo descriptivo en una fase; en la cual se aplicó el anexo técnico 1 de la resolución 1445 de 2006 por la cual se definen las funciones de la entidad acreditadora y se adoptan otras disposiciones.

6.2. EL DISEÑO METODOLÓGICO:

Este trabajo se realizara con una metodología cuali-cuantitativa, de corte descriptivo, durante el periodo comprendido del mes de Agosto de 2010 a Marzo de 2011, a través de la revisión documental y presencial de los estándares de acreditación que aplican a laboratorio de La Clínica La Estancia S.A. Popayán 2011. Como instrumento de evaluación se utilizara la resolución 1445 de 2006 con su anexo técnico 1, el cual establece los manuales de estándares del sistema único de acreditación, para el caso nuestro aplicaremos el (manual de estándares de acreditación para los laboratorios clínicos).

6.3. UNIVERSO Y MUESTRA:

Se realizo la primera autoevaluación al laboratorio de la clínica la estancia S.A. de Popayán , utilizando los 70 estándares del sistema único de acreditación aplicables a los laboratorios clínicos, los cuales están contenidos en la resolución 1445 de 2006 en su anexo técnico 1.

6.4. VARIABLES:

Para la calificación cuantitativa de los estándares del sistema único de acreditación se utilizaron las siguientes dimensiones y sus respectivas variables:

6.4.1. DIMENSIONES:

- **Enfoque:**
- **Implementación:**

➤ **Resultados:**

6.4.2. VARIABLES DE CADA DIMENSIÓN:

6.4.2.1. ENFOQUE:

- Sistematicidad.
- Amplitud.
- Proactividad.
- Ciclo de evaluación y mejoramiento.
- Impacto

6.4.2.2. IMPLEMENTACIÓN:

- Despliegue en la institución.
- Despliegue hacia el cliente.

6.4.2.3. RESULTADO:

- Pertinencia
- Consistencia
- Avance de la medición
- Tendencia
- Comparación.

6.4.3. TECNICA Y RECOLECCION LA INFORMACION.

Para la recolección de los datos se utilizaron dos tipos de calificación: Una Cualitativa y otra cuantitativa. Para la calificación cualitativa se utilizó una matriz en donde se recogió toda la información concerniente a las fortalezas, soportes de las fortalezas y las oportunidades de mejoramiento del servicio de laboratorio de la clínica la estancia S.A. de Popayán. Para la calificación cuantitativa se utilizaron los 70 estándares del sistema único de acreditación aplicables al laboratorio clínico y se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones: Primero se analizó el significado de las tres dimensiones: Enfoque, Implementación, y resultados, así como sus respectivas variables.

Posteriormente se realizó la interpretación individual de cada uno de los 70 estándares de acreditación. Una vez realizado el correspondiente análisis e interpretación, nos dirigimos a la escala de calificación de cada una de las dimensiones y sus respectivas variables, ubicándonos en la escala del numeral 3 (grado mediano de madurez), comparando la organización o servicio con las características del numeral 3 y evaluamos si corresponde a este numeral, si corresponde a este, se califica como 3. Si no corresponde al numeral 3, porque considera que la organización o servicio supera las características de este numeral, nos desplazamos hacia el numeral 4, si esta acorde con este numeral, califíquelo con 4., si considera que es mayor, se calificara con el numeral 5. En caso contrario que la organización o servicio tenga un grado menor al numeral 3, se lo calificara con el numeral 2 y si es menor que el numeral 2, se lo calificara con el numeral 1.

TABLA 1. PRIMERA AUTOEVALUACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN DEL LABORATORIO CLÍNICO DE LA CLÍNICA LA ESTANCIA S.A. POPAYÁN 2011.

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN											
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL	
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación		
DERECHOS DEL PACIENTE															
1. Existe una declaración de los derechos y deberes de los pacientes o código de ética en la organización que guíe el proceso de atención al cliente, el cual está definido desde el plan de direccionamiento estratégico de la organización.	La declaración de los derechos de los pacientes y el código de ética y buen gobierno si están dentro de la filosofía	Existe una declaración de los deberes y derechos en el laboratorio. Existe un folleto donde se encuentran descritos los derechos y deberes de los pacientes	Revisar e incluir en la plataforma estratégica las políticas y comportamientos observables relacionados con los derechos y deberes de los pacientes (Declaración de derechos y deberes, código de ética de buen gobierno, reglamento interno, manual de funciones, etc.)	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	2	

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN											
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN	RESULTADOS					TOTAL		
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia		Comparación	
DERECHOS DEL PACIENTE															
2. La organización garantiza que el personal que labora en la misma ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los deberes y derechos de los pacientes o en el código de ética, y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices.	Se ha socializado los derechos y deberes de los pacientes dentro del periodo de inducción, se cuenta con el apoyo de auditoria medica para dar asesoría personalizada dándole a conocer sus derechos cuando el paciente reclama un determinado servicio o requiere resolver su situación	Existe lista de asistencia a dichos procesos. Existen evaluaciones de las capacitaciones de los derechos y deberes de los pacientes	Fortalecer la difusión, socialización y entrenamiento de los derechos y deberes a través de comportamientos observables y estrategias específicas para cada derecho y/o unidad funcional.	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN											
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL	
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación		
DERECHOS DEL PACIENTE															
3. La organización garantiza que los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.	Documentos y bases: sistematizadas por medio de las cual se demuestre la socialización al cliente interno	En cada servicio se encuentran documentados los derechos y deberes de los pacientes.	Crear estrategias con incentivos que motiven al colaborador a divulgar y cumplir con los derechos de los pacientes.(Concurso con premios que los hagan competitivos).	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN											
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN	RESULTADOS					TOTAL		
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia		Comparación	
DERECHOS DEL PACIENTE															
4. En los casos en que los derechos de los pacientes deban ser informados a estos, y las condiciones de los pacientes no permitan que comprendan su contenido (infantes, limitaciones mentales, etc.), la organización debe garantizar que estos sean informados y entendidos por un acompañante con capacidad de comprensión.			Desarrollar y establecer las estrategias de divulgación de los derechos y deberes al paciente y su familia.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN											
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL	
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación		
DERECHOS DEL PACIENTE															
5. En los casos que el paciente, por razones implícitas a su sistema de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, no tenga derecho a los servicios que está solicitando, la organización proveerá la explicación pertinente y los mecanismos que el paciente podría seguir para acceder potencialmente a dichos servicios.	Desde Auditoria medica de calidad se identifique un paciente de estas características se comunica con la entidad pertinente para gestionar una posible solución donde prima siempre la salud del paciente		Fortalecimiento continuo de conocimientos a todo el personal involucrado; sobre normatividad vigente, derechos de los pacientes y estado de los contratos. Realizar una guía o instructivo donde se explique cual es el proceso para acceder a los servicios	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
DERECHOS DEL PACIENTE														
6. La organización garantiza que el proceso de atención a los pacientes se proveerá atendiendo al respeto que merece la condición de paciente, independiente de sexo, edad, religión, grupo étnico, preferencias sexuales o condición médica.	Indicadores de satisfacción del cliente externo.	Las encuestas de satisfacción que se realizan cada vez que se le atiende a un paciente, al final del mes se realizan una tabulación obteniéndose un resultado de satisfacción del usuario. Software Datalab. Servidores de seguridad	Generar estrategias que permitan reforzar el respeto entre las personas y los equipos de trabajo del laboratorio. Realizar capacitaciones de atención al cliente	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN											
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ENFOQUE		IMPLEMENTACIÓN			RESULTADOS				TOTAL		
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia		Comparación	
DERECHOS DEL PACIENTE															
<p>7. La participación de los pacientes en investigaciones (clínicas o no) deben contar con una aceptación escrita y explícita de los mismos. Previo a esta aceptación se informará oralmente y por escrito al paciente de dicha solicitud, explicándole los alcances y riesgos de su participación.</p> <p>§ Si la investigación amerita la reunión de un comité de ética debe garantizarse que este se reunió y dio su aprobación formalmente mediante acta.</p> <p>§ La negativa por parte del paciente no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología.</p>	<p>Existe un protocolo de investigación dentro del comité de Ética dónde se revisa que el proceso se cumpla y se da el aval para que la investigación se lleve a cabo.</p>	<p>Actas de reunión de dicho comité. Listas de asistencias. Protocolo. Informe de evaluación de seguimiento a las investigaciones.</p>	<p>Conformación del Subcomité de investigaciones de la Clínica la Estancia para mejorar la oportunidad. Socialización del protocolo a nivel institucional.</p>	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	CALIFICACIÓN										
	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS				TOTAL	
	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia		Comparación
GRUPO DE DERECHOS DEL PACIENTE DEL 1 AL 7	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE														
8. La organización garantiza, mediante un proceso estandarizado el derecho del acceso oportuno de los servicios requeridos por el paciente. § Para garantizar el acceso oportuno a los pacientes cuenta con una adecuada programación de los tiempos de los profesionales y para respetar el tiempo de los pacientes, programa la agenda teniendo en cuenta los estándares de tiempo que se necesita.	El laboratorio controla mediante mecanismos estandarizados el tiempo (llegada, salida,) de los profesionales que tiene a cargo, lo cual permita el acceso oportuno del paciente a los servicios de toma de muestras y exámenes de laboratorio. La Facturación de los exámenes en los horarios : 12pm a 2pm y 5pm a 7pm	Los indicadores de oportunidad de entrega de resultados en un tiempo determinado. Tiempos estandarizados para todas las urgencias y unidades especiales (UCI, UCIN, adultos y neonatal) . se monitoriza mediante huella dactilar el tiempo de llegada y salida de los profesionales	Crear procesos para las demás áreas con límites de tiempo y una agenda de programación de citas para los exámenes de consulta externa.	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE														
9. La Institución Prestadora de Servicios de salud tiene definidos los indicadores y estándares de oportunidad para los servicios que presta.	Indicadores y estándares de oportunidad en el laboratorio	Existen los registros de estadística. Existe un programa en Excel que recoge todos los indicadores. Existen unos instructivos de aplicación por cada indicador.	Mejorar los estándares oportunidad en el laboratorio.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE														
10. Los tiempos definidos en el estándar 9 serán utilizados dentro del proceso de asignación de citas, cuando aplique según la prueba a realizar.	Indicadores y estándares de oportunidad en el laboratorio	Los indicadores de oportunidad de entrega de resultados en un tiempo determinado. Tiempos estandarizados para todas las urgencias y unidades especiales (UCI, UCIN, adultos y neonatal).	Realizar los indicadores respectivos para éste proceso	2	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE														
11. La organización garantiza un proceso que incluye información sobre copagos, cuotas moderadoras o pagos especiales que debe hacer el paciente y oferta presentada. § La organización distribuye dicha información o listados a las personas que están directamente involucradas en la gestión de los procesos de atención (Ej.: portería, recepción, profesionales, etc.)	Un área de facturación de laboratorio donde se le da información a los pacientes, acerca de los copagos, cuotas moderadoras y pagos especiales. pero no se realiza dicha socialización a las personas involucradas en la gestión de los procesos de atención(portería , recepción , profesionales)	Tablas copagos, cuotas moderadoras o	Documentar el proceso	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
				ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE														
12. En caso de no atención a los pacientes, por cualquier motivo, la organización cuenta con un sistema de investigación, análisis e información sobre las causas de desatención. La organización es libre de definir la categorización o listado de causas de desatención y amplitud.	el laboratorio no tiene definidas categorizaciones de causas de desatención , pero si realiza las investigaciones de las quejas y reclamos presentadas por los pacientes a través del SIAU	Respuesta a las quejas mediante las investigaciones que se realicen.	Definir la estrategias para la investigación, análisis e información de las causas de desatención	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
				ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE														
13. La organización, a través de un método de estudio probado y validado, conoce y analiza aquellos casos en los cuales los pacientes no pudieron acceder a los servicios.			Documentar el método para conocer y analizar aquellos caos en los cuáles los pacientes no pudieron acceder a los servicios	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE														
14. El laboratorio 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 periódicamente su adherencia.	el laboratorio cuenta con instructivos de condiciones para la preparación y toma de muestras, pero no existe un protocolo con criterios explícitos.	Todo el personal lo realiza de acuerdo a los procesos documentados.	Documentar el protocolo con criterios explícitos	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE														
<p>15. Referente a las guías o instructivos contemplados en el estándar de esta sección, se debe garantizar que :</p> <p>§ Estas guías o instructivos se usan en el sitio que asigna las citas, desde el momento mismo en que el paciente solicite la autorización para la realización de un exámenes.</p> <p>§ La organización garantiza que estos protocolos son revisados periódicamente y cada actualización es enviada al sitio donde se asigna la cita.</p> <p>§ Se garantiza que se deja constancia (física o dentro del sistema de información) sobre las recomendaciones dadas a paciente para su preparación.</p>			Diseñar e Implementar el protocolo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE														
<p>16. La organización garantiza la información al usuario sobre servicios que presta la organización, pero a los cuales no tiene derecho el paciente. La información debe ser explícita con relación a la forma cómo acceder a la prestación de dichos servicios no cubiertos.</p> <p>§ Cuando el prestador de servicios sea parte de una red propia de una EPS, y sea esta quien programe la atención en el respectivo prestador, además de cumplir con los estándares anteriormente mencionados, también deberá demostrar el cumplimiento de los siguientes estándares:</p>	No esta el proceso implementado		Implementar el protocolo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE														
<p>17. Se cuenta con un proceso de asignación de citas, con sus respectivos procesos estandarizados, para los pacientes que requieran de sus servicios.</p> <p>§ El sistema de soporte mencionado en el estándar podrá estar basado en diversas modalidades conocidas en el sistema de salud (Call Centers, servicios telefónicos o presenciales propios en la respectiva sede, etc.).</p> <p>§ El sistema de soporte cuenta con las bases de datos actualizadas de los pacientes con derecho a recibir servicios en el (los) prestador(es).</p>			Implementar el protocolo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE														
18. Se conoce, por aquel que asigna la cita, entre otra información, la disponibilidad de servicios, horarios de atención y sedes a las que tienen derecho de atención.	el personal de laboratorio conoce toda la información acerca de disponibilidad de servicios, horarios de atención pero falta documentarlo		Documentar la información. Crear una agenda de citas.	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
				ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE														
19. Al momento de asignar la cita al paciente se le informa la fecha y hora. Se deja constancia de esta información en el sitio donde se asigna la cita.			Crear e implementar el proceso de asignación de citas y agenda.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	CALIFICACIÓN										
	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS				TOTAL	
	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia		Comparación
GRUPO DE PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE DEL 8 AL 19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESO DE RECEPCION DEL PACIENTE														
<p>20. Existe un proceso de admisión y preparación del paciente para la atención, durante el cual se le orienta sobre lo que debe hacer antes de la atención por el técnico o profesional a cargo.</p> <p>§ Existe un proceso inicial para informar al paciente acerca de los aspectos concernientes a su atención, así como aspectos administrativos tales como tarifas, copagos o cuotas moderadoras y documentación requerida para su atención.</p> <p>§ La orientación incluye la recepción de documentos e indicaciones para la espera de llamados o avisos especiales para su atención.</p>	Si existe un proceso de admisión y preparación del paciente ,pero no esta documentado	El personal conoce la preparación de cada uno de los exámenes. Existen instructivos para la preparación de los exámenes.	Documentar el proceso de admisión y preparación del paciente.	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1

<p>§ El personal a cargo de la recepción del paciente conoce el proceso de atención del cliente desde que llega a la institución hasta su egreso del laboratorio, el cual también es conocido por todo el personal de atención de la organización.</p> <p>§ Se cuentan con procesos estandarizados para informar, desde la misma recepción del paciente, los procesos administrativos que se adelantarán con los resultados de los exámenes, con el fin de que este conozca qué pasará con dichos resultados</p>														
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESO DE RECEPCION DEL PACIENTE														
21. La organización cuenta con un proceso de asesoramiento para la resolución de inconvenientes, en los casos en los cuales los pacientes carezcan de algún soporte, o no cumplan con todos los trámites administrativos pertinentes...	Asesoría por auditoria medica.	Desde Auditoria medica de calidad se identifique un paciente de estas características se comunica con la entidad pertinente para gestionar una posible solución donde prima siempre la salud del paciente	Documentar el proceso de asesoramiento para la resolución de inconvenientes	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESO DE RECEPCION DEL PACIENTE														
22. El personal de recepción en el laboratorio clínico está entrenado, y cuenta con un procedimiento para identificar si los pacientes que requieren preparación previa, cumplen con dicha preparación. En todo caso, este proceso está apoyado por los profesionales y técnicos de la institución cuando sea necesario.	El personal de recepción del laboratorio esta entrenado para identificar los pacientes que requieren preparación previa pero no se cuenta con un procedimiento documentado.	El personal conoce la preparación de cada uno de los exámenes. Existen instructivos para la preparación de los exámenes.	Documentar el procedimiento para identificar si los pactes que requieren preparación previa, cumplen con dicha preparación,	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESO DE RECEPCION DEL PACIENTE														
23. El personal de recepción deberá indicar al paciente que no esté adecuadamente preparado los pasos a seguir para el cumplimiento de dicho requisito. En todo caso, este proceso está apoyado por los profesionales y técnicos de la institución, en caso de presentarse alguna duda.	el personal de recepción esta capacitado para dar las indicaciones adecuadas al paciente que no este preparado, pero esto no esta documentado	Existen instructivos para la preparación de los exámenes.	Documentar el procedimiento para indicar al paciente que no esté adecuadamente preparado los pasos a seguir para el cumplimiento de dicho requisito.	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESO DE RECEPCION DEL PACIENTE														
24. La organización cuenta para los casos que lo ameriten, con planes de priorización de toma de muestras o realización de exámenes y entrega de resultados, basados en criterios clínicos.	El laboratorio cuenta con priorización de exámenes pero para el servicio de urgencias según el indicador de oportunidad que se maneja. También prioriza los servicios críticos como uci, uci neonatal, ucin pero falta documentarlo	Existe clasificación de exámenes por grado de emergencia y urgencia.	Implementar el proceso de priorización de exámenes para todos los servicios que lo requieran.	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESO DE RECEPCION DEL PACIENTE														
<p>25. La organización cuenta con estándares de espera, e informa al paciente cuánto tiempo debe esperar para acceder a la toma de las muestras.</p> <p>§ Esta información está a la vista del público en la sala de espera.</p> <p>§ Si por algún motivo se sobrepasa el tiempo previamente estipulado, se le explica personalmente al paciente las causas de retraso y el tiempo máximo que debe seguir esperando.</p>			Documentar e implementar el procedimiento	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESO DE RECEPCION DEL PACIENTE														
<p>26. La organización dispone de un proceso que garantice que el paciente afectado por esperas prolongadas presente quejas, sugerencias o recomendaciones, del cual se lleva registro, clasificación y desarrolla acciones correctivas y preventiva para evitar su ocurrencia.</p>	<p>El laboratorio ofrece a los pacientes una encuesta de satisfacción el cual llenará al finalizar su atención en el laboratorio, estas son recogidas al finalizar el mes por el área de SIAU. , el cuál entrega mensualmente el indicador de satisfacción del cliente externo. Si existen quejas o reclamos por parte de los pacientes en cualquiera de los servicios se realizaran las respectivas acciones correctivas</p>	<p>Respuesta a las quejas mediante las investigaciones que se realicen y se entregan al SIAU.</p>	<p>Contestar oportunamente las quejas de los pacientes y que se cumplan las acciones correctivas que se realicen.</p>	1	1	1	3	2	2	2	2	2	2	2

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESO DE RECEPCION DEL PACIENTE														
27. La organización garantiza que cuenta con un mecanismo establecido para hacerle saber al paciente que ha llegado el momento de su atención. En cualquier situación este proceso no será delegable, ni se atribuirá responsabilidad alguna, al paciente que acaba de ser atendido por el profesional o técnico.			Documentar e implementar el procedimiento	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	CALIFICACIÓN										
	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
GRUPO DE PROCESO DE RECEPCION DEL PACIENTE DEL 20 AL 27	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESO DE PLANEACION DE LA ATENCION														
28. 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.			Documentar e implementar el procedimiento	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESO DE PLANEACION DE LA ATENCION														
29. Los protocolos y procedimientos definidos por el laboratorio Clínico se articulan con los procesos de cuidado y tratamiento de la atención en salud, y se planean de acuerdo con las Guías de Práctica Clínica basada en la Evidencia. Los procedimientos técnicos ofrecidos por el laboratorio clínico garantizan que se emplean metodologías validadas antes de su utilización para los análisis clínicos.	El laboratorio cuenta con procedimientos que garantizan que se emplean metodologías validadas antes de reportar los resultados de los pacientes, se manejan controles de calidad internos con la casa comercial ROCHE y externos con la casa comercial RIQAS, Secretaría de Salud, Proasecal Ltda.	Resultados obtenidos del montaje de todos los controles de calidad tanto internos como externos (gráficas de los controles, análisis de los controles de calidad internos y externos, acciones correctivas y preventivas de todos los controles de calidad.	Documentar lo referente a las personas que se reunieron para realizar los procedimientos, costos y beneficios.	3	2	2	3	2	3	3	3	2	2	3

<p>En cualquiera de las opciones mencionadas anteriormente, las guías o protocolos deben ser explícitas en contener:</p> <p>§ De quién es la responsabilidad de hacer la guía.</p> <p>§ Cuáles son los objetivos de la guía.</p> <p>§Cuál fue el grupo que se reunió e hizo la guía.</p> <p>§ Identificación, clasificación e interpretación de la evidencia.</p> <p>§ Formulación explícita de recomendaciones.</p> <p>§ Costos y beneficios de la guía.</p> <p>§ Cada cuánto se hará la actualización.</p> <p>§ Cómo se evitaron los potenciales errores en la formulación de la guía.</p> <p>§ Aplicabilidad.</p> <p>§ Cada cuánto, y cómo, se monitorizará la adherencia a la guía.</p>	<p>Lo que no está documentado es el grupo que se reunió para realizarla, costos y beneficios de la guía, cada cuanto será la actualización,</p>									
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN														
30. La institución tiene claramente definido el proceso de consecución del consentimiento informado (cuando sea necesario). Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente la información acerca de los riesgos y beneficios de los procedimientos planeados y los riesgos de no realizarse el procedimiento, de manera que pueden tomar decisiones informadas. La institución se cerciora de la comprensión de la información por parte del paciente.	Existen consentimientos informados para la mayoría de procedimientos	Historias clínicas.	Implementar el proceso para la clase de pacientes que hacen falta.	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN														
31. La organización cuenta con procesos para obtener un registro firmado por el paciente cuando este decide conscientemente no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante.	Existe un protocolo mediante el cual el medico le explica al paciente cada procedimiento y si decide o no aceptarlos.	Historia clinica	Implementar el proceso,	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN														
32. El laboratorio clínico cuenta con guías o procedimientos de reacción inmediata y manejo de eventos adversos, durante todas las etapas del proceso (pre-post).	El laboratorio cuenta con un procedimiento de limpieza y desinfección, donde esta especificado en situaciones de reacción inmediata por derrames. Cada vez que llegan eventos adversos relacionados con el proceso de laboratorio se realizan las respectivas acciones correctivas y preventivas, pero falta documentar el procedimiento.	Guías y protocolos de limpieza y desinfección .	Documentar el proceso	1	1	1	2	2	2	2	3	2	2	2

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN														
33. 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 alternativas de ajuste según se requiera.	El laboratorio cuenta con un procedimiento documentado de adquisición y almacenamiento de materiales e insumos, esta adquisición se realiza a través del área de compras cada 15 días y la solicitud se hace mediante un formato de pedido de insumos, pero la organización no garantiza el seguimiento a dicho mecanismo.	La organización garantice el seguimiento a dicho mecanismo	La organización garantice el seguimiento a dicho mecanismo para no interferir en el normal desarrollo de los procesos del laboratorio.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN														
34. Se tiene establecido, y se conoce por los responsables de los procesos, los tiempos de duración del procesamiento y entrega de resultados en la organización.	Se tiene establecido un tiempo estipulado de 1 hora para la realización y entrega de resultados para los servicios de urgencias adultos, urgencias pediatría, emergencias y urgencias de ginecología, esto es conocido por los Bacteriólogos responsables de los procesos. Falta documentar y establecer los tiempos de duración del procesamiento y entrega de resultados para los demás servicios de la clínica y consulta externa.	Indicadores de oportunidad.	Falta documentar el proceso para los tiempos de duración del procesamiento y entrega de resultados en los otros servicios,	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN														
<p>35. La organización cuenta con protocolos donde se definen criterios explícitos de la información clínica mínima que debe contener las solicitudes de exámenes. Inclusive aquellos que son de urgencias o se hacen en horario nocturno.</p> <p>§ La organización lleva un registro de las órdenes que no cumplen con dichas directrices, y esta información es compartida y</p>	<p>El laboratorio lleva un formato sobre inspección+ de muestras (criterio de rechazo de las muestras), pero no cuenta con protocolos donde se definan los criterios mínimos de información clínica que deben contener los exámenes que se solicitan incluyendo exámenes de urgencia y horario</p>	<p>Formatos de criterio de rechazo de las muestras.</p>	<p>Protocolos donde se definan los criterios mínimos de información clínica que deben contener los exámenes que se solicitan incluyendo exámenes de urgencia y horario nocturno.</p>	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1

<p>analizada con los profesionales que remiten o solicitan los exámenes para sus pacientes.</p> <p>§ La organización cuenta con un sistema de consejería a los profesionales que remiten sus pacientes, para el correcto diligenciamiento de las órdenes.</p>	<p>nocturno.</p>													
---	------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESO DE PLANEACION DE LA ATENCION														
36. La organización cuenta con un proceso que garantiza el adecuado flujo de información sobre los pacientes a ser atendidos, entre el PAC (proceso antes de la consulta), la recepción y la atención propiamente dicha.			crear e implementar el proceso	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	CALIFICACIÓN										
	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS				TOTAL	
	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia		Comparación
GRUPO DE PROCESO DE PLANEACION DE LA ATENCION DEL 28 AL 29	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESO DE ATENCIÓN DE PACIENTES														
37. La organización debe garantizar que se mantiene la privacidad del paciente en toda toma de muestra.	el laboratorio cuenta con su área de toma de muestras, en la cual se garantiza la privacidad del paciente	Está plenamente garantizada la privacidad de los pacientes, sobre todo el cuarto de toma de secreciones vaginales , uretrales y citologías	Se está a la espera de la construcción del nuevo laboratorio.	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESO DE ATENCIÓN DE PACIENTES														
37. La organización debe garantizar que se mantiene la privacidad del paciente en toda toma de muestra.	el laboratorio cuenta con su área de toma de muestras, en la cual se garantiza la privacidad del paciente	Está plenamente garantizada la privacidad de los pacientes, sobre todo el cuarto de toma de secreciones vaginales , uretrales y citologías	Se está a la espera de la construcción del nuevo laboratorio.	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESO DE ATENCIÓN DE PACIENTES														
38. A los pacientes se los provee, en los casos que así se amerite, los elementos físicos (vestidos, batas, frascos, tubos etc.) que garanticen la privacidad y dignidad durante la toma de muestras o exámenes.	El laboratorio provee a sus pacientes elementos físicos necesarios para la toma de muestras, pero falta documentarlo.	Registro de insumos. Kardex insumos.	Documentar e implementar el proceso.	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESO DE ATENCIÓN DE PACIENTES														
<p>39. La organización garantiza que los procesos para la toma de muestras están basados en evidencia y son revisados y replanteados periódicamente con base en nueva evidencia.</p> <p>§ Estos procesos son parte integral de la capacitación e inducción de cada nuevo trabajador de la organización.</p> <p>§ La organización provee evidencia del conocimiento de estos procesos por parte de los empleados</p>	<p>en el laboratorio existe un procedimiento de toma de muestras, el cual se aplica , esta constantemente revisado , y se actualiza y replantea según nuevas evidencias, además este proceso hace parte de capacitación e inducción de cada nuevo trabajador que llega al laboratorio y a la clínica la estancia</p>	<p>Las listas de asistencia a las capacitacione s.</p>	<p>Que todo el personal de Enfermería (Enfermeras Jefes y Auxiliares), realicen la adherencia a éste proceso.</p>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESO DE ATENCIÓN DE PACIENTES														
<p>40. Cuando la organización, dado su nivel de complejidad, solo realice la toma de muestras, con el fin de ser referidas a un laboratorio de referencia, debe contar con procesos, basados en buenas prácticas, que garanticen la seguridad y conservación de la misma.</p> <p>§ El personal que transporta las muestras debe estar capacitado y es sujeto de seguimiento de la adherencia a los procedimientos establecidos.</p>	El laboratorio cuenta con un procedimiento de transporte y recolección de muestras, el cual contiene las respectivas recomendaciones y condiciones adecuadas para garantizar la seguridad y conservación de las muestras, además cuenta con personal calificado para tal fin.	Libros de registros donde se anotan las condiciones de transporte de las muestras hacia los laboratorios externos.	Realizar seguimiento a las guías condiciones de transporte de las muestras.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Evaluación y mejoramiento del proceso	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESO DE ATENCIÓN DE PACIENTES														
<p>41. 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, salvo en casos específicos como por ejemplo hemolisis en muestras de pacientes con síndrome de Down. Sueros turbios de pacientes lipidiemos.</p> <p>§ Esta información debe formar parte del seguimiento de los eventos adversos.</p>	<p>el laboratorio garantiza un mecanismo de información al paciente acerca de retoma de una muestra si el paciente ya se fue de la clínica , atravesó de un llamado telefónico sin embargo no esta documentado el procedimiento</p>	<p>Libro de novedades.</p>	<p>Documentar el proceso</p>	1	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESO DE ATENCIÓN DE PACIENTES														
<p>42. El laboratorio debe desarrollar y documentar criterios de aceptación o de rechazo de muestras primarias. Si se aceptan muestras primarias comprometidas, el reporte final debe indicar la naturaleza del problema y si es aplicable, que se requiere precaución al interpretar el resultado.</p> <p>§ Para los casos contenidos en el presente estándar, la organización cuenta con un proceso de análisis para identificar las causas que motivaron el daño de la muestra.</p>	Se lleva un registro de las muestras que son rechazadas, explicando el motivo del rechazo, pero no se realiza el análisis de identificación de esas causas.	Registro de novedades.	Documentar el proceso.	1	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESO DE ATENCIÓN DE PACIENTES														
43. 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 procesos donde se diga como 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 proceso para su reducción.	En el laboratorio está documentado el procedimiento de obtención de muestra el cual explica acerca de la toma de muestras, los tubos adecuados para la recolección de las mismas, la forma de marcarlos o rotularlos para una buena identificación del paciente.	Libros de insumos.	Complementar el procedimiento de obtención de muestras.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESO DE ATENCIÓN DE PACIENTES														
44. Se cuenta con un mecanismo de verificación de la identidad del paciente, y se coteja frente a la orden médica y frente a la marcación de los insumos utilizados en los procedimientos.	el laboratorio cuenta con un sistema de información (Dinámica Gerencia) para verificar la identificación del paciente y se compara con la orden medica , y frente a la marcación de los insumos pero no esta documentado	Sistema Datalab.	Documentar el proceso	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESO DE ATENCIÓN DE PACIENTES														
45. La organización cuenta, cuando se amerite, con un proceso de consecución del consentimiento informado por parte del paciente.			Crear e implementar el proceso	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	CALIFICACIÓN										
	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS				TOTAL	
	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia		Comparación
GRUPO DE PROCESO DE LA ATENCION DEL PACIENTE DEL 37 AL 45	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	2

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA														
46. La organización cuenta con protocolos y criterios explícitos para los casos que se remiten: motivos de referencia, fechas, lugares, información del paciente, entre otros. Cuándo y dónde se remiten entre otros. Estos protocolos están respaldados por la existencia de la documentación necesaria, que respalde este proceso.	el laboratorio cuenta con un procedimiento de transporte y recolección de muestras, además tiene un formato donde refiere los datos del paciente , tipo de muestra ,temperatura de las mismas, examen a realizar , y laboratorio donde se remitirá la muestra y responsables de quien recibe y quien entrega la muestra	Libros de registros donde se anotan las condiciones de transporte de las muestras hacia los laboratorios externos.	Realizar el seguimiento al proceso de trasporte de muestras.	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA														
47. La organización garantiza que las remisiones a laboratorios de diferente complejidad, cuenten con la información clínica relevante del paciente.	Existe un proceso de remisión de patología que incluye información clínica del paciente.	Libro de remisión de patologías.	Documentar e implementar el proceso para otros laboratorios.	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA														
48. Brindar información clara y completa al paciente o su familia sobre los procedimientos administrativos a seguir para obtener el servicio donde se refieren las muestras.			Documentar e implementar el proceso	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA														
49. Existe un proceso que garantiza la seguridad de las muestras que se han referido y que no se presente confusión respecto a la muestra e identidad.	El laboratorio cuenta con un procedimiento de transporte y recolección de muestra el cual garantiza la seguridad y que no se presente confusión respecto a la muestra e identidad. Falta complementar este procedimiento	Libros de registros donde se anotan las condiciones de transporte de las muestras hacia los laboratorios externos	Complementar el procedimiento	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	CALIFICACIÓN										
	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS				TOTAL	
	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia		Comparación
GRUPO DE PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL 46 AL 49	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESO DE ENTREGA DE RESULTADOS														
50. La organización cuenta con estándares para la entrega de reportes de resultados, los cuales son revisados y ajustados según las necesidades identificadas.	El laboratorio cuenta con indicadores de oportunidad hacia los servicios de la Clínica que envían exámenes de urgencias como Urgencias Pediatría, Urgencias adultos, urgencias ginecológicas y emergencias y están documentados en la carpeta de indicadores. Lo que no está documentado es el tiempo de oportunidad hacia los servicios de Hospitalización, UCI adultos, UCI intermedio. .Neonatos y consulta externa.	Se sacan los tiempos de oportunidad de entrega de resultados del software Datalab. El tiempo se mide desde que la muestra llega al laboratorio y es ingresada al sistema Datalab hasta que los Bacteriólogos validan los resultados.	Documentar el tiempo de oportunidad hacia los servicios de Hospitalización, UCI adultos, UCI intermedio. .Neonatos y consulta externa.	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESO DE ENTREGA DE RESULTADOS														
51. La organización cuenta con un procedimiento para informar al profesional y a los pacientes sobre las demoras que se puedan presentar para la entrega de resultados, que incluye información precisa sobre cuando éstos serán entregados.			Crear e Implementar el proceso.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESO DE ENTREGA DE RESULTADOS														
52. La organización cuenta con un proceso donde se especifica la información mínima que debe contener los reportes de resultados y se evalúa su adherencia.	Existen equipos sistematizados que están en interface con el software datalab que no omiten ningún criterio.	Software Datalab	Documentar y evaluar el proceso.	3	2	2	1	2	2	2	1	1	1	2

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESO DE ENTREGA DE RESULTADOS														
53. Todos los resultados de exámenes y procedimientos se entregan de manera escrita. En aquellos casos excepcionales donde la entrega se haga de manera telefónica, se lleva un registro escrito, tanto del laboratorio que reporta como del que donde se recibe, de la persona que lo informa y de quien lo dicta y quien lo recibe. En ningún caso el resultado puede ser entregado de manera verbal (cara a cara o telefónico) al paciente.	Como en la Organización se va a implementar la historia clínica digital, todos los resultados pasarán directamente del software Datalab a la historia clínica. Por el momento se están imprimiendo los resultados positivos de los cultivos, los resultados de los servicios de Neonatos. No se tiene implementado un registro de los exámenes que se entregan de manera telefónica.	Historia clínica sistematizada	Implementado un registro de los exámenes que se entregan de manera telefónica.	1	1	1	2	3	3	3	3	2	2	3

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESO DE ENTREGA DE RESULTADOS														
<p>54. La organización cuenta con un proceso de almacenamiento y conservación del registro original, en todos los casos, incluyendo cuando los resultado escritos son una transcripción de una copia, dictado o grabación y esta transcripción no es realizada por la misma persona que realizo el análisis de los exámenes. Adicionalmente, la organización cuenta con un proceso sistemático y periódico de auditoria para identificar la consistencia y trazabilidad entre los diferentes registros.</p>	<p>El laboratorio cuenta con un servidor (Labcare), el cual va guardando la información cada 2 horas y conservándose los registros originales. Mediante el software Datalab se puede revisar el histórico de los resultados de los pacientes de tal manera que se puede hacer un seguimiento periódico de ellos. Pero falta documentar el proceso.</p>	<p>servidor (Labcare), software Datalab</p>	<p>Documentar el proceso.</p>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESO DE ENTREGA DE RESULTADOS														
55. El laboratorio clínico cuenta con procedimientos para <i>la reducción de la utilización de siglas, abreviaturas, usados en los reportes de los exámenes, y capacita al personal en estos procedimientos. En caso de que los profesionales o técnicos no estén siguiendo dichos procesos, se generan mecanismos de evaluación y establecimiento de medidas de mejoramiento.</i>	Existen equipos sistematizados y software los cuales no aceptan siglas ni abreviaturas.	Software. Equipos.	Documentar y evaluar el proceso.	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESO DE ENTREGA DE RESULTADOS														
56. La organización cuenta con un proceso para identificar, proactivamente, los casos en los cuales los resultados (por causas inherentes al procesamiento mismo) se demorarán más de lo establecido en los estándares. Para estos casos, generará un proceso de clasificación y ordenamiento de las muestras, basadas en criterios de priorización, con el	El laboratorio cuenta con el sistema DATALAB y donde el secretario clínico esta constantemente revisando o elaborando lista de los exámenes pendientes y está informando al Bacteriólogos por causas externas se produce una demora en la entrega de resultados se avisa a los diferentes servicio de la	DATALAB	Falta complementar esta parte en el procedimiento de toma de muestras.	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2

fin de evacuar por orden de prioridad las muestra retrasadas.	clínica. El auxiliar de laboratorio clasifica las ordenes priorizando los servicios urgentes, falta complementar esta parte en el procedimiento de toma de muestras.													
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESO DE ENTREGA DE RESULTADOS														
57. Existe un proceso para garantizar que todos los exámenes realizados sean entregados al paciente, o en su defecto al médico tratante, si el proceso fue diseñado de ese modo.	el laboratorio cuenta con un software (DATALAB) por medio del cual los resultados de los exámenes una vez validados por el bacteriólogo pasan directamente vía intranet al servicio respectivo , para que el medico tratante los revise y pueda tomar la conducta a seguir con los pacientes , para	Software Datalab.	Falta complementar y documentar el proceso.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

	los pacientes de consulta externa se genera el informe por medio físico cada vez que el paciente venga por los resultados													
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESO DE ENTREGA DE RESULTADOS														
58. La organización garantiza un proceso permanente de asesoría a los profesionales solicitantes de exámenes para la correcta interpretación de los resultados.	Existe el programa de educación continua para todo el personal asistencial en el cual se enseña sobre patologías específicas y ayudas diagnosticas.	Lista y evaluaciones de las capacitaciones.	Implementar el proceso	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESO DE ENTREGA DE RESULTADOS														
59. La organización cuenta con un proceso para identificar y cuantificar errores en la entrega de resultados a pacientes equivocados. En estos casos se deberá generar una respuesta inmediata a los interesados, dejando constancia de dicha anomalía. § La organización analiza los errores para tomar acciones tendientes a su	El laboratorio clínico mensualmente entrega un reporte de no conformes y control de acciones preventivas a la Coordinadora del Departamento de Calidad. Cada vez que ocurre un evento adversos al departamento de calidad. Cada vez que ocurre un evento adverso relacionado con	Informe de no conformes y eventos adversos.	Falta complementar el proceso con Seguridad del paciente.	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

prevención	<p>el proceso de la. Clínico inmediatamente se reúne el coordinador de Seguridad del paciente para realizar el respectivo plan de mejora. A las no conformidades se les hace acciones correctivas y preventivas.</p>													
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESO DE ENTREGA DE RESULTADOS														
60. Para aquellos casos de exámenes especiales, cuyos resultados pueden influir en la integridad moral de las personas, la organización garantiza la confidencialidad de los mismos.	El personal de laboratorio clínico garantiza la confidencialidad de exámenes especiales, pero no está documentado el procedimiento. Software donde tiene acceso el médico tratante y bacteriólogos.	Software datalab. Servidores de seguridad.	Documentar el procedimiento	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	CALIFICACIÓN										
	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS				TOTAL	
	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia		Comparación
GRUPO DE PROCESO DE PROCESO DE ENTREGA DE RESULTADOS DEL 50 AL 60	1	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PROCESO DE RETROALIMENTACIÓN POR PARTE DEL PACIENTE														
<p>61. La organización tiene establecido un proceso sistemático y periódico que permite monitorizar las sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones y quejas de los usuarios.</p> <p>§ A estas monitorizaciones se les realiza un proceso de consolidación, análisis y formulación de acciones de mejoramiento.</p> <p>§ El proceso es conocido por todas aquellas personas que tienen contacto directo con público y se capacitan constantemente con los cambios realizados.</p>	<p>En el laboratorio diariamente realiza encuesta de satisfacción a los paciente ambulatorios que vienen a realizarse exámenes de laboratorio, diariamente el SIAU recoge las encuestas. Al final del mes entrega el indicador de satisfacción del cliente incluyendo el número de usuarios encuestados frente al número de pacientes satisfechos .Si es necesario se le realiza los respectivos planes de mejora. También existe un proceso de consolidado de las quejas de los pacientes. El SIAU recoge de los buzones las quejas en todos los servicios que se hayan presentado, seguidamente las pasa a los respectivos servicios y cada uno contesta las quejas haciendo los planes de mejora.</p>	<p>Indicadores de satisfacción del usuario. Respuestas a quejas.</p>	<p>Realizar seguimiento y evaluación de las sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones y quejas de los usuarios.</p>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
CONTROL DE CALIDAD														
62. La organización cuenta, con un programa de control de calidad interno y externo reconocido y probado.	El laboratorio clínico cuenta con un control de calidad externo reconocido a nivel mundial (RIQAS), en las áreas de química clínica y hematología. Las áreas de Uro análisis, Parasitología y Microbiología con la casa comercial Proasecal. La TSH Neonatal el control de calidad con el INAS. También existe un control	Graficas de los controles de calidad interno y externo y los respectivos análisis.	Mejorar y documentar el proceso de control de calidad.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

	<p>de calidad externo con los Programas del servicio de Salud del Cauca a través de los cuáles se evalúa las coloraciones utilizadas en el laboratorio como Gram, BK, Giemsa. También se lleva el Programa de EDA y Cólera. También se llevan controles de calidad interno en las áreas de Hematología, pruebas de coagulación, clasificación sanguínea Química clínica, Inmunología, Uro análisis, Parasitología, TSH Neonatal, T3, T4, TSH, T4 libre y PSA.</p>										
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
CONTROL DE CALIDAD														
63. Se lleva registro de las acciones de control de calidad y de las acciones correctivas establecidas por la organización, las cuales son conocidas y analizadas.	En cada carpeta de control de calidad tanto interno como externo se llevan a cabo las acciones correctivas y preventivas de todos los controles de calidad.	Las carpetas donde se encuentra el seguimiento a los controles de calidad interno y externo.	Mejorar y documentar los procesos de control de calidad.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
CONTROL DE CALIDAD														
64. El laboratorio debe llevar un registro actualizado de las calibraciones que se hacen para cada prueba cuantitativa en el laboratorio, indicando fecha y resultados de los controles obtenidos.	En el área de química clínica se realizan las respectivas calibraciones de las técnicas cuando se hace necesario. Se escriben en el formato de no conformidades del respectivo equipo y queda registrado en las curvas del control de calidad interno. Se tiene un proceso por escrito de todo acerca de control de calidad en el laboratorio clínico.	Las carpetas donde se encuentra el seguimiento a los controles de calidad interno y externo	Realizar seguimiento a de las calibraciones para realizar las respectivas acciones correctivas y preventivas.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
CONTROL DE CALIDAD														
<p>65. El laboratorio tiene un sistema para comparar los resultados del control de calidad externo de las pruebas de proficiencia contra estándares válidos de desempeño, para todas las pruebas que realiza en el laboratorio.</p> <p>§ Si no se dispone de un programa de control de calidad externo, en el caso de analitos investigados con poca frecuencia, se puede usar el método de comparar resultados con otro laboratorio de reconocida idoneidad (análisis de muestra dividida).</p>	<p>El laboratorio lleva un control de calidad externo de química clínica, hematología con la casa comercial Risas y un control de calidad externo de uroanálisis, Parasitología y Microbiología con la casa comercial Proasecal LTDA.</p>	<p>Las carpetas donde se encuentra el seguimiento a los controles de calidad interno y externo</p>	<p>Implementar los indicadores de calidad referentes al seguimiento de estos controles de calidad externo.</p>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

. TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN							
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE		IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS			TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad y mejoramiento del	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	
CONTROL DE CALIDAD											

<p>66. El laboratorio debe verificar periódicamente la validez del intervalo de análisis de los métodos usados por el laboratorio. Debe llevar un registro de las fechas y resultados obtenidos.</p> <p>§ En la sección de Microbiología, el laboratorio debe llevar registros del control de los medios de cultivo, coloraciones y antibiogramas mediante organismos ATCC.</p> <p>§ En la sección de hematología, el laboratorio debe procesar mínimo tres niveles de controles de calidad, de manera diaria, y debe llevar un registro correspondiente. En la sección de coagulación, el número de niveles de control debe ser</p>	<p>el laboratorio clínico hace un seguimiento diario de todos los controles de calidad interno, (química clínica, inmunología, Hematología, coagulación, uroanálisis, microbiología, parasitología (cada 8 días), grupo sanguíneo (cada 8 días), sangre oculta (cada 8 días), sedimento urinario (cada 8 días), test de embarazo (cada 8 días).se llevan formatos y registros diarios de los anteriores controles, por medio de estos se verifica la validez del intervalo de los análisis.</p> <p>En el área de microbiología se lleva una carpeta de control de medios de cultivo y coloraciones, también se tiene el control de calidad externo realizado cada 2 meses, para antibiogramas se lleva un control interno con una cepa conocida.</p> <p>en el área de hematología se realizan diariamente 3 niveles de controles (bajo-normal-alto) en coagulación realizamos control normal y patológico para los tiempos de coagulación, en uroanálisis se realiza diario un control físico químico de la tira reactiva y un control semanal del sedimento , un control de calidad externo cada 2 meses ,en parasitología se realiza un control</p>	<p>Las carpetas donde se encuentran registrados todos los controles de calidad de acuerdo a las diferentes áreas del laboratorio.</p>	<p>Revisar si algunas de las pruebas no tiene controles de calidad e implementarlos.</p>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
--	---	---	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

<p>mínimo dos. Se deben llevar los registros correspondientes. § En la sección de inmunología, el laboratorio debe realizar verificaciones del procedimiento mediante el procesamiento de controles (positivos y negativos) cada vez que se realicen las pruebas. El laboratorio debe llevar un registro de las acciones tomadas cuando los resultados del control de calidad externo no cumplan con los límites aceptables. Química 2 niveles, inmunoensayos mínimo 3 niveles.</p>	<p>interno semanal y se lleva un control externo cada 2 meses, en química clínica se llevan 2 niveles diarios normal y patológico para el 80% de la química y otros controles internos específicos para algunas técnicas como la bilirrubina directa, ckmb, proteínas en orina, hemoglobina glicosilada, HDL/LDL.</p>											
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	CALIFICACIÓN										
	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS				TOTAL	
	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia		Comparación
GRUPO DE PROCESO DE PROCESO DE CONTROL DE CALIDAD DEL 62 AL 66	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN											
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL	
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación		
PLAN DE MEJORAMIENTO CONTINUO															
67. El PMCC cuenta con un plan escrito, cuya meta es el mejoramiento de la calidad del proceso de atención en salud. § La organización cuenta con un documento formal, aceptado por los órganos de dirección, donde se incluye sus objetivos, estrategias, actividades, recursos, responsabilidades y responsables. § La organización provee el soporte y los elementos necesarios para este programa. § El programa de garantía de calidad cuenta con el respaldo de un equipo líder interdisciplinario y un	el laboratorio cuenta con un plan escrito ,el PAMEC en donde se realiza un seguimiento trimestral a la calidad esperada definida por la institución (Estándares de acreditación, indicadores de gestión, satisfacción del usuario, no conformidades)frente a la calidad observada la cual es evaluada mediante auditorias internas de calidad este	Actas de PAMEC.	Fortalecer el seguimiento a las actividades definidas en el PAMEC institucional para el área de laboratorio clínica	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

<p>líder organizacional capacitado en conceptos y metodologías de mejoramiento continuo de calidad, encargado de hacerle seguimiento periódico, el cual reporta directamente a los órganos de dirección⁵⁶. Lo anterior no elimina la necesidad que estos órganos de dirección le hagan seguimiento al mismo.</p> <p>§ La organización debe garantizar que cuenta con evidencia del trabajo realizado por dicho comité.</p> <p>§ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia. Las actividades del PMCC deben hacer explícito dentro de sus objetivos el impacto de las actividades sobre el paciente y el cliente interno.</p> <p>§ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el</p>	<p>plan es respaldado por la alta dirección a través del departamento de calidad el cual cuenta con un líder (jefe departamento de calidad),capacitado en conceptos y metodologías de mejoramiento continuo y el cual realiza seguimiento periódico</p>												
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. § El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores cuantificables de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica para cada uno. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados y/o frente a una línea de base con información proveniente de la misma organización. Los aspectos de la calidad que son considerados como objetivos a lograr dentro de las acciones programadas incluyen: Seguridad, Continuidad ,Coordinación, Competencia, Aceptabilidad, Efectividad, Pertinencia ,Eficiencia ,Accesibilidad ,Oportunidad</p>														
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PLAN DE MEJORAMIENTO CONTINUO														
68. La organización garantiza la implementación del PMCC mencionado en el estándar anterior. § Se garantiza que las actividades se realicen completas y dentro del periodo de tiempo asignado en el cronograma de trabajo. § En caso que las actividades no se realicen completas, o fuera del tiempo programado, se soportará con evidencia del por qué de dichas modificaciones. § Se deben identificar, previo a la	Las actividades de seguimiento realizadas dentro del PAMEC institucional se realizan de manera completa, en caso de no realizarse por algún motivo se reprograman las actividades con el fin de darles continuidad al plan, se clasifican los indicadores de acuerdo al riesgo semaforizandoles en rojo los que no cumplen con las metas a los cuales hay que	Actas de PAMEC		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

<p>implementación de las actividades de mejoramiento, las potenciales barreras de dicha implementación y se realizará un análisis del perfil de riesgo de cada una de estas barreras. § Las actividades estarán categorizadas por prioridad de implementación. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y el equipo de salud. Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alto costo.</p>	<p>realizarles un plan de acción inmediato.</p>										
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN										
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
PLAN DE MEJORAMIENTO CONTINUO														
<p>69. El PMCC cuenta con un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios, a los cuales se les implementó actividades de mejoramiento.</p> <p>§ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. § El anterior método</p>	<p>se realiza seguimiento permanente a las actividades definidas en los procesos prioritarios asistenciales incluido el laboratorio clínico de manera trimestral</p>	<p>Informe de evaluación de seguimiento del laboratorio clínico</p>	<p>Fortalecer el seguimiento a los riesgos que se generan en cada una de las actividades definidas como prioritarios asistenciales como incumplimiento de metas de indicadores y seguimiento a los no conformes y satisfacción del usuario</p>	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

formal amerita que esté basado en análisis estadístico. § La organización debe soportar evidencia del uso de ese análisis estadístico. § Los datos producto de esta monitorización deben ser estadísticamente válidos y comparables en el tiempo. § Se cuenta con un proceso de comparación y confrontación periódico de los resultados obtenidos de las acciones de mejoramiento frente a las metas propuestas. § Los patrones no deseados de desempeño son analizados a profundidad, identificando las causas raíz de los problemas y desarrollando los métodos de solución de problemas.

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			CALIFICACIÓN							
	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN	RESULTADOS			TOTAL
				Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	
PLAN DE MEJORAMIENTO CONTINUO											

<p>70. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados y utilizados para la planeación de un nuevo PMCC.</p> <p>§ Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. § Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. § Se tiene evidencia del uso de la evaluación de calidad para la planeación y mejoramiento de la calidad.</p>	<p>los resultados del PAMEC son comunicados por el coordinador del laboratorio a su equipo de laboratorio pero falta implementar la forma de comunicación para proveedores, EPS, al paciente y su familia ,</p>	<p>La lista de asistencia a las respectivas socializaciones acerca del PAMEC</p>	<p>implementar la forma de comunicación para proveedores, EPS, al paciente y su familia ,</p>	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
--	---	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

TABLA 1. (CONTINUACION)

ESTANDAR	CALIFICACIÓN										
	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
GRUPO DE PROCESO DE PROCESO DE PLAN DE MEJORAMIENTO CONTINUO DEL 67 AL 70	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

7.RESULTADOS

Con base a la información recolectada a través del anexo técnico 1 de la resolución número 1445 de 2006 (anexo1), Se realizó la primera autoevaluación de los estándares de acreditación al laboratorio clínico de la Clínica La Estancia de la ciudad de Popayán lo cual permitió obtener un diagnóstico de la situación actual en que se encuentra en el proceso de acreditación y Al aplicar la evaluación de los estándares de acreditación del laboratorio clínico se encontró por grupo de estándar lo siguiente:

PRIMERA AUTO EVALUACION DE LOS ESTANDARES DE ACREDITACION DEL LABORATORIO CLINICO DE LA CLINICA LA ESTANCIA S.A.POPAYAN 2011			
CALIFICACION POR GRUPO DE ESTANDARES DE ACREDITACION			
GRUPO DE ESTANDAR	ESTANDARES	TOTAL ESTANDARES	MODA
1. DERECHO DE LOS PACIENTES	1 AL 7	7	1
2. PROCESO PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE	8 AL 19	12	1
3. PROCESO DE RECEPCION DEL PACIENTE	20 AL 27	8	1
4. PROCESO DE PLANEACION DE LA ATENCION	28 AL 36	9	2
5. PROCESO DE ATENCION DE PACIENTES.	37 AL 45	9	2
6. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	46 AL 49	4	1
7. PROCESO DE ENTREGA DE RESULTADOS	50 AL 60	11	2
8. PROCESO DE RETROALIMENTACION POR PARTE DEL PACIENTE	61	1	3
9. CONTROL DE CALIDAD	62 AL 66	5	3
10. MEJORAMIENTO CONTINUO MCC	67 AL 70	4	2
CALIFICACION GLOBAL		70	1

Durante la evaluación por grupo de estándares con menor calificación se encontró el grupo de estándares de derechos, acceso, recepción de pacientes y referencia y contra referencia con una moda de 1

Los grupos planeación, atención al paciente, entrega de resultados y mejoramiento continuo una moda de 2

Y los grupos de retroalimentación por parte del paciente y control de calidad se encontraron con una moda de 3

Lo que nos permite referenciar que el Laboratorio Clínico De Clínica La Estancia SA si se presentara para la acreditación teniendo en cuenta solo los estándares asistenciales no se podrían acreditar ya que una de las reglas de acreditación es que los estándares individuales de mejoramiento no deben tener calificación menor que dos en ninguno de los grupos

8. CONCLUSIONES

- Durante el proceso de autoevaluación de los estándares de acreditación se logro el conocimiento de los 70 estándares de acreditación que se aplicaron al laboratorio clínico de la clínica la estancia S.A , se logro unificar la interpretación de cada estándar por parte de los evaluadores.
- De acuerdo con los resultados obtenidos en la autoevaluación del Laboratorio Clínico De Clínica La Estancia SA no se encuentra en un estado optimo para iniciar el proceso de acreditación se deben realizar procesos de mejoramiento continuo.
- Se considera importante trabajar en la implementación de la acreditación del laboratorio para la satisfacción del usuario y su seguridad mejorando la calidad en la prestación de los servicios.
- Los requerimientos de los estándares de acreditación son altos y alcanzables pero se debe mejorar la comunicación a nivel de dependencias para realizar un trabajo en equipo llevando a cabo procesos que permitan al usuario una satisfacción de atención prestada ya que los estándares de acreditación se centran en la calidad y bienestar del usuario.
- Se consideran importantes trabajar en la implementación de la acreditación en el laboratorio ya que la acreditación le permite demostrar que es competente para desempeñar sus tareas, generando un ambiente de confianza y credibilidad. De este modo, un resultado confiable contribuye a un diagnóstico efectivo para la salud del paciente.
- La acreditación de laboratorios confiere un reconocimiento formal de la competencia dando de esta manera a los clientes y contratistas una forma rápida de identificar y seleccionar servicios confiables siendo una herramienta de mercadeo efectiva y proporcionando un punto de referencia.

- La autoevaluación de los estándares de acreditación es una herramienta necesaria que permite comparar la actividad del laboratorio frente a unos estándares y actuar en base a los resultados obtenidos generando planes de mejoramiento continuo.
- La cultura del sistema de calidad en la institución establece que la eficiencia y eficacia previene defectos, disminuye costos, aumenta los beneficios y la productividad, los estándares de acreditación permiten afianzar esa cultura.
- Los estándares de acreditación nos permiten generar indicadores de gestión adecuados para nuestra institución de salud monitoreando su gestión.
- El laboratorio clínico debe ser autoevaluado periódicamente para asegurar el cumplimiento continuo de los requisitos de acreditación después de haber realizado los planes de mejoramiento.

BIBLIOGRAFÍA.

ANTECEDENTES DE ACREDITACIÓN EN COLOMBIA. Sistema único de acreditación en salud. Internet: [http:// www.acreditacionensalud.org.co/](http://www.acreditacionensalud.org.co/)

CLÍNICA LA ESTANCIA Internet: <http://laestancia.com.co/inicio>

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Anexo técnico N° 1. Resolución número 1445 (08, mayo, 2006). Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones. Manuales de estándares del sistema único de acreditación. Bogotá, D.C., 08 mayo 2006. p. 202 - 222.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Anexo técnico N° 2. Resolución numero 1445 (08 de mayo 2006). Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones. Lineamientos para el desarrollo del proceso de otorgamiento de la acreditación en salud. Bogotá, D.C., 08 mayo 2006. p. 02 - 14.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011(03, abril, 2006). 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. Bogotá, D. C., 2006, 17 p.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guía practica de preparación para la acreditación en salud. (versión, 19, julio ,2005). Bogotá D. C. Octubre de 2004. p. 13-46..

MINISTERIO DE SALUD. Manual de normas técnicas, científicas y administrativas para el laboratorio clínico. Santa Fe de Bogotá. D.C., 1997. p. 3 -91.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución numero 001474 (07, noviembre, 2002). Por el cual se definen las funciones de la entidad acreditadora y se adoptan los manuales de estándares del sistema único de acreditación.. Bogotá, D. C., 07, noviembre, 2002. 2p.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución número 001445 (08, mayo, 2006). Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones. Bogotá, D.C., 08 mayo 2006. 2 p.

ANEXOS

Anexo A. Nota de aceptación

Popayán, _de Junio de 2011

Doctor

JORGE ERNESTO OCHOA MONTES

Director de posgrados en Salud

Universidad EAN

Ciudad

Apreciado doctor:

Comedidamente me permito informarle que una vez hecho el acompañamiento y revisado el informe final de investigación elaborado por los(as) estudiantes Elkin Alonso Chilito Arcos, María Nubia Solarte y Ivonne Milena Martínez Sevilla de la especialización en Auditoria y Garantía de Calidad en Salud con Énfasis en Epidemiología de la Universidad EAN en Bogotá, Titulado: PRIMERA AUTOEVALUACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN DEL LABORATORIO CLÍNICO DE LA CLÍNICA LA ESTANCIA S.A. POPAYÁN 2011, cumple con los requisitos técnicos, metodológicos y de rigor investigativo establecidos en la “Guía estandarizada de investigación de la EAN” obteniendo la calificación de _____, por lo tanto el informe es APROBADO.

Cordialmente,

Asesor del informe final de investigador
Profesor(a) Catedrático(a) o Asistente.
Posgrados en salud
Universidad EAN

Anexo B. Lista de procedimientos de laboratorio clínico según nivel de atención en salud

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO CLINICO DE NIVEL 1 ACUERDO 008 DE DICIEMBRE 29 DE 2009 ANEXO TECNICO 2
ANTIBIOGRAMA (DISCO)
ANTIBIOGRAMA (MIC) METODO MANUAL
COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH NIELSEN] Y LECTURA O BACILOSCOPIA
COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA
UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA DE DISCO]
UROCULTIVO [ANTIOGRAMA MIC AUTOMATICO]
UROCULTIVO [ANTIOGRAMA MIC MANUAL]
EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]
ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR VSG]
HEMOGRAMA I [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] MÉTODO MANUAL
HEMOGRAMA II [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DEPLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS] MÉTODO MANUAL Y SEMIAUTOMATICO
HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE
PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA] METODO AUTOMATICO
HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, ÍNDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] MÉTODO AUTOMÁTICO
HEMATOCRITO
HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR Rh
HEMOGLOBINA
HEMOPARASITOS, EXTENDIDO DE GOTA GRUESA
HEMOPARASITOS, EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA
LEUCOGRAMA [RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL]
RECUENTO DE PLAQUETAS, MÉTODO AUTOMÁTICO
RECUENTO DE PLAQUETAS, MÉTODO MANUAL
BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMATICO
COLESTEROL TOTAL
CREATINA
CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA
GLUCOSA EN ORINA
GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA
GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL
GLUCOSA, CURVA DE TOLERANCIA
GLUCOSA, TEST O' SULLIVAN
NITROGENO UREICO [BUN] *
NITROGENO UREICO [BUN] EN ORINA DE 24 H
TRIGLICÉRIDOS
PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO
SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPONEMICA] RPR & 1
SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN SUERO O LCR & *
COPROLÓGICO
COPROLÓGICO POR CONCENTRACIÓN
FROTIS RECTAL [IDENTIFICACIÓN DE TROFOZOITOS]
SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]
SANGRE OCULTA [MATERIA FECAL] DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA POR EIA
UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA
HEMOCLASIFICACION FACTOR Rh [FACTOR D] POR MICROTECNICA

HEMOCLASIFICACION FACTOR Rh [FACTOR D] EN LAMINA O TUBO
HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO, DIRECTA O GLOBULAR POR MICROTÉCNICA

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO CLINICO DE NIVEL 2 ACUERDO 008 DE DICIEMBRE 29 DE 2009 ANEXO TECNICO 2
ANTIBIOGRAMA (MIC) METODO AUTOMÁTICO
Mycobacterium, PRUEBAS DE SENSIBILIDAD
COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA *
COLORACION ALBERT [LOEFFLER] Y LECTURA
COLORACION AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA
COLORACION FLUORESCENTE NARANJA DE ACRIDINA Y LECTURA
COLORACION GIEMSA Y LECTURA
COLORACION ROMANOWSKY Y LECTURA *
COLORACION TINTA CHINA Y LECTURA
COLORACION TRICRÓMICA MODIFICADA Y LECTURA
Actinomyces, CULTIVO HONGOS
Bordetella pertusis, CULTIVO
Brucella, CULTIVO *
Clostridium botulinum, CULTIVO
Clostridium difficile, CULTIVO
COPROCULTIVO
Corynebacterium difteriae, CULTIVO
Cryptococcus neoformans, CULTIVO
CULTIVO DE LIQUIDOS CORPORALES: BILIS, LCR, PERITONEAL, PLEURAL, ASCÍTICO, SINOVIAL, OTROS DIFERENTE A ORINA
CULTIVO ESPECIALES PARA OTROS MICROORGANISMOS
CULTIVO PARA HONGOS EN MÉDULA OSEA
CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA
CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL
CULTIVO PARA MICOBACTERIAS EN MÉDULA OSEA
CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA, ORINA Y HECES *
Helicobacter pylori, CULTIVO
HEMOCULTIVO AEROBIO POR MÉTODO AUTOMÁTICO *
HEMOCULTIVO AEROBIO POR MÉTODO MANUAL *
HEMOCULTIVO ANAEROBIO POR MÉTODO AUTOMÁTICO
HEMOCULTIVO ANAEROBIO POR MÉTODO MANUAL
HEMOCULTIVO PARA HONGOS
HEMOCULTIVO LISIS CENTRIFUGACION
HEMOCULTIVO RESINAS
Legionella, CULTIVO
MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS, CULTIVO
Mycobacterium tuberculosis, CULTIVO *
Neisseria meningitidis, CULTIVO *
Nocardia spp, CULTIVO HONGOS
Mycobacterium, IDENTIFICACION POR PCR
Neisseria meningitidis, SEROTIPIFICACIÓN POR LÁTEX
Shigella, SEROTIPIFICACIÓN *
Streptococcus pneumoniae [Pneumococcus] SEROTIPIFICACIÓN *
PRUEBA DE MACHADO GUERREIRO [Trypanosoma cruzi] *
PRUEBA DE MITSUDA [LEPROMINA]
PRUEBA DE MONTENEGRO [Leishmania] *
PRUEBA INTRADERMICA DE ALERGIAS CON ESCARIFICACION O PUNTURA (AEROALERGENOS, ALIMENTOS, VENENOS DE INSECTOS Y/O MEDICAMENTOS)
PRUEBA INTRADERMOREACCION DE ESPOROTRIQUINA 2
AGREGACION PLAQUETARIA, CADA AGENTE 2
AGREGACION PLAQUETARIA, CURVA 2
DILUCIONES DE TIEMPO DE PROTROMBINA [PT] 2
DILUCIONES DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT] 2
FACTOR II DE LA COAGULACION, CUANTIFICACION [PROTROMBINA] 2
PLASMINOGENO 2

PROTEINA C DE LA COAGULACION, ACTIVIDAD
PROTEINA C DE LA COAGULACION 2
PROTEINA S DE LA COAGULACION, ACTIVIDAD 2
PROTEINA S DE LA COAGULACION, ANTÍGENO TOTAL 2
PROTEINA S DE LA COAGULACION, ANTÍGENO LIBRE 2
RESISTENCIA A LA PROTEINA C ACTIVADA [FACTOR DE LEIDEN] 2
RESISTENCIA A LA PROTEINA C [FACTOR DE LEIDEN] POR PCR 2
RETRACCION DE COAGULO 2
TIEMPO DE COAGULACION 2
TIEMPO DE PROTROMBINA [PT] 2
TIEMPO DE SANGRIA [IVY O DUKE] 2
TIEMPO DE SANGRIA ESTANDARIZADO < 0:p> 2
TIEMPO DE TROMBINA 2
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT] 2
CELULAS LE 2
HEMOLISIS ACIDA [PRUEBA DE HAM] 2
PRUEBA DE CICLAJE [CELULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS] 2
COOMBS DIRECTO, PRUEBA CUALITATIVA 2
COOMBS INDIRECTO, PRUEBA CUALITATIVA 2
COOMBS INDIRECTO, PRUEBA CUANTITATIVA 2
ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA 2
EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA, ESTUDIO DE MORFOLOGIA 2
PRUEBA DE TORNIQUETE [FRAGILIDAD CAPILAR] 2
RECUENTO DE EOSINOFILO EN CUALQUIER MUESTRA 2
RECUENTO DE RETICULOCITOS, CONTADOR DE CELULAS 2
RECUENTO DE RETICULOCITOS, MÉTODO MANUAL 2
RECUENTO DE RETICULOCITOS POR CITOMETRIA DE FLUJO 2
ALFA 2 MACROGLOBULINA 2
ALFA FETOPROTEÍNA [AFP] EN LIQUIDO AMNIÓTICO 2
BICARBONATO 2
FERRITINA 2
HOMOCIST(E)INA 2
PORFIRINAS EN ORINA DE 24 H [UROPORFIRINAS] 2
PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA Helicobacter pilory 2
LACTOSA, CURVA DE 2
ADENOSIN DEAMINASA [ADA] * 2
ALDOLASA 2
HEMOGLOBINA GLICOSILADA POR ANTICUERPOS MONOCLONALES 2
HEMOGLOBINA GLICOSILADA POR CROMATOGRFIA DE COLUMNA 2
HEMOSIDERINA EN ORINA 2
LEUCINA AMINOPEPTIDASA [LAP] 2
TROPONINA I, CUALITATIVA 2
TROPONINA I, CUANTITATIVA 2
TROPONINA T, CUALITATIVA 2
TROPONINA T, CUANTITATIVA 2
LIQUIDO PERICARDICO [EXAMEN FÍSICO Y CITOQUIMICO CON DENSIDAD Y PROTEINAS]
LIQUIDO SINOVIAL [EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS, GLUCOSA, PROTEINAS,FACTOR RA, COMPLEMENTO, TEST DE MUCINA Y ANALISIS CON LUZ POLARIZADA]2
ALUMINIO EN ORINA DE 24 H 2
AMONIO 2
CALCIO IONICO 2
IONTOFORESIS [CLORO] POST ESTIMULACION CON PILOCARPINA 2
AMILASA 2
AMILASA EN ORINA DE 24 H 2
ASPIRADO GASTRICO [EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO DE POLIMORFO NUCLEARES]
BALANCE NITROGENADO [INDICE CATABOLICO] 2
CALCIO POR COLORIMETRÍA * 2
CALCIO EN ORINA DE 24 H POR COLORIMETRIA 2
CAPACIDAD DE COMBINACION DEL HIERRO [TIBC] 2
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] INMUNOLOGICO DIRECTO 2
CREATIN QUINASA [FRACCION MB] POR ESPECTOFOTOMETRIA 2
CREATIN QUINASA [FRACCION MB] POR MÉTODO INMUNOLOGICO 2

CREATIN QUINASA TOTAL CK- CPK 2
CREATININA DEPURACION 2
CREATININA EN ORINA DE 24 H 2
CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS 2
CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN SANGRE 2
DESHIDROGENASA LACTICA [LDH] 2
DESHIDROGENASA LACTICA, ISOENZIMAS 2
FOSFORO INORGANICO [FOSFATOS] 2
FOSFORO INORGANICO [FOSFATOS] EN ORINA DE 24 H 2
FRACCION EXCRETADA DE SODIO [FENA] 2
GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO) 2
HIERRO TOTAL 2
LIQUIDO ASCITICO [EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO] 2
LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO [LCR, EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON GLUCOSA, PROTEINAS, MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS] 2
LIQUIDO PERITONEAL [EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DETECCION DE ERITROCITOS, RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS, GLUCOSA, PROTEINAS Y AMILASA] 2
LIQUIDO PLEURAL [EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS, GLUCOSA Y LDH] 2 4826 903853
LIQUIDO SINOVIAL [EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS, GLUCOSA, PROTEINAS Y EST DE MUCINA]
MAGNESIO 2
MAGNESIO EN ORINA DE 24H * 2
POTASIO 2
POTASIO EN ORINA DE 24 H * 2
PROTEÍNAS DIFERENCIADAS [ALBÚMINA/GLOBULINA] * 2
PROTEÍNAS EN ORINA DE 24 H 2
PROTEÍNAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS 2
SODIO 2
SODIO EN ORINA DE 24 HORAS * 2
TRANSAMINASA GLUTÁMICOPIRÚVICA O ALANINO AMINO TRANSFE-RASA [TGP-ALT] * 2
TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA [TGO-AST] 2
RENINA 2
FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA [SOMATO-MEDINA C] 2
HORMONA ANTIDIURETICA 2
HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA [ACTH] 2
HORMONA DE CRECIMIENTO O SOMATOTROPICA 2
HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE [FSH] 2
HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA
HORMONA LUTEINIZANTE [LH] 2
PROLACTINA [BASAL] 2
PROLACTINA [MEZCLA DE TRES MUESTRAS] 2
HORMONA DEL CRECIMIENTO PRE Y POST ESTIMULACION 2
HORMONA DEL CRECIMIENTO PRE Y POST EJERCICIO 2
HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST ESTIMULACIÓN PROLACTINA PRE Y POST ESTIMULACIÓN 2
HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA 2
HIDROXICORTICOSTEROIDES, 17 [17 OHCS] 2
HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] 2
HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] NEONATAL 2
HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] ULTRASENSIBLE 2
HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACIÓN 2
HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACIÓN ULTRASENSIBLE
HORMONA PARATIROIDEA C TERMINAL 2
HORMONA PARATIROIDEA MOLÉCULA INTACTA 2
HORMONA PARATIROIDEA MOLÉCULA MEDIA [PARATOHORMONA PTH] 2
HORMONA PARATIROIDEA N TERMINAL 2
TIROGLOBULINA 2
TIROXINA LIBRE [T4L] 2
TIROXINA TOTAL [T4] 2
TRİYODOTIRONINA LIBRE [T3L] 2
TRİYODOTIRONINA TOTAL [T3] 2

CUMARINICOS 2
ACIDO VALPROICO 2
ACIDO VALPROICO LIBRE 2
CARBAMAZEPINA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE LIQUIDA O DE GASES 2
CARBAMAZEPINA, CUANTITATIVA POR NEFELOMETRIA 2
CARBAMAZEPINA, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO O CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA 2
FENITOINA LIBRE 2
FENITOINA LIBRE Y TOTAL, CUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA O DE GASES 2
FENITOINA LIBRE Y TOTAL, CUANTITATIVO POR NEFELOMETRIA 2
FENITOINA TOTAL, SEMICUANTITATIVO POR INMUNOENSAYO O CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA 2
AMIKACINA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA O DE GASES 2
AMIKACINA, CUANTITATIVA POR NEFELOMETRIA 2
AMIKACINA, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO 2
DIGOXINA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA O DE GASES 2
DIGOXINA, CUANTITATIVA POR NEFELOMETRIA 2
DIGOXINA, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO O CROMA-TOGRAFIA DE CAPA FINA 2
ATROPINICOS, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE GASES O LIQUIDA 2
ATROPINICOS, SEMICUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA 2
BIPIRIDILO, SEMICUANTITATIVA POR COLORIMETRIA 2
CARBAMATOS, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA EN ORINA 2
CIANUROS, CUANTITATIVO POR ESPECTOFOTOMETRIA POR INFRARROJO 2
CIANUROS, SEMICUANTITATIVO POR COLORIMETRIA 2
HIDROCARBUROS, CUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA DE GASES 2
HIDROCARBUROS, SEMICUANTITATIVO POR COLORIMETRIA 2
COCAINA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE LIQUIDA O DE GASES 2
COCAINA, METABOLITOS EN ORINA 2
COCAINA, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO O CROMA-TOGRAFIA DE CAPA FINA
DROGAS DE ABUSO NCOC 2
ESTRIGNINA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA O DE GASES 2
ESTRIGNINA, SEMICUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA 2
MERCURIO EN CABELLO O UÑAS * 2
MERCURIO EN ORINA DE 24H O SANGRE * 2
METACUALONA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE GASES O LIQUIDA 2
METACUALONA, SEMICUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA 2
METADONA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE GASES O LIQUIDA 2
METADONA, SEMICUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA 2
METALES PESADOS, CADA UNO POR ABSORCIÓN ATOMICA * 2
MONOXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] CUANTITATIVA POR ESPECTROMETRIA ULTRAVIOLETA VISIBLE
MONOXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] SEMICUANTITATIVA POR COLORIMETRIA
OPIACEOS, CUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA DE GASES O LIQUIDA 2
OPIACEOS, SEMICUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA O INMUNOENSAYO
ORGANOCOLORADOS 2
ORGANOFOSFORADOS, CUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA DE GASES O LIQUIDA
ORGANOFOSFORADOS, SEMICUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA
PARANITROFENOL 2
PIRETROIDES, CUALITATIVO POR CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA 2
PRIMIDONA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE GASES O LIQUIDA 2
PRIMIDONA, SEMICUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA 2
PROPOXIFENO, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA O DE GASES
SALICILATOS, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA O DE GASES 2
SALICILATOS, SEMICUANTITATIVA POR COLORIMETRIA 2
SUSTANCIAS ALUCINOGENAS 2
TALIO EN ORINA DE 24 H * 2
ANTIESTREPTOLISINA "O" CUANTITATIVA POR NEFELOMETRIA 2
ANTIESTREPTOLISINA "O" CUANTITATIVA POR TITULACIÓN 2
Chlamydia trachomatis, ANTICUERPOS Ig A 2
Chlamydia trachomatis, ANTICUERPOS Ig G 2
Chlamydia trachomatis, ANTICUERPOS Ig M 2
Chlamydia trachomatis, ANTICUERPOS TOTALES 2
Legionella, ANTICUERPOS Ig G SEROTIPOS 1-14 2
Legionella pneumoniae, ANTICUERPOS POR IFI 2

Leptospira, ANTICUERPOS Ig G 2
Leptospira, ANTICUERPOS Ig M 2
Mycoplasma pneumoniae, ANTICUERPOS Ig A 2
Mycoplasma pneumoniae, ANTICUERPOS Ig G 2
Mycoplasma pneumoniae, ANTICUERPOS Ig M 2
Mycoplasma pneumoniae, ANTICUERPOS TOTALES 2
Treponema pallidum, ANTICUERPOS (FTA-ABS O TPHA-PRUEBA TREPONEMICA)
Treponema pallidum, ANTICUERPOS Ig G 2
Actinomices, ANTICUERPOS 2
Aspergillus, ANTICUERPOS POR LÁTEX 2
Blastomyces, ANTICUERPOS 2
Candida albicans, ANTICUERPOS Ig A 2
Candida albicans, ANTICUERPOS Ig G 2
Candida albicans, ANTICUERPOS Ig M 2
Cisticerco, ANTICUERPOS Ig G POR EIA * 2
Cisticerco, ANTICUERPOS Ig G POR WESTER BLOT * 2
Cisticerco, ANTICUERPOS TOTALES 2
Coccidioides, ANTICUERPOS 2
Cryptococcus neoformans, ANTICUERPOS POR LÁTEX 3
Entamoeba histolítica, ANTICUERPOS POR EIA 2
Entamoeba histolítica, ANTICUERPOS POR INMUNODIFUSION 2
Histoplasma capsulatum, ANTICUERPOS POR EIA 2
HONGOS, ANTICUERPOS TOTALES POR SEROLOGIA, FIJACION DE COMPLEMENTO
HONGOS, ANTICUERPOS TOTALES POR SEROLOGIA, INMUNO-DIFUSION 2
Leishmania mucocutanea [Vical] ANTICUERPOS POR IFI * 2
Toxoplasma gondii, ANTICUERPOS Ig G POR EIA 2
Toxoplasma gondii, ANTICUERPOS Ig G POR IFI 2
Toxoplasma gondii, ANTICUERPOS Ig M POR EIA 2
Toxoplasma gondii, ANTICUERPOS Ig M POR IFI 2
Tripanosoma cruzi [CHAGAS] ANTICUERPOS POR EIA * & 2
Tripanosoma cruzi [CHAGAS] ANTICUERPOS POR LÁTEX 2
Citomegalovirus, ANTICUERPOS Ig G [CMV-G] POR EIA 2
Citomegalovirus, ANTICUERPOS Ig M [CMV-M] POR EIA 2
Dengue, ANTICUERPOS Ig G 2
Dengue, ANTICUERPOS Ig M 2
Enterovirus, ANTICUERPOS 2
Epstein-barr, ANTICUERPOS Ig A [CÁPSULA EB-VCA-A] 2
Epstein-barr, ANTICUERPOS Ig G [CÁPSULA EB-VCA-G] POR EIA 2
Epstein-barr, ANTICUERPOS Ig G [NUCLEARES EBNA-G] POR EIA 2
Epstein-barr, ANTICUERPOS Ig G [TEMPRANOS G] POR EIA 2
Epstein-barr, ANTICUERPOS Ig M [CÁPSULA EB-VCA-M] POR EIA 2
Epstein-barr, ANTICUERPOS Ig M [NUCLEARES EBNA-M] POR EIA 2
Epstein-barr, ANTICUERPOS Ig M [TEMPRANOS M] POR EIA 2
Hepatitis A, ANTICUERPOS Ig M [ANTI HVA-M] * 2
Hepatitis A, ANTICUERPOS TOTALES [ANTI HVA] 2
Hepatitis B, ANTICUERPOS CENTRAL Ig M [ANTI-CORE HBC-M] 2
Hepatitis B, ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBc] & * 2
Hepatitis B, ANTICUERPOS E [ANTI-HBe] 2
Hepatitis B, ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] * 2
Hepatitis B, DNA POLIMERASA, ANTICUERPOS 2
Hepatitis C, ANTICUERPO [ANTI-HVC] & * 2
Hepatitis delta, ANTICUERPOS [ANTI-HVD] 2
Hepatitis delta, ANTICUERPOS [ANTI-HVD] Ig M 2
Herpes I, ANTICUERPOS Ig G 2
Herpes I, ANTICUERPOS Ig M 2
Herpes II, ANTICUERPOS Ig G 2
Herpes II, ANTICUERPOS Ig M 2
HTLV-I Y II, ANTICUERPOS [ANTI HTLV-I] TOTALES & 2
HTLV-I Y II, ANTICUERPOS [ANTI HTLV-I] TOTALES CONFIRMATIVO 2
Rubeola, ANTICUERPOS Ig G POR EIA 2
Rubeola, ANTICUERPOS Ig G POR RIA 2
Rubeola, ANTICUERPOS Ig M POR EIA * 2
Rubeola, ANTICUERPOS Ig M POR RIA * 2
Sarampión, ANTICUERPOS Ig G POR EIA 2

Sarampión, ANTICUERPOS Ig M * 2
Varicela zoster, ANTICUERPOS Ig G 2
Varicela zoster, ANTICUERPOS Ig M 2
Adenovirus, ANTÍGENO 2
ANTIGENOS BACTERIANOS EN LCR, SANGRE U OTRA MUESTRA, PRUEBA DIRECTA [POLIVALENTE PARA MENINGITIS]
ANTIGENOS FEBRILES [VIDAL O WEIL FELIX] 2
Bordetella pertusis, ANTÍGENO * 2
Chlamydia trachomatis, ANTÍGENO POR EIA 2
Chlamydia trachomatis, ANTÍGENO POR IFD 2
Citomegalovirus, ANTÍGENO POR PCR 2
Cryptococcus neoformans, ANTÍGENO 2
Entamoeba histolítica, ANTÍGENO 2
Giardia lamblia, PRUEBA DIRECTA 2
Hepatitis B, ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs] & * 2
Hepatitis B, ANTIGENO e [Ag HBe] 2
Hepatitis delta, ANTIGENO [Ag HVD] 2
Influenza, ANTIGENO 2
Legionella, ANTIGENO 2
Neisseria gonorrhoeae, ANTIGENO 2
Parainfluenza VIRUS TIPO 1-3, ANTÍGENO 2
Rotavirus, ANTIGENOS EN MATERIA FECAL POR EIA 2
Rotavirus, ANTIGENOS EN MATERIA FECAL POR LATEX 2
Salmonella, IDENTIFICACION DIRECTA EN MATERIA FECAL POR LATEX 2
Virus sicial respiratorio, ANTIGENO 2
ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [Ro] SS-B La] RNP y Sm
CARDIOLIPINA, ANTICUERPOS Ig A POR EIA 2
CARDIOLIPINA, ANTICUERPOS Ig G POR EIA 2
CARDIOLIPINA, ANTICUERPOS Ig M POR EIA 2
CÉLULAS PARIETALES, ANTICUERPOS 2
CENTRÓMERO, ANTICUERPOS POR IFI 2
DNA n, ANTICUERPOS POR EIA 2
DNA n, ANTICUERPOS POR IFI 2
ESPERMA O ESPERMATOZOIDES, ANTICUERPOS POR CITOMETRÍA DE FLUJO
ESPERMA O ESPERMATOZOIDES, ANTICUERPOS POR EIA 2
FOSFOLÍPIDOS, ANTICUERPOS Ig G POR EIA 2
FOSFOLÍPIDOS, ANTICUERPOS Ig M POR EIA 2
HISTONA, ANTICUERPOS 3
ISOAGLUTININAS 2
ISOLEUCOAGLUTININAS 2
La/SSB, ANTICUERPOS POR EIA 2
MITOCONDRIA, ANTICUERPOS [AMA] POR EIA 2
MITOCONDRIA, ANTICUERPOS [AMA] POR IFI 2
MITOCONDRIA, ANTICUERPOS [AMA] POR RIA 2
MUSCULO LISO, ANTICUERPOS [ASMA] POR EIA 2
MUSCULO LISO, ANTICUERPOS [ASMA] POR IFI 2
MUSCULO LISO, ANTICUERPOS [ASMA] POR IHA 2
MUSCULO LISO, ANTICUERPOS [ASMA] POR RIA 2
NUCLEARES, ANTICUERPOS [ANA] POR EIA 2
NUCLEARES, ANTICUERPOS [ANA] POR IFI 2
NUCLEARES, ANTICUERPOS [ANA] POR RIA 2
PLAQUETARIOS, ANTICUERPOS 2
PLAQUETARIOS, ANTICUERPOS POR CITOMETRÍA DE FLUJO 2
PLAQUETAS, ANTICUERPOS CIRCULANTES Ig G, Ig M e Ig A POR CITOMETRÍA DE FLUJO
PM/SCL, ANTICUERPOS 2
PM1, ANTICUERPOS ASOCIADOS A POLIMIOSITIS 2
PM2, ANTICUERPOS 2
RNP, ANTICUERPOS 2
Ro/SSA, ANTICUERPOS POR EIA 2
Scl 70, ANTI ESCLERODERMA, ANTICUERPOS POR EIA 2
SM, ANTICUERPOS POR EIA 2
TIROIDEOS COLOIDALES, ANTICUERPOS 2
TIROIDEOS MICROSOMALES, ANTICUERPOS POR EIA 2
TIROIDEOS MICROSOMALES, ANTICUERPOS POR IFI 2

TIROIDEOS MICROSOMALES, ANTICUERPOS POR IHA 2
TIROIDEOS MICROSOMALES, ANTICUERPOS POR RIA 2
TIROIDEOS PEROXIDASA, ANTICUERPOS POR EIA 2
TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS, ANTICUERPOS POR EIA 2
TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS, ANTICUERPOS POR IFI 2
TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS, ANTICUERPOS POR IHA 2
ACIDO SIALICO 2
ALFA FETOPROTEÍNA [AFP] SÉRICA 2
ANTIGENO CARCINOEMBRIÓNICO [ACE-CEA] 2
ANTIGENO DE CÁNCER DE MAMA [CA 15-3] 2
ANTIGENO DE CÁNCER DE OVARIO [CA 125] 2
ANTIGENO DE CÁNCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19-9] 2
ANTIGENO ESPECÍFICO DE PROSTATA [PSA] 2
ANTIGENO ESPECÍFICO DE PROSTATA, FRACCIÓN LIBRE 2
ANTIGENO ESPECÍFICO DE PROSTATA, VELOCIDAD DE CAMBIO MUESTRAS CELULAR [TPA-TPS] POR EIA
ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION
ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION
CELULAR [TPA- TPS] POR RIA 2
ANTIGENO TUMORAL DE VEJIGA 2
BETA 2 MICROGLOBULINA EN CUALQUIER MUESTRA 2
CALCITONINA 2
ENOLASA ESPECÍFICA 2
GASTRINA 2
GONADOTROPINA CORIÓNICA, SUBUNIDAD BETA CUANTITATIVA [BHCG] 2
CULTIVO MIXTO DE LINFOCITOS 2
LINFOCITOS B, CUANTIFICACIÓN [TOTALES CD19 Y MADUROS CD20] POR CITOMETRÍA DE FLUJO
LINFOCITOS T CD3 POR CITOMETRÍA DE FLUJO 2
LINFOCITOS T CD3 POR INMUNOFLUORESCENCIA 2
LINFOCITOS T CD4 POR CITOMETRÍA DE FLUJO 2
LINFOCITOS T CD4 POR INMUNOFLUORESCENCIA 2
LINFOCITOS T CD8 POR CITOMETRÍA DE FLUJO 2
LINFOCITOS T CD8 POR INMUNOFLUORESCENCIA 2
LINFOCITOS CD10 LINFOCITOS PRE-B [CALLA] POR CITOMETRÍA DE FLUJO 2
LINFOCITOS CD11 POR CITOMETRÍA DE FLUJO 2
LINFOCITOS CD11 POR INMUNOHISTOQUÍMICA 2
LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK POR CITOMETRÍA DE FLUJO 2
LINFOCITOS T, CUANTIFICACIÓN CD3, CD4, CD8 POR CITOMETRÍA DE FLUJO 2
PLAQUETAS CD41 POR CITOMETRÍA DE FLUJO 2
CAMPO OSCURO PARA CUALQUIER MUESTRA 2
CITOMEGALOVIRUS, CARGA VIRAL 2
ELECTROFORESIS DE AMINOÁCIDOS EN ORINA 2
ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA EN MEDIO ÁCIDO 2
ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA EN MEDIO ALCALINO 2
ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEÍNAS 2
ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS DE LCR [DETECCIÓN DE BANDAS OLIGOCLONALES] 2
ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS EN CUALQUIER LIQUIDO INCLUIDO SUERO Y ORINA 2
FAGOCITOSIS, ESTUDIO 2
INHIBIDORES DE ESTERASAS DE C1Q 2
INMUNOELECTROFORESIS DE CUALQUIER MUESTRA 2
INMUNOGLOBULINA A [IgA] CUANTITATIVA POR IDR 2
INMUNOGLOBULINA A [IgA] CUANTITATIVA POR NEFELOMETRÍA 2
INMUNOGLOBULINA G [IgG] CUANTITATIVA POR IDR 2
INMUNOGLOBULINA G [IgG] CUANTITATIVA POR NEFELOMETRÍA 2
INMUNOGLOBULINA M [IgM] CUANTITATIVA POR IDR 2
INMUNOGLOBULINA M [IgM] CUANTITATIVA POR NEFELOMETRÍA 2
INMUNOGLOBULINA D [Ig D] DOSIFICACIÓN 2
INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA [DOSIFICACIÓN CADA ALERGENORAST] 2
INMUNOGLOBULINA E [Ig E] TOTAL POR EIA 2
INMUNOGLOBULINA E [Ig E] TOTAL POR RIA < o:p> 2
VIH, CARGA VIRAL CUALQUIER TÉCNICA 2
AGLUTININAS AL FRÍO 2
AGLUTININAS AL CALOR 2

ANTICUERPOS HETERÓFILOS [ESPECÍFICOS Y TOTALES] 2
COMPLEMENTO HEMOLÍTICO AL 50% [CH 50] 2
COMPLEMENTO SÉRICO C3 CUANTITATIVO POR IDR 2
COMPLEMENTO SÉRICO C3 CUANTITATIVO POR NEFELOMETRÍA 2
COMPLEMENTO SÉRICO C4 CUANTITATIVO POR IDR 2
COMPLEMENTO SÉRICO C4 CUANTITATIVO POR NEFELOMETRÍA 2
CRIOGLOBULINAS 2
FACTOR REMATOIDEO [RA] CUANTITATIVO POR NEFELOMETRÍA 2
FACTOR REMATOIDEO [R.A.] SEMICUANTITATIVO POR LÁTEX 2
PREALBUMINA POR NEFELOMETRÍA 2
PROTEÍNA C REACTIVA, CUANTITATIVO DE ALTA PRECISIÓN 2
PROTEÍNA C REACTIVA, PRUEBA SEMICUANTITATIVA 2
GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDAN III] 2
OXIUROS, IDENTIFICACIÓN PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM] 2
UROBILINOGENO EN MATERIA FECAL, CUALITATIVO 2
UROBILINOGENO EN MATERIA FECAL, CUANTITATIVO 2
AZUCARES REDUCTORES EN ORINA 2
HEMOGLOBINURIA 2
PROTEÍNA BENGE JONES POR CALOR 2
RECUENTO DE ADDIS 2
RECUENTO HAMBURGUER 2
UROBILINOGENO EN ORINA 2
ESPERMOGRAMA BÁSICO 2
MOCO CERVICAL, ANALISIS [SIMS HUHNER] 2
LÍQUIDO PROSTÁTICO [EXAMEN MICROSCÓPICO] 2
AMINOÁCIDOS, CUALITATIVOS POR CROMATOGRAFÍA EN ORINA 2
AMINOÁCIDOS, CUALITATIVOS POR CROMATOGRAFÍA EN SANGRE 2
AMINOÁCIDOS POR CLORURO FÉRRICO 2
AMINOÁCIDOS POR DINITROFENILHIDRACINA 2
AMINOÁCIDOS POR NITROPRUSIATO 2
AMINOÁCIDOS POR NITROSONAFTOL 2
FENILALANINA, CUANTITATIVA EN ORINA O SANGRE 2
GLISINA, DETERMINACION EN ORINA O SANGRE 2
LISINA, DETERMINACION EN ORINA O SANGRE 2
BCL-2, TRANSLOCACION DE GENES POR BIOLOGIA MOLECULAR 2
BCR/ABL, TRANSLOCACION DE GENES POR BIOLOGIA MOLECULAR 2
COOMBS DIRECTO FRACCIONADO [MONOESPECÍFICO Ig A, Ig G e Ig M] POR MICROTECNICA 2
COOMBS DIRECTO FRACCIONADO [MONOESPECÍFICO Ig A, Ig G e Ig M] EN TUBO 2
COOMBS DIRECTO, CUALITATIVO POR MICROTECNICA 2
COOMBS DIRECTO, CUALITATIVO POR TUBO 2
HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO, DIRECTA O GLOBULAR POR MICROTÉCNICA 2
HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO, DIRECTA O GLOBULAR EN PLACA 2
HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO, INVERSA O SÉRICA POR MICROTÉCNICA 2
HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO, INVERSA O SÉRICA EN TUBO 2
PRUEBA DE COMPATIBILIDAD, CRUZADA MAYOR POR MICROTECNICA 2
PRUEBA DE COMPATIBILIDAD, CRUZADA MAYOR EN TUBO 2
PRUEBA PARA DETERMINAR D W O VARIANTE DU [Rh DEBIL] EN TUBO 2
PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE AUTOTRANSFUSION [PREDEPOSITO] 2
PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS [ESTANDAR] 2

**LISTADO DE PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO CLINICO DE NIVEL 3
ACUERDO 008 DE DICIEMBRE 29 DE 2009 ANEXO TECNICO 2**

HONGOS, PRUEBAS DE SENSIBILIDAD 3
LEVADURAS, PRUEBA DE SENSIBILIDAD POR DILUCION 3
CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MÉDULA OSEA 3
CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MÉDULA OSEA 3
CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A

MEDULA OSEA 3
BETA LACTAMASA, PRUEBA DE PENICILINASA 3
Escherichia coli ENTEROPATÓGENA, EN MATERIA FECAL POR SEROTIPIFICACIÓN 3
Leptospira, SEROTIPIFICACIÓN 3
Listeria, SEROTIPIFICACIÓN * 3
Mycobacterium, IDENTIFICACION 3
Staphilococcus aureus, SEROTIPIFICACIÓN 3
Streptococcus BETA HEMOLÍTICO GRUPO A [PRUEBA RÁPIDA O DIRECTA] 3
INTRADERMOREACCION PARA COMPROBAR INMUNIDAD CONTRA BACTERIAS, HONGOS, PARASITOS O VIRUS 3
PRUEBA DE MANTOUX [TUBERCULINA] 3
ANTICOAGULANTE CIRCULANTE [LUPICO] 3
ANTICOAGULANTE LÚPICO, PRUEBA CONFIRMATORIA CON VENENO DE VIBORA DE RUSSEL 3
ANTITROMBINA III POR COAGULACION 3
ANTITROMBINA III POR CROMOGENOS 3
ANTITROMBINA III POR IDR 3
ANTITROMBINA III POR NEFELOMETRIA 3
FACTOR IX DE LA COAGULACION [CHRISTMAS O PTC] 3
FACTOR III PLAQUETARIO 3
FACTOR V DE LA COAGUALCION [LABIL O PROACELERINA] 3
FACTOR VII DE LA COAGULACION [ESTABLE O PROCONVERTINA] 3
FACTOR VIII DE LA COAGULACION 3
FACTOR VON WILLEBRAND 3
FACTOR X [STUART POWER] 3
FACTOR XI [PTA] 3
FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN, DE CONTACTO] 3
FACTOR XIII [FSF, FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIBRINA O TIEMPO DE LISIS COAGULO] 3
FIBRINOGENO, COAGULACION 3
HEPARINA, DOSIFICACION POR COAGULACION 3
HEPARINA, DOSIFICACION POR CROMOGENOS 3
PLASMINOGENO 2
PRODUCTOS DE DEGRADACION DE FIBRINOÓGENO [PDF] 3
CUERPOS DE HEINZ, PRUEBA DIRECTA 3
CUERPOS DE HEINZ, PRUEBA INDUCIDA POR FENILHIDRAZINA 3
DIMERO D POR EIA 3
DIMERO D POR LÁTEX 3
ERITROPOYETINA 3
FRAGILIDAD OSMOTICA DE ERITROCITOS 3
GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA, CUALITATIVA 3
GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA, CUANTITATIVA 3
HEMOGLOBINA A 2 POR CROMATOGRAFIA 3
HEMOGLOBINA FETAL 3
HEMOGLOBINA FETAL POR CROMATOGRAFIA DE ALTA RESOLUCION 3
HEMOGLOBINA LIBRE EN PLASMA 3
HEMOGLOBINA MATERNA Y FETAL [KLEIN HAVER] 3
HIERRO MEDULAR 3
METAHEMOGLOBINA, CUALITATIVA 3
METAHEMOGLOBINA, CUANTITATIVA 3
CALCULO BILIAR, ANALISIS FÍSICO-QUIMICO CUANTITATIVO 3
CALCULO RENAL, ANALISIS FÍSICO-QUIMICO CUANTITATIVO 3
CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS [ADRENALINA O EPINEFRINA Y NORADRENALINA O NOREPINEFRINA] EN ORINA DE 24 H 3
CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS [ADRENALINA O EPINEFRINA Y NORADRENALINA O NOREPINEFRINA] EN PLASMA 3
CATECOLAMINAS TOTALES EN ORINA DE 24 H 3
CATECOLAMINAS TOTALES EN PLASMA 3
4678 903011 DEOXIPIRIDINOLINA 3
ESPERMOGRAMA CON BIOQUÍMICA 3
ESTERASA PANCREATICA, ENZIMA ALFA NAFTIL-BUTIRATO 3
ESTERASA PANCREATICA, ENZIMA ALFA NAFTIL-CLORACETATO 3
FERRITINA 2
FOSFATASA ALCALINA ISOENZIMA 3
HAPTOGLOBINA POR IDR 3

HAPTOGLOBINA POR NEFELOMETRIA 3
HOMOCIST(E)INA 2
LACTOGENO PLACENTARIO 3
METAEPINEFRINAS EN ORINA DE 24H 3
MICROALBUMINURIA POR EIA 3
MICROALBUMINURIA POR NEFELOMETRIA 3
MICROALBUMINURIA POR RIA 3
MICROALBUMINURIA POR TURBIDIMETRIA 3
MIOGLOBINA CARDIACA 3
MIOGLOBINA EN ORINA 3
OSMOLARIDAD EN ORINA 3
OSMOLARIDAD EN SUERO 3
PIRIDINOLINA EN ORINA 3
PORFIRINAS EN SANGRE 3
PORFOBILINOGENO EN ORINA 3
PORFOBILINOGENO EN ORINA DE 24 H 3
PROTEINA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS] 3
SATURACION DE TRANSFERRINA 3
TRANSFERRINA POR IDR 3
TRANSFERRINA POR NEFELOMETRIA 3
TRIPSINA EN SUERO 3
ACIDOS BILIARES 3
ACIDO 5 HIDROXI INDOLACETICO EN ORINA DE 24 H 3
ACIDO DELTA AMINOLEVULÍNICO [ALA] EN ORINA DE 24 H 3
ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO 3
ACIDO FOLICO EN ERITROCITOS 3
ACIDO HOMOVALINICO EN ORINA DE 24 H 3
ACIDO LACTICO [L-LACTATO] POR FLUOROMETRIA 3
ACIDO LACTICO [L-LACTATO] POR METODO ENZIMATICO 3
ACIDO PIRUVICO [PIRUVATO] 2
ACIDO VANILMANDELICO [VMA] EN ORINA DE 24 H 3
FENILALANINA EN ORINA 3
GALACTOSA 3
ALFA 1 ANTIQUIMIOTRIPSINA POR IDR 3
ALFA 1 ANTITRIPSINA POR IDR 3
ALFA 1 ANTITRIPSINA POR NEFELOMETRIA 3
ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA U OROMUCOIDE 3
APOLIPOPROTEINAS A1 POR IDR 3
APOLIPOPROTEINAS B POR IDR 3
APOLIPOPROTEINAS A1 POR NEFELOMETRIA 3
APOLIPOPROTEINAS B POR NEFELOMETRIA 3
APOLIPOPROTEINAS A1 POR TURBIDIMETRIA 3
APOLIPOPROTEINAS B POR TURBIDIMETRIA 3
CERULOPLASMINA POR IDR 3
CERULOPLASMINA POR NEFELOMETRIA 3
COLINESTERASA EN ERITROCITOS [VERDADERA O ACETILCOLINESTERASA] 3
COLINESTERASA SERICA [SEUDOCOLINESTERASA] 3
COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 H 3
COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 H POR CROMATOGRAFIA 3
D- XILOSA, PRUEBA DE ABSORCION 3
DESHIDROGENASA HIDROXIBUTIRICA [HBDH] 3
FRUCTOSAMINA 3
ISOCITRATO DESHIDROGENASA [ICDH] 3
LIPOPROTEÍNA A [LpA] 3
PROTOPORFIRINA ZINC ERITROCITARIA [ZPP] * 3
LIQUIDO AMNIOTICO, CURVA ESPECTRAL O DE LILEY 3
LIQUIDO AMNIOTICO, INDICE DE MADUREZ FETAL PULMONAR [LECITINAESFINGOMIELINA O SULFATANTE-ALBÚMINA, FOSFATIDIL GLICEROL, RECUENTO DE CELULAS LAMELARES O ESPECTOFOTOMETRIA 650 nm] 3
LIQUIDO PERICARDICO [EXAMEN FÍSICO Y CITOQUIMICO CON DENSIDAD Y
CALCIO ABSORCION ATOMICA 3
ZINC 3
ZINC EN ORINA DE 24H 3
VITAMINA A [RETINOL] 3

VITAMINA B 1 3
VITAMINA B 12 3
VITAMINA B 2 3
VITAMINA B 6 3
VITAMINA D 25 DIHIDROXI 3
VITAMINA D 1, 25 DIHIDROXI 3
VITAMINA E [TOCOFEROL] 3
ALBUMINA 3
ALBUMINA EN ORINA DE 24 H 3
AMILASA 2
CLORO [CLORURO] 3
CLORO [CLORURO] EN ORINA DE 24 H 3
FOSFATASA ACIDA 3
FOSFATASA ACIDA, FRACCION PROSTATIC A 3
FOSFATASA ACIDA, FRACCION PROSTATICA POR EIA/RIA 3
FOSFATASA ALCALINA 3
FOSFATASA ALCALINA ESPECIFICA DE HUESO 3
GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA [GGT] 3
LIPASA 3
LIQUIDO AMNIÓTICO [EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO: CELULAS ANARANJADAS, TEST DE CLEMENS Y CREATININA] 3
OSMOLARIDAD CÁLCULADA 3
UREA 3
CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACION 3
CORTISOL PRE Y POSTSUPRESIÓN CON DEXAMETASONA 3
CORTISOL Y GLUCOSA, PRE Y POST INSULINA 3
ANDROSTENEDIONA 3
ANDROSTERONA EN ORINA 3
ESTRADIOL 3
ESTRIOL 3
ESTRIOL LIBRE 3
ESTROGENOS [ESTRADIOL 17 BETA] 3
PROGESTERONA 3
TESTOSTERONA LIBRE 3
TESTOSTERONA TOTAL 3
INSULINA PRE Y POST GLUCOSA 3
INSULINA, CURVA [CINCO MUESTRAS] 3
INSULINA [CADA MUESTRA] 3
INSULINA LIBRE 3
PÉPTIDO C 3
SOMATOSTATINA 3
ALDOSTERONA 3
ALDOSTERONA EN ORINA 3
ANDROSTENEDIOL GLUCURÓNIDO, 3 ALFA 3
CORTISOL 3
CORTISOL [DOS MUESTRAS -AM/PM-] 3
CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 H 3
DEHIDROEPINANDROSTERONA 3
DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA -DHEASO4] 3
GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA [TBG] 3
TRIYODOTIRONINA [CAPTACIÓN O UPTAKE T3] 3
LIDOCAINA [MONOETILGLICINEXILIDIDA-MEGX] CUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA Y DE GASES 3
LIDOCAINA [MONOETILGLICINEXILIDIDA-MEGX] SEMICUANTITATIVO POR INMUNOENSAYO O CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA 3
WARFARINA CUALITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE CAPA DELGADA 3
WARFARINA CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA 3
BARBITURICOS, CUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA DE GASES O LIQUIDA 3
FENOBARBITAL, CUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA O DE GASES 3
FENOBARBITAL, CUANTITATIVO POR NEFELOMETRIA 3
FENOBARBITAL, SEMICUANTITATIVO POR INMUNOENSAYO O CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA 3
ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS, CUANTITATIVA POR CROMA-TOGRAFIA DE GASES O LIQUIDA 3

ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO 3
ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS, CUANTITATIVO POR CROMATOGRFIA LIQUIDA O DE GASES 3
ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS, SEMICUANTITATIVO POR INMUNO-ENSAYO O CROMATOGRFIA DE CAPA FINA 3
BENZODIACEPINAS, CUANTITATIVA POR CROMATOGRFIA LIQUIDA O GASES 3
BENZODIACEPINAS, SEMICUANTITATIVA POR CROMATOGRFIA DE CAPA DELGADA E INMUNOENSAYO 3
CLORPROMAZINA 3
FENCICLIDINA 3
FENOTIAZINAS EN SUERO, ORINA Y LAVADO GASTRICO, CUANTITATIVA POR CROMATOGRFIA LIQUIDA O DE GASES 3
FENOTIAZINAS EN SUERO, ORINA Y LAVADO GASTRICO, SEMICUANTITATIVA POR CROMATOGRFIA DE CAPA FINA 3
LITIO POR FOTOMETRIA DE LLAMA 3
LITIO EN SANGRE POR ABSORCION ATOMICA 3
GENTAMICINA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRFIA LIQUIDA 3
GENTAMICINA, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO 3
KANAMICINA, SEMICUANTITATIVA POR CROMATOGRFIA DE CAPA FINA 3
NETILMICINA 3
PROCAINAMIDA POR INMUNOENSAYO 3
TOBRAMICINA 3
VANCOMICINA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRFIA DE LIQUIDA 3
VANCOMICINA, SEMICUANTITATIVA POR CROMATOGRFIA DE CAPA FINA 3
CICLOSPORINA A Y METABOLITOS 3
DIGITOXINA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRFIA LÍQUIDA O DE GASES 3
DIGITOXINA, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO O CROMATOGRFIA DE CAPA FINA 3
NITROPRUSIATO DE SODIO 3
TEOFILINA POR EIA 3
ACETAMINOFEN, CUANTITATIVA POR CROMATOGRFIA LIQUIDA O DE GASES 3
ACETAMINOFEN, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO 3
ALCALOIDES, CUANTITATIVA POR CROMATOGRFIA LIQUIDA DE ALTA RESOLUCION O DE GASES 3
ALCALOIDES, SEMICUANTITATIVO POR CROMATOGRFIA DE CAPA FINA 3
ALCOHOL ETILICO EN CUALQUIER MUESTRA POR CROMATOGRFIA DE GASES 3
ALCOHOL ETILICO EN CUALQUIER MUESTRA POR INMUNOENSAYO 3
ALCOHOL METILICO - FORMALDEHIDO EN CUALQUIER MUESTRA POR COLORIMETRIA 3
ALCOHOL METILICO - FORMALDEHIDO EN CUALQUIER MUESTRA POR CROMATOGRFIA DE GAS 3
ARSENICO EN ORINA O SANGRE POR ABSORCION ATOMICA 3
CAFEINA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRFIA LIQUIDA O DE GASES 3
CAFEINA, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO Y CROMA-TOGRFIA DE CAPA FINA 3
CANNABINOIDES, CUANTITATIVA POR CROMATOGRFIA LIQUIDA O DE GASES 3
CANNABINOIDES, SEMICUANTITATIVA POR CROMATOGRFIA DE CAPA FINA O INMUNOENSAYO 3
QUININA POR FLUOROMETRIA EN ORINA O SANGRE 3
Bordetella pertussi, ANTICUERPOS Ig G POR EIA 3
Bordetella pertussi, ANTICUERPOS Ig M POR EIA * 3
Borrelia burgdorferi, ANTICUERPOS Ig G -ENF DE LYME- 3
Helicobacter pylori, ANTICUERPOS Ig G 3
Cryptococcus neoformans, ANTICUERPOS POR LATEX 3 CUPS 2
VIH 1 Y 2, ANTICUERPOS & * 3
VIH, PRUEBA CONFIRMATORIA POR WESTERN BLOTTING O EQUIVALENTE * 3
Virus Sincitial Respiratorio, ANTICUERPOS Ig G 3
ANTIGENO P 24 VIH 1 3
CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS, ANTICUERPOS TOTALES [C-ANCA O PANCA] POR EIA 3
CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS, ANTICUERPOS TOTALES [C-ANCA O PANCA] POR IFI 3
HISTONA, ANTICUERPOS 3
Jo1, ANTICUERPOS POR EIA 3
MEMBRANA BASAL DEL GLOMERULO, ANTICUERPOS 3
HISTOCOMPATIBILIDAD, ANTIGENO A, B, C [CLASE I] 3
HISTOCOMPATIBILIDAD, ANTIGENO A, B, C, DR, DQ [CLASE I Y II] 3
HISTOCOMPATIBILIDAD, ANTIGENO B-5, B-7, B-8, B-12, B-40, B-45, B-47, OTROS [CLASE I] CADA

UNO 3
HISTOCOMPATIBILIDAD, ANTIGENO DR, DQ [CLASE II] POR PCR-SSP 3
HLA B-27, ANTIGENO POR SEROLOGIA 3
HLA CITOTOXICOS, ANTICUERPOS POR CITOMETRIA DE FLUJO 3
HLA CITOTOXICOS, ANTICUERPOS POR SEROLOGIA 3
MONOCITOS CD64 POR CITOMETRIA DE FLUJO 3
PLAQUETAS CD41 POR CITOMETRIA DE FLUJO 2
Hepatitis B, CARGA VIRAL 3
Hepatitis B, VIRUS DNA CUANTIFICACIÓN 3
5212 906817 Hepatitis C, CARGA VIRAL 3
Hepatitis C, PRUEBA CONFIRMATORIA 3
Herpes simplex I y II, DNA DETECTOR 3
Herpes simplex, CARGA VIRAL 3
INHIBIDORES DE ESTERASAS DE C1Q 2
VIH, GENOTIPIFICACION VIRAL 3
CARIOTIPO CON BANDEO Q EN CUALQUIER TIPO DE MUESTRA 3
CARIOTIPO CON BANDEO C EN CUALQUIER TIPO DE MUESTRA 3
CARIOTIPO CON BANDEO RT EN CUALQUIER TIPO DE MUESTRA 3
CARIOTIPO DE INTERCAMBIO DE CROMATIDES HERMANAS [SCE] 3
CARIOTIPO PARA CROMOSOMA FRAGIL X 3
CARIOTIPO PARA CROMOSOMA FILADELFIA 3
CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCEMICOS 3
ARILSULFATASA B, EN SUERO Y LEUCOCITOS 3
BETA GALACTOCIDASA, EN LEUCOCITOS Y SUERO 3
MUCOPOLISACARIDOS POR ELECTROFORESIS 3
MUCOPOLISACARIDOS [ALBUMINA ACIDA Y CLORURO DE CETIL PIRIDIO] 3
ARILSULFATASA A, EN LEUCOCITOS 3
ARILSULFATASA A, EN SUERO 3
BETA GLUCORONIDASA, EN LEUCOCITOS 3
HEXOSAMINIDASA A Y B EN SUERO 3
ANTICUERPOS IRREGULARES, TITULACIÓN [D, KELL, DUFFY, KIDD Y OTROS] POR MICROTECNICA 3
ANTICUERPOS IRREGULARES, TITULACIÓN [D, KELL, DUFFY, KIDD Y OTROS] EN TUBO 3
ANTICUERPOS IRREGULARES, DETECCIÓN [RASTREO O RAI] POR MICROTECNICA 3
ANTICUERPOS IRREGULARES, DETECCIÓN [RASTREO O RAI] EN TUBO 3
ANTICUERPOS IRREGULARES, IDENTIFICACIÓN [D, KELL, DUFFY, KIDD Y OTROS] POR MICROTECNICA 3
ANTICUERPOS IRREGULARES, IDENTIFICACIÓN [D, KELL, DUFFY, KIDD Y OTROS] EN TUBO 3
COOMBS DIRECTO FRACCIONADO [MONOESPECÍFICO Ig A, Ig G e Ig M] POR
FENOTIPAGE, FACTOR Rh [C, c, E, e] POR MICROTÉCNICA 3
FENOTIPAGE, FACTOR Rh [C, c, E, e] EN LAMINA O TUBO 3 [SUBGRUPO] POR MICROTÉCNICA 3
VARIANTE A1 - A2 Y OTROS LIGADOS A LOS GRUPOS SANGUÍNEOS [SUBGRUPO] EN PLACA O TUBO 3