

**DISEÑO DE INDICADORES DE GESTIÓN PARA EVALUAR UN
LABORATORIO CLÍNICO DE MEDIANO NIVEL DE COMPLEJIDAD**

**KAROL PATRICIA TORRES YEPES
JOHN JAIRO URIBE GONZÁLEZ**



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2008**

**DISEÑO DE INDICADORES DE GESTIÓN PARA EVALUAR UN
LABORATORIO CLÍNICO DE MEDIANO NIVEL DE COMPLEJIDAD**

**KAROL PATRICIA TORRES YEPES
JOHN JAIRO URIBE GONZÁLEZ**

**Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de
Especialista en Administración de Servicios de Salud**

**Directora
ASTRID LORELY PIMIENTA RUEDA
Microbióloga M.Sc.**



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2008**

DEDICATORIA

ESTE TRABAJO ESTA DEDICADO A LOS SERES QUE ME INSPIRAN TODOS
LOS DIAS A VIVIR; MI DIOS , MIS PADRES Y HERMANOS Y A MI DEVOTO
ESPOSO.

AGRADECIMIENTOS

La autora expresa sus agradecimientos a:

El personal que labora en el Laboratorio Clínico Siglo XXI, por permitirnos desarrollar esta tesis y poner a disposición del presente estudio, la confianza con información que suministraron, su tiempo, su compromiso con el cambio y su colaboración en todo momento.

Al Doctor ALVARO BUSTOS por su asesoría dentro del aula de clase para el perfeccionamiento en la construcción de los indicadores diseñados para este trabajo.

A la Doctora ASTRID PIMIENTA por su asesoría durante el desarrollo de esta tesis.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. OBJETIVOS	16
1.1 OBJETIVO GENERAL	16
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
3. JUSTIFICACIÓN	18
4. MARCO LEGAL	20
4.1. DECRETO NUMERO 2309 DE 2002 POR EL CUAL SE DEFINE EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	22
4.2. DECRETO 1011 DE 2006 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, POR EL CUAL SE ESTABLECE EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.	22
4.2.1. Sistema Único de Habilitación.	23
4.2.2. Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.	23
4.2.3. Sistema Único de Acreditación.	24
4.2.4. Sistema de Información para la Calidad.	25
4.2.5. Campo de aplicación.	25
4.3. RESOLUCIÓN 1043 DE 2006 QUE REGLAMENTA EL DECRETO 1011 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. CONDICIONES QUE DEBEN CUMPLIR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PARA HABILITAR SUS SERVICIOS.	25
4.3.1. De capacidad tecnológica y científica:	26
4.3.2. Suficiencia Patrimonial y Financiera:	26
4.3.3. De capacidad técnico-administrativa:	27
4.4. CIRCULAR 0076 NOVIEMBRE 02 2007 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL	27
4.5. DECRETO 4295 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE NOVIEMBRE 06 DE 2007 CON EL QUE SE REGLAMENTA PARCIALMENTE LA LEY 872 DE 2003	28
4.6. RESOLUCIÓN 2679 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, DEL 03 AGOSTO DE 2007 QUE REGLAMENTA EL DECRETO DE LEY 205 DE 2003, POR LA CUAL SE CONFORMA EL COMITÉ SECTORIAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD	28
4.7. DECRETO 1698 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, DEL 16 MAYO 2007, POR EL CUAL SE MODIFICA EL DECRETO 574 DE 2007 QUE DEFINE LAS CONDICIONES FINANCIERAS Y DE SOLVENCIA DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN DE ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y ENTIDADES ADAPTADAS	29

5. MARCO CONCEPTUAL	31
5.1 TIPOS DE INDICADORES	31
5.2 ATRIBUTOS DE LOS INDICADORES	34
5.3 TIPO DE RESULTADO DEL INDICADOR	35
5.4 INDICADORES DE GESTIÓN	35
5.4.1. INDICADORES DE GESTIÓN EN COLOMBIA EN EL SECTOR SALUD	37
5.4.2. INDICADORES DE GESTIÓN EN EL LABORATORIO CLÍNICO	38
5.5 IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LOS PROCESOS CRÍTICOS EN LA GESTIÓN	39
5.5.1 Macroprocesos principales de un laboratorio clínico de mediano nivel de complejidad	39
En la fase analítica se realizan las siguientes verificaciones para garantizar que el trabajo realizado sea óptimo:	43
5.6 INTERRELACIÓN ENTRE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS EN UN LABORATORIO DE MEDIANO NIVEL DE COMPLEJIDAD	45
5.7 DEFINICIÓN DE RESPONSABILIDADES DEL SISTEMA DE GESTIÓN	47
6. METODOLOGÍA	50
6.1. REVISIÓN DE DOCUMENTOS BASE	50
6.2. DEFINICIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LOS PROCESOS CRÍTICOS DE LA GESTIÓN Y SUS PROCEDIMIENTOS	50
6.2.1 Macroproceso Gerencia y Calidad	51
6.2.2 Macroproceso técnico o de Prestación del Servicio	51
6.2.3 Macroproceso administrativo.	51
6.2.4 Macroproceso de los Clientes	51
6.3. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN MEDIANTE LA FORMULACIÓN DE FORMATOS	53
6.3.1 Instrumentos del Macroproceso de Gerencia y Calidad.	53
6.3.2 Instrumentos del Macroproceso Técnico.	53
6.3.3 Instrumentos del Macroproceso Administrativo.	54
6.3.4 Instrumentos del Macroproceso del Cliente	54
6.4 DISEÑO DE INDICADORES DE GESTIÓN	54
6.4.1. Ficha técnica genérica:	56
6.4.2 Instrucciones para diligenciar la ficha de cada indicador:	57
6.4.3. Descripción de los indicadores diseñados:	59
6.5 EVALUACIÓN PILOTO DE LOS INDICADORES DISEÑADOS	68
6.5.1 Aplicación de la prueba piloto	68
6.5.3. Análisis de la información de la evaluación piloto	74
CONCLUSIONES	77
BIBLIOGRAFÍA	79
ANEXOS	82

LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1.	Esquema de Mapa de Procesos	48
Tabla 2	Matriz de responsabilidades del sistema de gestión	49
Tabla 3	Matriz de competencia y formación de los cargos con responsabilidad en el sistema de gestión del laboratorio clínico	50
Tabla 4	Macroprocesos e Indicadores de gestión	56

LISTA DE FIGURAS

		Pág.
Figura 1	Interrelación entre procesos y procedimientos en el laboratorio clínico	47
Figura 2	Organigrama General del Laboratorio Clínico	49

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. (Instrumento de medición No. 1) Lista de Chequeo de revisión de actualización de documentos	85
Anexo B (Instrumento de medición No. 2) Formato para registro de auditoria interna	86
Anexo C (Instrumento de medición No. 3) Lista de chequeo de la fase Preanalítica	87
Anexo D (Instrumento de medición No. 4) Hoja de recolección de datos de detección de errores en la toma de muestra	88
Anexo E (Instrumento de medición No. 5) Lista de chequeo de la Fase Analítica	89
Anexo F (Instrumento de medición No. 6) Lista de chequeo de la Fase Postanalítica	91
Anexo G (Instrumento de medición No. 7) Registro de Actualización de datos del personal	93
Anexo H (Instrumento de medición No. 8) Formato de capacitación interna del personal	96
Anexo I (Instrumento de medición No. 9) Formato de Evaluación de Clima Organizacional	97
Anexo J (Instrumento de medición No. 10) Encuesta de Satisfacción del usuario	99
Anexo K Ficha del indicador que evalúa si las hojas de vida de los empleados cumplen con los soportes establecidos por el Laboratorio Clínico Macroproceso de Gerencia y Calidad	100
Anexo L Ficha del indicador de calidad que evalúa el porcentaje de hojas de vida del personal de laboratorio las cuales actualizaron documentos	101
Anexo LL Ficha del indicador de calidad que evalúa el porcentaje de cumplimiento de programas de auditoria	102
Anexo M Ficha del indicador de calidad que determina el número de exámenes no realizados por errores de transcripción de las órdenes de solicitud de exámenes	103
Anexo N Ficha del Indicador de calidad en la toma de muestra en muestras libres de Hemólisis	104
Anexo O Ficha del indicador de calidad que evalúa la calidad en la toma de muestra en cantidad de muestras suficientes	106
Anexo P Ficha del indicador de calidad que evalúa el número de exámenes repetidos en el laboratorio	107
Anexo Q Ficha del indicador de calidad que evalúa el número de exámenes no realizados de las órdenes de solicitud recibidas	108

Anexo R	Ficha del indicador de calidad que evalúa la calidad en el informe de datos en resultados entregado a los pacientes que solicitan el servicio	109
Anexo S	Ficha del indicador determina que los empleados que laboran son competentes para el cargo que desempeñan en el laboratorio clínico	110
Anexo T	Ficha del indicador que evalúa la actualización del personal del laboratorio clínico	111
Anexo U	Ficha del indicador de calidad que evalúa el porcentaje de pacientes que recibieron información de los requisitos previos a los exámenes de laboratorio	112
Anexo V	Ficha del indicador satisfacción del usuario que recibió los servicios del laboratorio clínico	113

RESUMEN

TITULO: DISEÑO DE INDICADORES DE GESTIÓN PARA EVALUAR UN LABORATORIO CLÍNICO DE MEDIANO NIVEL DE COMPLEJIDAD*

AUTORES: KAROL PATRICIA TORRES YEPES**
JOHN JAIRO URIBE GONZÁLEZ

PALABRAS CLAVE: Diseño, indicadores de gestión, laboratorio clínico

RESUMEN:

Utilizar herramientas administrativas y aplicarlas en el campo del desempeño laboral contribuye a optimizar los procesos y a mejorar la calidad de la atención en salud a los pacientes; por tal razón esta tesis de grado titulada Diseño de Indicadores de Gestión para evaluar un laboratorio de mediano nivel de complejidad, es un trabajo de aplicación donde se eligió como objeto de estudio un laboratorio clínico de Mediano nivel de complejidad “Laboratorio Clínico Siglo XXI” , sitio donde se realizó un diagnóstico de todos los macroprocesos, se priorizaron los procesos claves y se crearon formatos para la recolección de la información, con base en esta información se diseñaron indicadores de gestión que midieran la realidad de este laboratorio clínico; para probar los formatos creados y los indicadores diseñados se realizó una prueba piloto, en el sitio objeto de estudio, los resultados mostraron las fallas que existían y de esa forma se tomaron las correspondiente medidas correctivas, es decir los indicadores cumplieron a satisfacción con las expectativas que se tenían al diseñarlos, y para el personal que labora en el Laboratorio Clínico siglo XXI este estudio sirvió para el mejor desempeño de su trabajo y para los realizadores de esta tesis un logro de cumplir con los objetivos propuestos.

* Tesis para optar el título de Especialista en Administración de Servicios de Salud

** Especialización en Administración de Servicios de Salud. Facultad de Salud. Departamento de Salud Pública. Directora: **Astrid Lorely Pimienta Rueda, Microbióloga M.Sc.**

SUMMARY

TITLE: DESIGN OF INDICATORS OF MANAGEMENT TO EVALUATE A CLINICAL LABORATORY OF MEDIUM LEVEL GIVES COMPLEJIDAD *

AUTORES: KAROL PATRICIA TORRES YEPES**
JOHN JAIRO URIBE GONZÁLEZ

KEY WORDS: Design, indicators of management, clinical laboratory

SUMMARY:

To use administrative tools and to apply them in the field of the labour performance(discharge) helps to optimize the processes and to improve the quality of the attention in health to the patients; for such a reason this thesis of degree titled Design of Indicators of Management to evaluate one Laboratory of medium level of complexity, it is a work of application where there was chosen as object of study a clinical laboratory of Medium level of complexity " Clinical Laboratory 21st century ", I surround where there was realized a diagnosis of all the macroprocesses, the key processes were prioritized and formats were created for the compilation of the information, with base in this information there were designed indicators of management that were measuring the reality of this one Clinical laboratory; to prove(try) the created formats and the designed indicators a pilot test(proof) was realized, in the site(place) I object of study, the results showed the faults that existed and of this form corrective policies took them corresponding, that is to say the indicators expired to satisfaction with the expectations that were had on having designed them, and for the personnel that works in the Clinical Laboratory 21st century this study served for the best performance(discharge) of his(her,your) work and for the producers of this thesis an achievement of expiring with the proposed aims(lenses).

* Project degree

** Especialización en Administración de Servicios de Salud. Facultad de Salud. Departamento de Salud Pública. Directora: **Astrid Lorely Pimienta Rueda, Microbióloga M.Sc.**

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar indicadores de gestión que se conviertan en una herramienta administrativa básica para el desarrollo de metodologías que contribuyan al mejoramiento de los procesos de gestión interna, atención y servicio al cliente, capacitación y desarrollo del personal dentro del Laboratorio Clínico.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diseñar los indicadores de gestión para el seguimiento de los procesos de gestión interna, atención y servicio al cliente, capacitación y desarrollo del personal dentro del Laboratorio Clínico.

- Establecer la pertinencia que tienen los indicadores de gestión elaborados para el Laboratorio Clínico por medio de la aplicación de instrumentos de medición propuestos en base a los procesos de gestión interna, atención y servicio al cliente, capacitación y desarrollo del personal.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los laboratorios Clínicos, dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS), se han visto limitados como instituciones que implementan programas de mejoramiento técnico. Cabe aclarar que, desde el punto de vista de Empresa prestadora de servicios, se requiere desarrollar y conocer metodologías administrativas que permitan al Laboratorio y al profesional desempeñarse competitivamente en el mercado; y esta estrategia se puede desarrollar mediante el diseño y uso de indicadores para el seguimiento de los procesos de gestión.

El laboratorio Clínico no ha sido ajeno a la necesidad de implementar dentro de su operación, las técnicas administrativas necesarias que logren desarrollar la capacidad técnica y operativa del personal y de sus recursos que integra esta área en las instituciones prestadores de servicios. Las nuevas alianzas que surgen entre diferentes entidades han puesto al laboratorio Clínico en el campo del manejo directo de recursos y personal, que necesariamente lo impulsan a implementar dentro de su organización políticas de calidad, control y uso adecuado de insumos, satisfacción del usuario y formación y crecimiento del recurso humano, que le permitan mantenerse como entidad prestadora de servicios.¹

El estrecho margen en las diferencias de servicios ofrecidos en los portafolios de los Laboratorios Clínicos, ha hecho necesario trasladar la competencia al plano de la eficacia y eficiencia operativa de los Laboratorios, al desarrollo de nuevas formas de prestación de servicios y la disminución de costos en que incurren para prestación de los mismos.

El sector salud ha sufrido un cambio radical a partir de la implementación de la Ley 100, que obligó a redefinir la prestación de la atención en salud, es decir, de servicios subsidiados se transformó a la libre oferta de servicios, promoviendo a los profesionales de la salud a desarrollar habilidades gerenciales que no eran necesarias con anterioridad.²

¹ ALHAMA BELAMARIC, Rafael. Perfeccionamiento Empresarial, Retos y Realidades. 2001.
jeit@ceniai.inf.cu

² ALVAREZ HEREDIA, 1ªed. 2006. Instrumentos de Auditoria medica

3. JUSTIFICACIÓN

El progreso de la tecnología y de las ciencias médicas determina cambios en los Laboratorios Clínicos que requieren la redefinición del papel de quienes se desempeñan en ellos. El desarrollo de la Gestión Clínica surge como un elemento para lograrlo.

El paradigma de la Gestión Clínica enfatiza la importancia de administrar las organizaciones sanitarias, integrando las culturas de los profesionales de la salud (Bacteriólogos) los de la administración, y la economía con el fin de obtener la mejor calidad de atención en salud; una descentralización de la organización y un impulso hacia una nueva forma de trabajo enfocada hacia la gestión de procesos, la mejora continua y la autoevaluación sistemática. Se confiere entonces a los profesionales del equipo de salud la responsabilidad de la calidad del servicio y la atención ofrecidos. Entiéndase que la misma consta de una serie de atributos: eficiencia, efectividad, eficacia, equidad, aceptabilidad y legitimidad.³

Entre las herramientas de la Administración propuesta para la implementación de la Gestión Clínica por diferentes autores se reconocen los elementos de la teoría de los Sistemas, de la Administración por Objetivos, la Administración de la Calidad Total y de Administración Estratégica. Esta forma de Gestión de las organizaciones de salud se encuentra entre las que surgen en las dos últimas décadas en los países europeos en respuesta a la crisis emergente del sector.⁴

La medición es requisito de la gestión. Lo que no se mide no se puede gestionar y, por lo tanto, no se puede mejorar. Esto es aplicable a cualquier organización, incluidas las instituciones de salud. Los indicadores de gestión son agentes determinantes para que todo proceso de producción se lleve a cabo con eficiencia y eficacia.

Mediante la implementación de un sistema adecuado de indicadores se puede calcular la gestión o la administración soportado por un sistema de información que permita comprobar las diferentes etapas de los procesos logísticos y ubicados en posiciones estratégicas dentro del mismo permitirán mostrar un efecto óptimo de producción en el mediano y largo plazo.⁵

³ ARGEL G., Juan Carlos; JAIMES, Juan Carlos. Modelo de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud, para la IPS CLÍNICA REVIVIR S.A. Bucaramanga. 2005

⁴ CARRILLO DE ROJAS, Gladys. Fundamentos de Contabilidad para Profesionales no Contadores. Santafé de Bogotá: Corcas Editores Ltda. 1997

⁵ CILLONIZ B., Fernando. Economía de la Salud. Bajar Costos. Enero. 2002. <mailto:inform@ccion>

Adicionalmente, Un sistema de control de gestión tiene como objetivo facilitar a los administradores, información permanente e integral sobre su desempeño que les permita autoevaluar y retroalimentar su gestión. El sistema además facilita información oportuna y efectiva sobre el comportamiento de las variables críticas para el éxito a través de los indicadores previamente establecidos.

El sistema de gestión basado en el mejoramiento continuo de la calidad crea sistemas de monitorización y evaluación de la calidad de la atención a los usuarios y de la gestión administrativa, utilizando herramientas como los indicadores para detectar variaciones de los parámetros establecidos y de esta forma tomar medidas correctivas que mejoren los procesos y optimicen el uso de los recursos.

Implementar este modelo en nuestro medio es factible y no conlleva un costo elevado, dado que pueden aprovecharse las capacidades y los recursos que se tienen en el laboratorio.⁶

⁶ CRUZ PIQUERAS, M. Calidad, Opinión, Satisfacción, Clientes, están Orientados los Servicios a los Usuarios que los Utilizan. Noviembre. 2004. Disponible en: www.gerenciasalud.com/

4. MARCO LEGAL

El término Seguridad Social es utilizado en varios sentidos; unas veces para hacer referencia a la política Social de un Estado; en ocasiones, en sentido amplio, para enunciar todas las formas de protección del bienestar material y de las necesidades sociales comunes en una población; y, en un sentido restringido, para referirse a la previsión de aquellas contingencias que la población económicamente activa experimenta a lo largo de su vida productiva, extensivas también a sus familias y eventualidades como desempleo, invalidez, vejez y muerte.⁷

La seguridad social, entendida como protección integral del ser humano contra las necesidades sociales agrupa, de acuerdo con los diversos criterios expuestos, en un sentido amplio: la previsión social, los seguros sociales para trabajadores particulares y servidores públicos, la asistencia pública, la salud ocupacional, la política de empleo, la política de salarios, jornadas y descansos, la sanidad pública y la política de vivienda de interés social. La razón de ser de la seguridad social consiste en dar a los individuos y a las familias la tranquilidad de saber que el nivel y la calidad de su vida no sufrirán, dentro de lo posible, un menoscabo significativo a raíz de ninguna contingencia social o económica. Debe entenderse como un mecanismo que humaniza las relaciones sociales; un elemento de estabilidad social y política, esencial para el desarrollo económico y cultural de pueblos, tratando de lograr una redistribución del ingreso.⁸

- La Carta Política de 1991 concibe la seguridad social como servicio público permanente, lo cual obliga al Estado Colombiano a participar en su financiación y en la prestación del mismo, como derecho colectivo; es así que en desarrollo del artículo 48 de la Constitución se crea a partir de diciembre 23 de 1993 la LEY 100, la cual organizó el Sistema de seguridad Social Integral, en conjunto con entidades públicas, privadas, normas y procedimientos, cuya dirección, coordinación y control está a cargo del Estado. Dentro de los objetivos que persigue este sistema se encuentran:

· Garantizar las prestaciones económicas y de salud a quienes tienen una relación laboral, empleados independientes o capacidad económica suficiente para afiliarse al sistema.

· Garantizar la prestación de los servicios sociales complementarios establecidos por la ley.

⁷ DAZA Javier Germán. Sistema de información gerencial para el proceso de atención en un laboratorio clínico. Tesis de grado UIS 1997.

⁸ ESPAÑA, Javier. Hablemos de Productividad. Disponible en: www.degerencia.com

· Garantizar la ampliación de cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema.

Como mecanismos para ejercer la verificación y garantizar la calidad en la prestación de los servicios de salud, se crea mediante decreto 2309 de octubre 15 de 2002, el Sistema Obligatorio de Calidad de la Atención de Salud. Entendiéndose la calidad de la atención como la provisión de servicios accesibles y equilibrados, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.⁹

De manera complementaria y en busca de la mejora continua en la prestación de servicios, el estado ratifica y perfecciona el sistema obligatorio de calidad mediante el Decreto 1011 de Abril 03 de 2006 donde se establece el Sistema obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud SOGCS.

Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, 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.

Así mismo, 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 1993 y la Ley 647 de 2001, se les debe aplicar obligatoriamente disposiciones del Sistema de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SOGCS.

Se redefine el Sistema de SOGCS como 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. Aparece dentro del SOGCS la Unidad sectorial de normalización en salud como una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de Calidad de la atención de salud, autorizada por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo. Los estándares de calidad propuestos por esta Unidad se consideran recomendaciones técnicas de voluntaria aplicación por los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los cuales podrán ser adoptados mediante acto administrativo por el Ministerio de la Protección Social, en cuyo caso tendrán el grado de obligatoriedad que éste defina.¹⁰

⁹ GELLA, Javier. Control de calidad en el Laboratorio Clínico. Segunda Edición. Biosystems S.A. 2005. 5-9 p.

¹⁰ Gerencia en Salud. Cinco Pasos para Servir al Cliente. Junio. 2003. Disponible en: www.gerenciasalud.com/

A continuación se describen apartes de algunas reglamentaciones pertinentes a este trabajo:

4.1. DECRETO NUMERO 2309 DE 2002 POR EL CUAL SE DEFINE EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Mediante el Decreto 2309 del 15 de Octubre del 2002, el Gobierno Nacional redefinió el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud en el Sistema General de Seguridad Social El Decreto 2309 define de esta curiosa forma su objeto: "La Calidad de la Atención de Salud se entenderá como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario", y continúa con una óptica centrada en las instituciones, sin ninguna consideración por lo que en la ciencia médica significa calidad, en términos de protocolos de atención, y tampoco adopta las propuestas del World Health Report 2000 para evaluar los Sistemas de Salud desde la perspectiva de los derechos del paciente, evaluación que por cierto dejó en un vergonzoso puesto 93 a nuestro país.

4.2 DECRETO 1011 DE 2006 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, POR EL CUAL SE ESTABLECE EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. ¹¹

Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

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

1. *Accesibilidad.* Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
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. *Seguridad.* Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por

¹¹ Los pacientes - Los Clientes. Octubre. 2003. Disponible en: www.gerenciasalud.com/

minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

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

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.

Componentes del SOGCS. Tendrá como componentes los siguientes:

1. El Sistema Único de Habilitación.
2. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
3. El Sistema único de Acreditación.
4. El Sistema de Información para la Calidad.¹²

4.2.1. Sistema Único de Habilitación.

Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.
Art.6.

4.2.2. Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.

Los programas de auditoría 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.

Los procesos de auditoría son obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB.

La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

¹² GIAMARINO, Ana María. Gerencia en salud. Administración en salud Personal en salud. 2002. anagiamarino@uol.com.br

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas. **Art. 32**

4.2.3. Sistema Único de Acreditación.

Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

Parágrafo. Todo Prestador de Servicios y EAPB deberá contar con la Certificación de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación como condición para acceder a la acreditación.

El Sistema Único de Acreditación se orientará por los siguientes principios:

1. *Confidencialidad.* La información 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.

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. *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 salud.

Entidad acreditadora: El Sistema Único de Acreditación estará liderado por una única entidad acreditadora, seleccionada por el Ministerio de la Protección Social de conformidad con lo estipulado en las normas que rigen la contratación pública, quien será la responsable de conferir o negar la acreditación.

Parágrafo. El Sistema Único de Acreditación se aplicará con base en los lineamientos que expida el Ministerio de la Protección Social.

Manual de Estándares del Sistema Único de Acreditación. La Entidad Acreditadora aplicará los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación que para el efecto proponga la Unidad Sectorial de Normalización y adopte el Ministerio de la Protección Social, los cuales deberán revisarse y ajustarse, en caso de ser necesario, por lo menos cada tres (3) años. **Art. 41**

Los requisitos de las entidades acreditadoras autorizadas para efectos del Sistema Único de Acreditación deberán consultarse en la Resolución 001445 de 2006.

4.2.4. Sistema de Información para la Calidad.

El Ministerio de la Protección Social diseñará e implementará un “Sistema de Información para la Calidad” con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el 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 de las EAPB, 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.

El Ministerio de la Protección Social incluirá en su página Web los datos del Sistema de Información para la Calidad con el propósito de facilitar al público el acceso en línea sobre esta materia. **Art. 45**

4.2.5. Campo de aplicación.

Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, 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.

4.3 RESOLUCIÓN 1043 DE 2006 QUE REGLAMENTA EL DECRETO 1011 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. CONDICIONES QUE DEBEN CUMPLIR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PARA HABILITAR SUS SERVICIOS

Los Prestadores de Servicios de Salud y todos aquellos establecimientos que presten servicios de salud, sea este o no su objeto social, deberán cumplir, para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación, con lo siguiente:

4.3.1. De 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 que se adoptan en la presente resolución. Comprenden: Recurso Humano, Infraestructura - Instalaciones Físicas; Mantenimiento; Dotación-mantenimiento; Medicamentos y Dispositivos médicos para uso humano y su Gestión; Procesos Prioritarios Asistenciales; Historia Clínica y Registros Asistenciales; Interdependencia de Servicios; Referencia de Pacientes y Seguimiento a Riesgos en la prestación de servicios de salud.¹³

4.3.2. 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:

1. Que el patrimonio total se encuentre por encima del cincuenta por ciento (50%) del capital social, capital fiscal o aportes sociales, según corresponda de acuerdo a la naturaleza jurídica de la institución prestadora de servicios de salud y de conformidad a los lineamientos señalados en el Plan General de Contabilidad Pública y el Plan de Cuentas para instituciones prestadoras de servicios de salud privadas.
2. Que en caso de incumplimiento de obligaciones mercantiles de más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por obligaciones mercantiles: aquellas acreencias incumplidas a favor de terceros, originadas como resultado de aquellos hechos económicos propios del objeto de la institución
3. Que en caso de incumplimiento de obligaciones laborales de más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por obligaciones laborales: aquellas acreencias incumplidas exigibles a favor de los empleados, ex empleados y pensionados, originadas como resultado de la causación de derechos laborales.
4. Que para la inscripción en el registro de prestadores de servicios de salud, se tomarán como base los estados financieros de la vigencia fiscal del año inmediatamente anterior al registro. Sin embargo, se podrán tomar como base estados financieros de períodos menores al año, cuando se realicen operaciones financieras dirigidas al cumplimiento de condiciones de suficiencia patrimonial y

¹³ GUARDIOLA, U. El control de Gestión y sus Indicadores. Bogotá: Incolda. 1988

financiera. En todo caso, los estados financieros deberán estar dictaminados por el revisor fiscal de la institución o el contador según sea el caso de la entidad a la cual pertenezca.

4.3.3. De capacidad técnico-administrativa:

Son condiciones de capacidad técnico administrativa para una Institución Prestadora de Servicios de Salud, las siguientes:

1. 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.
2. 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.

Anexo 1. Estándares - Resolución 1043 de 2006

Anexo 2. Manual de procedimientos - Resolución 1043 de 2006

Esta resolución ha sido modificada a partir del 03 agosto de 2007 mediante la Resolución 2680.

4.4. CIRCULAR 0076 NOVIEMBRE 02 2007 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Modificación y adopción de formularios de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud para los que inicien la prestación de servicios y de reporte de novedades al Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

De conformidad con lo previsto en los artículos 11 del Decreto 1011 de 2006 y 5º de la Resolución No. 1043 del mismo año y el artículo 7º de la Resolución 2680 de 2007, mediante la presente Circular se modifican y adoptan los formularios de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud que inicien la prestación de servicios y de Reporte de Novedades al Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, los cuales forman parte integral de la presente Circular.¹⁴

Los formularios adoptados mediante la presente Circular, no pueden ser sustituidos, modificados, adicionados ni alterados, sin perjuicio de que el Ministerio de la Protección Social pueda modificar su forma mediante el uso de la tecnología para optimizar la captura de los datos contenidos en los mismos.

¹⁴ Circular 0076, Modificación y adopción de formularios de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud

4.5. DECRETO 4295 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE NOVIEMBRE 06 DE 2007 CON EL QUE SE REGLAMENTA PARCIALMENTE LA LEY 872 DE 2003

El presente decreto presenta como propósito principal y partiendo de la ley 872 de 2003 por la cual se crea se crea el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios, el Fijar como Norma Técnica de Calidad para las instituciones prestadoras del servicio de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios, la adoptada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud y definida a través del Decreto 1011 de 2006 y las normas técnicas que lo desarrollan o las que lo modifiquen.

El Ministerio de la Protección Social expedirá las guías aplicativas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud y ajustará las normas técnicas en el marco de la Ley 872 de 2003. La evaluación y verificación por parte de los entes externos de control, sobre el cumplimiento de las normas de calidad, se hará con fundamento en lo previsto en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.¹⁵

4.6. RESOLUCIÓN 2679 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, DEL 03 AGOSTO DE 2007 QUE REGLAMENTA EL DECRETO DE LEY 205 DE 2003, POR LA CUAL SE CONFORMA EL COMITÉ SECTORIAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.

El artículo 42 de numeral 5 de la LEY 715, se establece como competencia de la nación el definir y aplicar sistemas de evaluación y control de gestión técnica, financiera y administrativas de las instituciones que participen en el sector y en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como divulgar sus resultados, con la participación de las entidades territoriales.

Que es necesario dotar al sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de una instancia sectorial que favorezca que las acciones de monitoreo y seguimiento del comportamiento de la Calidad de la atención en Salud se traduzca en acciones conjuntas sinérgicas y efectivas en beneficio del usuario.

Crear el Comité Sectorial de Calidad y Seguimiento de la Atención en Salud en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud el cual estará conformado por:

¹⁵ Decreto 4295, Fijar como Norma Técnica de Calidad para las instituciones prestadoras del servicio de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios, la adoptada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud. Santafé de Bogotá. Noviembre 06 de 2007. Ministerio de Protección Social.

- El Ministro de la Protección Social o su delegado quien lo presidirá.
- El Superintendente Nacional de Salud o su delegado
- Un representante de los Directores Departamentales o Distritales de Salud o su delegado.
- Un representante de las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud
- Un representante de las Entidades Promotoras de Salud, del régimen contributivo y del régimen subsidiado.
- Un representante de la Industria de medicamentos e insumos para la Salud.

Serán funciones del comité Sectorial de Calidad y Seguridad de la Atención en Salud, las siguientes:

- Desarrollar análisis acerca del estado de la Calidad en la atención en salud y la seguridad del paciente en el país.
- Proveer condiciones para facilitar el desarrollo de consensos y acciones conjuntas orientadas hacia el beneficio de la calidad y la seguridad de la atención en salud.
- Emitir recomendaciones sobre políticas, normatividad o acciones tendientes a garantizar la calidad y la seguridad de la atención en salud.
- Armonizar las políticas de los distintos Ministerios sobre la materia y demás entidades que forman parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Apoyar la coordinación para el desarrollo o implementación de medidas sobre la calidad y la seguridad de la atención en salud.¹⁶
- Promover estrategias de adecuación, articulación y fortalecimiento institucional del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en materia de calidad y seguridad de la atención en salud.
- Destacar las experiencias desarrolladas en forma programada que tenga como objetivo el desarrollo de la calidad y la seguridad en la atención en salud.¹⁷

4.7. DECRETO 1698 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, DEL 16 MAYO 2007, POR EL CUAL SE MODIFICA EL DECRETO 574 DE 2007 QUE DEFINE LAS CONDICIONES FINANCIERAS Y DE SOLVENCIA DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN DE ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y ENTIDADES ADAPTADAS

Monto del Margen de Solvencia. Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas deben mantener en todo momento y acreditar ante la Superintendencia Nacional de Salud, un monto de patrimonio técnico

¹⁶ Circular 0076, Op. Cit. P. 27

¹⁷ Ibid. p. 27

superior al monto de margen de solvencia, calculado de acuerdo con la siguiente metodología:

Los ingresos operacionales anualizados del Régimen Contributivo derivados de la UPC, como resultado de multiplicar los numerales 1 y 2 siguientes:

1. Número de afiliados promedio de los últimos 12 meses, activos y suspendidos, como constan en la Base de Datos Única de Afiliados correspondientes a la respectiva entidad.

2. UPC anual promedio de la respectiva entidad, resultado de multiplicar la UPC mensual promedio para los últimos doce periodos compensados por 12.

Los ingresos operacionales anualizados de cada régimen se multiplicarán por un factor de riesgo de 10%. La suma anterior se multiplicará por el valor resultante de la relación existente para el período entre los gastos operativos totales anualizados menos el monto correspondiente a los siniestros reconocidos por un tercero asegurador a la entidad por enfermedades de alto costo o derivados de la implementación de mecanismos de transferencia de riesgo de carácter sectorial para dichas enfermedades de alto costo, sobre los gastos operativos totales del periodo, para así obtener el monto del margen de solvencia.

El valor obtenido en el inciso anterior nunca podrá ser inferior a 0,9 (90%). Este segundo instrumento será aplicable siempre que se constituya dentro de los 18 meses siguientes a la entrada en vigencia del presente Decreto.

5. MARCO CONCEPTUAL

Todo sistema de Gestión de calidad se basa en el principio de la medición. La medición recoge datos hacia el sistema de toma de decisiones, es un medio o instrumento para gerenciar sobre bases de datos, sin opiniones subjetivas que no se pueden cuantificar y permite el ejercicio sistemático de revisión mediante la definición de indicadores y metas de los mismos para evaluar la gestión del sistema en determinado período de tiempo.

Con este fin se definen los indicadores, que corresponden a la cuantificación de la medición del sistema. Usualmente, los indicadores se definen como expresiones matemáticas que señalan una parte importante del comportamiento de una situación, que al ser comparados con un nivel de referencia, mostrará las desviaciones ya sean positivas o negativas o eventos adversos.

Un indicador permite conocer en forma sistemática, objetiva y periódica, si los procesos de atención cumplen los objetivos propuestos, buscando que los resultados y el análisis de las mediciones tienda a identificar oportunidades de mejora y no culpables.¹⁸

Un indicador no es una medida directa de calidad, es un filtro que identifica o muestra aspectos del desempeño en una organización y sirve para conocer el cambio o comportamiento de una variable, su capacidad de reacción ante los cambios del entorno (flexibles), el grado de aprovechamiento de los recursos frente a unos resultados (eficiencia), el cumplimiento o avance de una determinada actividad (eficacia) y los cambios cuantitativos y cualitativos que pueden presentarse en el desarrollo de funciones claves en la empresa.¹⁹

5.1 TIPOS DE INDICADORES

Por su nominación

a) Cualitativos: Son aquellos indicadores que expresan la presencia o ausencia de una cualidad o características de atributos no numéricos.

b) Cuantitativos: Corresponden a los indicadores que se expresan en forma numérica (porcentaje, tasa promedio, proporción, número de eventos, etc.).

¹⁸ ALHAMA BELAMARIC, Rafael. Perfeccionamiento Empresarial, Retos y Realidades. 2001. jeit@ceniai.inf.cu

¹⁹ GUARDIOLA, U. El control de Gestión y sus Indicadores. Bogotá: Incolda. 1988.

Por su importancia relativa

- a) Esenciales
- b) Complementarios

Esta clasificación depende de los intereses y políticas de la empresa.

Por su grado de complejidad

a) Simples: Si están constituidos por una medida directa y única del aspecto a evaluar, generalmente en un contexto de tiempo y lugar; muchos de ellos corresponden a números absolutos.

b) Compuestos: Si corresponden a números relativos o quebrados: razones, proporciones, índices, tasas o períodos.²⁰

Por el aspecto que evalúan

a) Organizacionales: Relacionados con la estructura y constitución de la empresa.

b) Técnicos: Relacionados con la ejecución propia del programa.

c) Económicos: Relacionados con los costos del programa.

d) Normativos: Relacionados con el cumplimiento de las normas internas y externas de la institución.

De acuerdo con el área

- a) De gestión
- b) De calidad
- c) Epidemiológicos
- d) Demográficos
- e) Administrativos
- f) Operativos

Indicadores operativos

- a) Estructura (entrada)
- b) Proceso
- c) Resultado (salidas)
- d) Calidad

- **Estructura.** Dentro de estos indicadores tenemos:

- **Disponibilidad.** Relación entre el número de recursos efectivamente disponibles y la población a quien aplica. Ejemplo: Número de exámenes de laboratorio realizados / población potencialmente demandante de servicios.²¹

- **Accesibilidad.** Puede ser física, geográfica, económica, Funcional. Ej.:

²⁰ HÉLLER, Roberto. Reglas Básicas para la Toma de Decisiones. Noviembre. 2004. Disponible en: www.gerenciasalud.com/

²¹ Indicadores de Gestión. Disponible en: www.monografias.com

- Tiempo promedio gastado en viaje para llegar al servicio (por ubicación geográfica)
- Tiempos de espera para autorización del servicio
- Horas de servicio (día, semana, mes, año) / total horas laborables (día, semana, mes, año)

- **Proceso**

- **Utilización.** Relación entre el recurso ocupado y el recurso existente por unidad de tiempo.
- **Extensión de Uso.** Relación entre la población que utiliza los servicios frente a la población total.
- **Intensidad de Uso.** Relación entre número de unidades o actividades del servicio contra el número de usuarios de dicho servicio.
- **Productividad.** Número de eventos ejecutados por unidad de recurso en un periodo de tiempo determinado.
- **Rendimiento.** Número de actividades o eventos producidos por recurso efectivamente utilizado.

Rendimiento = Productividad / Utilización

Si se logra que la utilización de un recurso sea del 100%, entonces el rendimiento será coincidente con la productividad. El rendimiento no podrá ser inferior a la productividad.²²

- **Resultado**

- **Cobertura.** Proporción de población con necesidad de atención que han sido atendidos para esta necesidad.

Eficiencia. La relación entre el número de actividades o eventos realizados contra los insumos utilizados; para conocerla es necesario conocer los costos de producción de la actividad, A mas cantidad de eventos realizados con menores costos se es mas eficiente.²³

- **Eficacia.** Proporción de logros alcanzados en el periodo planeado.

²² Ibis. P. 36

²³ Ibis. P. 36

- **Efectividad.** Impacto logrado sobre la condición de salud en una población determinada a partir de una estrategia de intervención específica.

▪ **Calidad.** Interrelación de elementos de estructura, proceso y resultado; en sus componentes técnico y funcional de los servicios para garantizar óptimos beneficios con el menor riesgo posible; a un costo razonable y los mejores niveles de satisfacción de los usuarios, por ejemplo:

- Tiempo de espera en el servicio.
- Porcentaje de Cumplimiento de Cita de Laboratorio.
- Porcentaje de Oportunidad de entrega de resultados.
- Porcentaje de Usuarios Insatisfechos.
- Proporción de errores por Proceso o procedimiento

5.2 ATRIBUTOS DE LOS INDICADORES.

La calidad y utilidad de un indicador está primordialmente definida por:

3. **Confiabilidad.** Su medición repetida en condiciones similares produce los mismos resultados.
4. **Validez.** Si efectivamente mide lo que intenta medir.
5. **Especificidad.** Medición solamente de los fenómenos que se quieren medir y no de otros.
6. **Sensibilidad.** Que pueda medir los cambios en el fenómeno o evento que se quiere medir.
7. **Mensurabilidad.** Que sea basado en datos disponibles o fáciles de conseguir.
8. **Relevancia.** Que sea capaz de dar respuestas claras a los asuntos más importantes definidos para el control.
9. **Costo – efectividad.** Que los resultados justifiquen la inversión tiempo y otros recursos.
10. **Sencillez.** Que sean fáciles de entender y formular.
11. **Oportunos.** Fáciles para obtener o medir con datos existentes.

12. **Ajustables.** Que se puedan medir a corto, mediano y largo plazo, según la necesidad.
13. **Pertinentes.** Que midan lo que se quiere medir en el tiempo requerido.
14. **Consistencia interna.** Que vistos solos o en grupos, los valores de los indicadores sean posibles y coherentes y no se contradigan.

5.3 TIPO DE RESULTADO DEL INDICADOR

Resultados Absolutos. Se relaciona con el recuento de eventos sin relacionarlos con otras características de la población.

Resultados Relativos. Tienen en cuenta variables como el número de habitantes, género, edad de los usuarios de una cohorte con respecto a otra. Comparación de dos o más cifras absolutas.²⁴

- **Porcentaje.** Proporciones por 100, más utilizados que las proporciones por su fácil manejo y comprensión, permiten comparaciones entre poblaciones de gran tamaño.²⁰
- **Razones.** Comparación mediante un cociente entre dos cantidades de naturaleza diferente, con el propósito de expresar una relación entre ellas.
- **Tasa.** Frecuencia con la que se presenta un fenómeno a lo largo del tiempo; mide la probabilidad de ocurrencia de un evento, por lo tanto establece el riesgo de sufrirlo.

5.4 INDICADORES DE GESTIÓN

Los indicadores de gestión se entienden como la expresión cuantitativa del comportamiento o el desempeño de toda una organización o una de sus partes, cuya magnitud al ser comparada con algún nivel de referencia, puede estar señalando una desviación sobre la cual se tomaran acciones correctivas o preventivas según el caso.

Teniendo en cuenta que gestión tiene que ver con administrar y/o establecer acciones concretas para hacer realidad las tareas y/o trabajos programados y planificados.²⁵

²⁴ NIETO, Oscar. Desarrollo de indicadores de gestión en Programas integrales de seguridad, salud y ambiente-generalidades. Memorias 32, Congreso de Seguridad integral, Higiene y Medicina del Trabajo. Bogotá. Junio 15 de 1999

²⁵ NIETO, Op. Cit. P.38

- **Propósito.** Se crean indicadores de gestión para:
 - Poder interpretar que está ocurriendo.
 - Tomar medidas cuando las variables se salen de los límites establecidos.
 - Definir la necesidad de introducir cambios y/o mejoras y poder evaluar con consecuencias en el menor tiempo posible.

Los indicadores se crean por la necesidad de dar respuesta a estas preguntas dentro de la organización:

- ¿Qué debemos medir?
- ¿Dónde es que conviene medir?
- ¿Cuándo hay que medir? ¿En qué momento y con qué frecuencia?
- ¿Quién debe medir?
- ¿Cómo se debe medir?
- ¿Cómo se van a difundir los resultados?

¿Quién y con qué frecuencia se va a revisar y/o auditar el sistema de obtención de datos?

Los especialistas recomiendan que no se definan más de cinco indicadores por cada proceso y entre estos debe existir uno de gestión.²⁶

- **Dinámica y funcionalidad de los indicadores.** Una vez que se tienen los indicadores que servirán para valorar la gestión, éstos deben servir para diferentes acciones:

¿Qué hacer con ellos?

- Concretar los objetivos de los indicadores de modo que estos sean coherentes con los objetivos estratégicos.
- Establecer la periodicidad de su medición para garantizar la efectividad del enfoque y que el despliegue se esté llevando a cabo.
- En aquellos que proceda establecer comparaciones y relacionarlos con actividades de *benchmarking* y/o actividades de aprendizaje de reingeniería.
- Guardar por lo menos los datos de los cinco últimos años para poder evidenciar las tendencias de los mismos.
- Establecer un panel de indicadores estratégicos y establecer prioridades de acuerdo con la identificación de los procesos claves.

²⁶ Ibis. P. 38

¿Cómo medir integralmente la productividad de la empresa?

Construyendo un sistema de indicadores Interrelacionados que orienten y eleven los resultados obtenidos, que no se sacrifiquen unos aspectos por mejorar otros, y que el costo-beneficio sea deseable.

¿Para qué un sistema de indicadores?

- Para analizar la tendencia histórica y apreciar la productividad a través del tiempo.
- Para establecer la relación entre productividad y rentabilidad
- Para direccionar o re-direccionar planes financieros.
- Para relacionar la productividad con el nivel salarial.
- Para medir la situación de riesgo de la empresa.
- Para proporcionar las bases del desarrollo estratégico y de la mejora focalizada.

¿Qué debo esperar de un sistema de indicadores?

- Que se convierta en un sistema de alertas tempranas “Pre-alarmas”
- Que determine las tendencias y la causa raíz del comportamiento productivo.
- Que establezca la relación entre el valor agregado y el costo laboral para definir el tamaño y el valor óptimo del equipo humano.
- Que relacione la productividad del capital humano, la del capital físico, la rentabilidad, el endeudamiento, y la liquidez con el fin de garantizar equilibrio.
- Que facilite la toma de decisiones, que permita construir conocimiento que oriente a las personas, que alimente las políticas, que permita operar procesos productivos.

5.4.1. INDICADORES DE GESTIÓN EN COLOMBIA EN EL SECTOR SALUD

Para lograr el cumplimiento del objetivo general y específicos del presente proyecto y como análisis complementario a lo expuesto históricamente por el marco legal colombiano a partir de la ley 100 de al año 93, se identifica que el tema de indicadores de gestión se ha convertido en un aspecto crítico para la medición de resultados y definición de mejoras en el sector salud. A ejemplo de esto se identifica que en Colombia desde el año 1979, se dio prelación al establecimiento de criterios , mecanismos e instrumentos que hacían posible implementar la evaluación como función y actividad permanente y continua dentro de todos los niveles operativos del sistema nacional de salud , de tal manera que , está pudiera ser llevada acabo por las mismas personas que ofrecían los servicios de salud, partiendo desde la organización mas sencilla que es la unidad de cobertura, pasando por los organismos ambulatorios hasta llegar al hospital .²⁷

Con este enfoque en ese entonces novedoso en el país, se buscaba mantener el funcionamiento del sistema nacional de salud con una retroalimentación constante para sostener su vigencia, obviando con esto la costumbre por demás

²⁷ NIETO, op. Cit. P. 39

dispendiosa y costosa, de acudir al diseño y ejecución de evaluaciones ad hoc, para conocer el desempeño y resultados de los programas que el sector ejecutaba. A partir de esta mejora el modelo de evaluación propuso el análisis de los servicios finales que ofrecía el sistema nacional de salud, los cuales reflejarían una alta proporción de la situación y comportamiento de las otras actividades consideradas como complementarias o de apoyo.

La evaluación de los servicios finales se entendió como una primera fase del proceso, y se estableció como una medida de racionalidad que hiciera posible simplificar la complejidad de la tarea evaluativa, disminución de tiempos y recursos para ejecutarla y tomar decisiones de manera más inmediata. Más adelante se empezó el diseño correspondiente para la evaluación directa de las actividades o servicios que no se consideraban como finales, en tal forma que se constituyera como otra fase de ciclo de evaluación.

Como marco metodológico para las evaluaciones en las etapas finales y de apoyo se propusieron y definieron teórica y operativamente indicadores que se seleccionarían teniendo en cuenta su validez interna definida como la congruencia entre la definición teórica formulada y la operativa y su confiabilidad y validez externa definida como la existencia de una relación empírica entre la definición operativa y los datos que proveía de la realidad.

A partir de este avance se empezó a evidenciar los procesos de evaluación continua o de proceso a través de la definición de indicadores, los cuales toman vigencia actualmente debido a la continua mejora de los lineamientos fijados por la ley colombiana. Este tipo de evaluación se convirtió en componente propio de la planeación dentro de ciclo administrativo y elemento de Feedback o retroalimentador del sistema, basados en instrumentos de recolección de datos constituidos por registros sistemáticos diarios y periódicos, sujetos al marco legal en vigencia.

5.4.2. INDICADORES DE GESTIÓN EN EL LABORATORIO CLÍNICO

Desde antes del 23 de diciembre, fecha en que entro en vigencia la ley 100 que definió el sistema de seguridad social integral, las empresas prestadores de salud, denominadas hoy, instituciones prestadoras de salud IPS y ante la apertura del mercado que esta misma ley genero, evidencio para los laboratorios clínicos una necesidad latente de diseñar e implementar sistemas de información gerencial que ayudaran a establecer y recuperar la verdadera capacidad productiva del laboratorio, así como a obtener la máxima eficiencia de cada uno de sus recursos, mediante procesos óptimos y la obtención de información vital, veraz y disponible en cualquier momento, logrando así la toma rápida y objetiva de

decisiones gerenciales, que permitan eliminar o minimizar las pérdidas y obtener la máxima eficiencia empresarial.

En ese momento se reconoció la inminente necesidad de estructurar un sistema de información gerencial (SIG) , el cual tenía como misión facilitar la captura, almacenamiento, procesamiento y análisis de información necesaria para desarrollar , controlar y evaluar la gestión administrativa en el laboratorio clínico, garantizando la calidad de la atención del cliente en cuanto oportunidad, eficiencia y eficacia.

Basado en lo descrito anteriormente se identificó como aspecto crítico dentro del sistema y herramienta necesaria y decisiva para la toma de decisiones la definición de indicadores generados por el SIG, los cuales permitieran obtener una visión en el tiempo y el espacio para las fases críticas de laboratorio clínico como la fase preanalítica, analítica y post analítica.

De esta manera se convierten para los laboratorios clínicos en una herramienta de medición en pro de la optimización de sus actividades y enmarcan una guía que a través de los años se ha optimizado como consecuencia de lineamientos definidos en el marco legal colombiano y la competitividad en el mercado, llegando a ser fundamentales en procesos de certificación y acreditación.

5.5 IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LOS PROCESOS CRÍTICOS EN LA GESTIÓN

5.5.1 Macroprocesos principales de un laboratorio clínico de mediano nivel de complejidad.

Es importante conocer los procesos del área a quien se le aplicarán los indicadores para monitorear su desempeño. Los macroprocesos definidos preliminarmente en este trabajo se presentan a continuación.²⁸

5.5.1.1 Macroproceso Gerencia y Calidad.

Dentro de este macroproceso se encuentran dos etapas principales como son:

- Direccionamiento estratégico
- Mejoramiento Continuo

²⁸ LABORATORIO SIGLO XXI. Manual de Calidad (PAMEC). Macroprocesos. 2007

5.5.1.1.1. Proceso de Direccionamiento Estratégico.

En este proceso se determinan todos los lineamientos a seguir para la prestación del servicio a través de la planificación del sistema de Calidad, Mercados, Publicidad y Contratos, Requisitos de Documentación.²⁹

a) Sistema de Calidad

La implementación del sistema de calidad se basa en el establecimiento de una política de calidad para cumplir con el compromiso adquirido con el cliente, la cual es formulada por la dirección de la Institución, conformada por el Gerente General y los Coordinadores de Macroprocesos.

La política de calidad del Laboratorio Clínico es brindar servicios oportunos y confiables, a través de nuestro personal capacitado y equipos de alta tecnología; cumplir con los requisitos legales y del cliente, para ser reconocidos regionalmente como una institución prestadora de servicios de excelente calidad.³⁰

Con el ánimo de asegurarse de medir y controlar los procesos frente al servicio que se presta se definen funciones y niveles pertinentes de operación tales como:

- Realizar exámenes de laboratorio clínico con calidad y responsabilidad
- Mantener personal capacitado y con sentido de pertenencia.
- Cumplir los requisitos establecidos para el servicio y producto con calidad.
- Generar confianza y reconocimiento en clientes internos y externos.

b) Sistema Documental

El sistema de Calidad se fundamenta en la estandarización y documentación de todas sus actividades y procesos por lo que existen documentos que tienen información importante para la organización como:

- Manual de Calidad
- Manual de procesos y procedimientos
- Instrucciones de trabajo
- Registros
- Documentos Externos

²⁹ Ibid. P.42

³⁰ LABORATORIO SIGLO XXI. Manual de Calidad (PAMEC). Macroprocesos. 2007

5.5.1.1.2. Proceso de Mejoramiento Continuo.

En éste se determina la Implementación, desarrollo, administración y mejoramiento del Sistema de Gestión de Calidad del Laboratorio mediante Auditorías, Revisión por la alta dirección y acciones preventivas y correctivas, entre otros.³¹

Para la estrategia del Mejoramiento Continuo se debe realizar un buen monitoreo de los procesos del Laboratorio Clínico de las siguientes fuentes:

- Resultados de las auditorias internas y externas de calidad
- La política de calidad y el cumplimiento de los objetivos de calidad
- Resultados de las encuestas de satisfacción del cliente
- Resultado del desempeño de los procesos representado en el análisis del cumplimiento de los indicadores de cada proceso.
- El estado de las acciones preventivas, correctivas y oportunidades de mejora.
- Acciones de seguimiento de revisiones por la dirección.

Los registros que se generan en la revisión se archivan de manera que permitan llevar un histórico, para comparaciones posteriores.

Después de la revisión, se programan planes de acción para la mejora de la eficacia de los procesos que se generan por el servicio, frente a los requerimientos del cliente y las necesidades de recursos.

Si los resultados indican ajustes a los procesos generados por el servicio, éstos se realizan, así como la asignación de los recursos requeridos o los programas de mejora de los servicios. Estos resultados y las modificaciones que de la revisión se generen, son divulgados al equipo de trabajo.³²

La organización debe establecer los mecanismos, roles y los procedimientos relacionados con la revisión del sistema mediante programas sistemáticos de auditorías con diferentes alcances para optimizar los procesos. Este proceso de auditoría tiene varias consideraciones a tener en cuenta tales como:

a) Auditoria Interna

La institución ejecuta auditorias internas de calidad, con el fin de ver que el Sistema de Calidad esté conforme con las disposiciones planificadas. Por lo

³¹ LABORATORIO SIGLO XXI. Manual de Calidad (PAMEC). Macroprocesos. 2007

³² ALVAREZ HEREDIA, 1ªed. 2006. Instrumentos de Auditoria medica

menos una vez al año se hace una revisión total a los procesos técnicos, administrativos y de calidad del laboratorio clínico, de conformidad con lo dispuesto en el procedimiento y Programa de auditorías.³³

El procedimiento contempla la planificación del programa de auditorías internas por parte del Bacteriólogo encargado de Calidad, quien, como criterio para la programación se considera el resultado de las últimas auditorías realizadas al Sistema y los procesos que representan un aspecto por cambiar, que afectan el mejoramiento continuo y la satisfacción el cliente.

Para desarrollar la auditoría interna de calidad del proceso de prestación del servicio de Laboratorio clínico se diseñan los siguientes instrumentos de auditoría:

1. Lista de chequeo
2. Medición de accesibilidad al servicio del laboratorio clínico

Los hallazgos de las auditorías internas son registrados en el Registro informe de auditorías

- PRODUCTO NO CONFORME

Se identifican los puntos críticos de control del proceso y en ellos se hace verificación del cumplimiento del servicio con los requisitos del cliente, en el caso que se identifique un Producto No-conforme (PNC), se procede a registrar la naturaleza del PNC, se define el tratamiento que se le debe dar, el tratamiento correspondiente, y se somete nuevamente a revisión y aprobación. La naturaleza del PNC, el tratamiento que se dio al PNC, la revisión y aprobación queda registrado en el formato "Producto No Conforme". El control del registro se presenta en el procedimiento de Seguimiento, análisis y mejora.

Se considera Producto No Conforme las quejas de los clientes y su tratamiento se maneja como acción correctiva.

- ACCIÓN CORRECTIVA

El procedimiento presentan los mecanismos que se siguen para tomar acciones que eliminan las causas de no conformidades para prevenir su recurrencia.

- ACCIÓN PREVENTIVA

En el procedimiento se presentan los mecanismos que se siguen para tomar acciones que eliminan las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia.

³³ Ibid. P.44

5.5.1.2. Macroproceso Técnico.

Estos requisitos están de acuerdo a lo exigido por la normatividad vigente (Decreto 1011 de Abril de 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, Resolución 1043 “Sistema Único de Habilitación y Resolución 1445 “Sistema Único de Acreditación”) ante los cuales se realiza la revisión y autoevaluación en el cumplimiento de los estándares relacionados con el servicio.

Los servicios prestados por la institución son identificados en el portafolio de servicios, la identificación de cada paciente se da con un número consecutivo en el orden de llegada por día, lo cual queda registrado en el registro interno de pacientes.

En el proceso de Prestación del Servicio se definen tres fases a saber:

5.5.1.2.1. Fase Preanalítica: En esta fase se tienen en cuenta todos los procesos y procedimientos que tienen que ver con la recepción del paciente, y toma de la muestra para el análisis.

5.5.1.2.2. Fase Analítica: En esta fase se realiza el análisis de las muestras y se validan los resultados.

Los registros de estas disposiciones de seguimiento y medición están contemplados en el macroproceso Técnico-Científico, Proceso Fase Analítica en el procedimientos de Seguimiento, y mantenimiento de Equipos.³⁴

En la fase analítica se realizan las siguientes verificaciones para garantizar que el trabajo realizado sea óptimo:

- Calibración o verificación de los equipos a intervalos especificados o antes de su utilización.
- Realiza comparación con patrones de medición trazables internos y externos de casas comerciales reconocidas a nivel nacional e internacional.
- Ajuste o reajuste según sea necesario.
- Protección contra ajustes que pudieran invalidar el resultado.
- Protección contra los daños y el deterioro durante la manipulación, el mantenimiento y el almacenamiento de reactivos e insumos.

5.5.1.2.3. Fase Postanalítica: en esta fase se transcriben se verifican, se firman y se entregan los resultados a los pacientes.

³⁴ LABORATORIO SIGLO XXI. Manual de Calidad (PAMEC). Macroprocesos. 2007

Los procesos del macroproceso “**Técnico o de Prestación del Servicio**” se enfocan a recibir las solicitudes de los clientes y de la comunidad en general, direccionándolas desde y hacia las diferentes fases, para desarrollar y mantener relaciones efectivas y satisfactorias con el cliente.³⁵

Para la prestación eficaz y eficiente del macroproceso “**Técnico**”, se requiere del apoyo y concurso de los procesos de soporte administrativo, ya que sin ellos la prestación del servicio carecería de eficacia y efectividad.

5.5.1.3. Macroproceso Administrativo.

Como parte de la gestión administrativa se cuenta con varios elementos, así:

5.5.1.3.1. Gestión de recurso humano.

Este proceso permite definir y mantener la estructura organizacional y la planta de personal requerida para la prestación del servicio del laboratorio, realiza la administración de la nómina (vinculación y desvinculación), capacitación del personal y su desarrollo dentro de la institución (ambiente de trabajo).³⁶

Para el LABORATORIO CLÍNICO, el comportamiento y el desempeño del personal es de vital importancia, ya que afecta directamente la calidad del servicio; por esto se promueve el desarrollo, la capacitación, la comunicación y el eficaz desempeño de sus empleados, a través de las diferentes capacitaciones como es el desempeño laboral, capacitación en el sistema de calidad y capacitación técnica.

El Gerente del Laboratorio Clínico debe certificar que el personal que labora en él; cuenta con las competencias de educación, formación, habilidades y experiencia requeridas para la correcta y oportuna prestación del servicio.

Los procesos relacionado con selección, vinculación y evaluación del desempeño del recurso humano, está cubierto en el manual de procesos y procedimientos para el macroproceso de Administración, Proceso de Gestión de Recurso Humano.³⁷

El ambiente de trabajo en el Laboratorio Clínico esta influenciado por las condiciones de bioseguridad necesarias para el control de los factores de riesgo de tipo químico, físico, orgánico, psicológico ambiental, biológico, terapéutico y de seguridad dentro de las instalaciones, para el óptimo desarrollo del servicio. Lo anterior con el compromiso del gerente, y de todo el equipo de trabajo, logrando un ambiente de trabajo adecuado, motivado e integrado, mediante actividades de

³⁵ LABORATORIO, op. Cit. P. 46

³⁶ LABORATORIO SIGLO XXI. Manual de Calidad (PAMEC). Macroprocesos. 2007

³⁷ Ibid. P.47

capacitación, lúdica, que generen sentido de pertenencia, y un nivel alto de motivación en el personal.

5.5.1.4. Macroproceso del cliente.

En este proceso se tiene como fundamento el cliente, se deben establecer mecanismos para evaluar satisfacción del cliente con los procesos de atención en salud.

Estos mecanismos deberán ser no sólo de tipo retrospectivo, como los sistemas de quejas y reclamos, encuestas y entrevistas de satisfacción que tienen como objetivo principal conocer la percepción del usuario posterior al servicio, si no de aquellos que permitan conocer las necesidades y expectativas que tienen los usuarios de los servicios a recibir.

Los primeros son mecanismos que permiten implementar acciones de seguimiento y coyunturales y los segundos acciones preventivas.³⁸

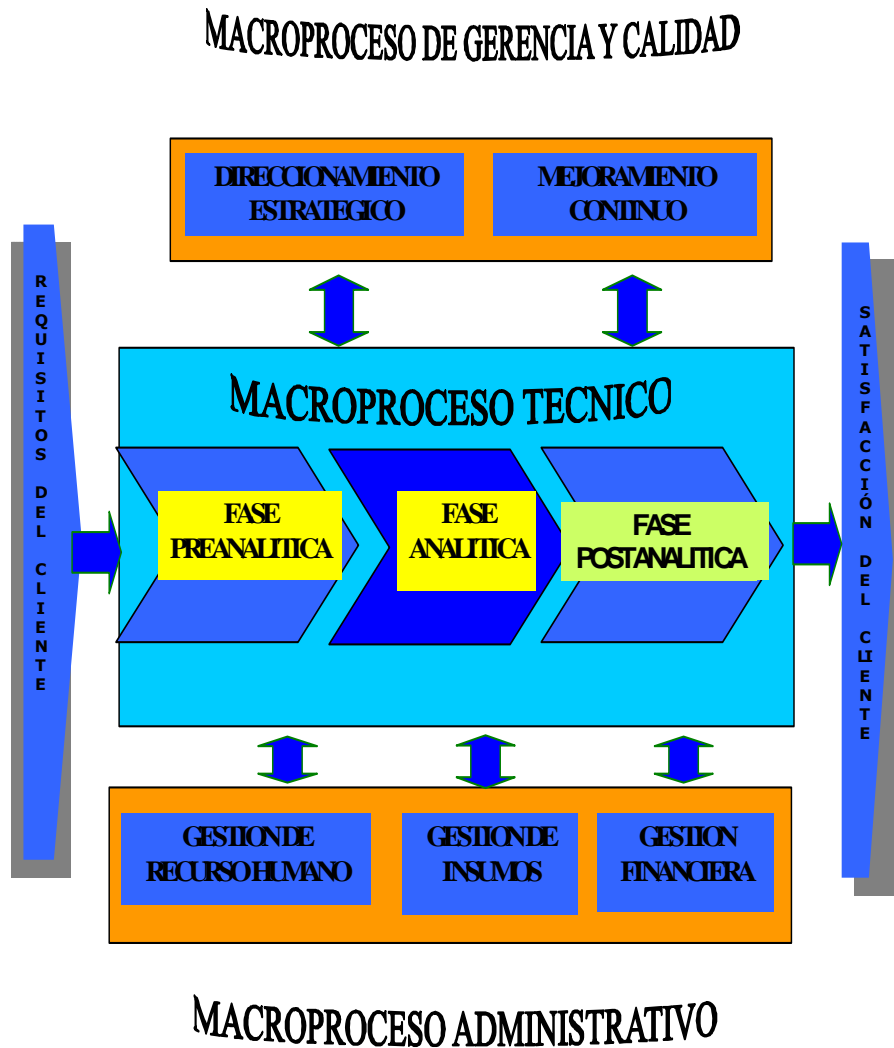
5.6 INTERRELACIÓN ENTRE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS EN UN LABORATORIO DE MEDIANO NIVEL DE COMPLEJIDAD

El Laboratorio Clínico, cuenta con un modelo de operación fundamentado en procesos que se interrelacionan y facilitan su aplicación y permite mantener un sistema de monitoreo, el cual se implementa y documenta de conformidad con la norma NTC ISO 9001:2000. Y la NTC 5250 "Laboratorios Clínicos, Requisitos Particulares para Calidad y Competencia" (Ver Figura 1).³⁹

³⁸ Ibid. P.47

³⁹ Ibid. P.47

Figura 1. Interrelación entre procesos y procedimientos en el laboratorio clínico



Fuente: PAMEC del Laboratorio Siglo XXI.

En el diagrama de procesos del Laboratorio Clínico de la Figura 1 se muestra la interacción existente entre los macro procesos de Gerencia y Calidad, Técnico-Científico o de Prestación del Servicio y de Soporte o Administrativo, así como la relación con la dimensión externa, el cliente. Además, estos macroprocesos se subdividen en procesos, los cuáles a su vez deben monitorearse a través de indicadores así como deben estandarizarse y documentarse al interior de la organización mediante un Manual de Gestión o de Calidad que incluye los procedimientos descritos en el Mapa de Procesos de la Tabla 1.

Tabla 1. Esquema de Mapa de Procesos

MACROPROCESO	PROCESO	PROCEDIMIENTO
<i>GERENCIA CALIDAD</i>	DIRECCIONAMIENTO O ESTRATÉGICO	01-Planificación del sistema de Calidad 02-Mercadeo, Publicidad y
	MEJORAMIENTO CONTINUO	01-Atención al cliente 02-Seguimiento, análisis y mejora del sistema 03- Revisión por la alta dirección 04- Programa de auditorías 05- Acciones Preventivas y Correctivas
<i>TÉCNICO</i>	FASE PREANALITICA	01 Registro de exámenes 02 Toma de muestras 03 Manipulación, conservación y transporte de muestras
	FASE ANALÍTICA	01-Realización de exámenes 02-Mantenimiento y Seguimiento
	FASE POSTANALITICA	01 Transcripción de resultados 02 Entrega de resultados 03 Archivo de resultados
<i>ADMINISTRATIVO</i>	GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO	01- Vinculación y desvinculación del personal 02-Capacitación y ambiente de trabajo

Fuente: Adaptado de macroprocesos descritos en el manual de calidad, Laboratorio Siglo XXI.

5.7 DEFINICIÓN DE RESPONSABILIDADES DEL SISTEMA DE GESTIÓN

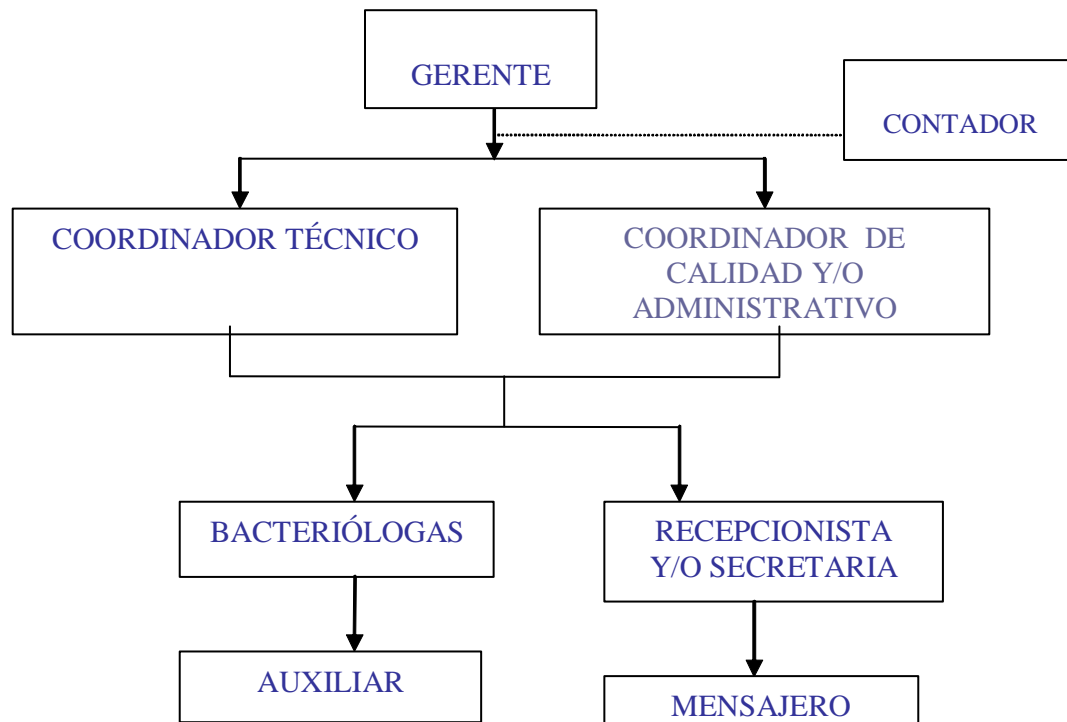
Adicional a la formulación y correlación entre los procesos y los procedimientos, se deben establecer las responsabilidades sobre cada uno de estos procesos como se describe en la Tabla 2 y mediante un organigrama en donde se evidencian los niveles de autoridad y líneas de comunicación de la institución (Ver Figura 2).

Tabla 2. Matriz de responsabilidades del sistema de gestión

MACROPROCESO	PROCESO	RESPONSABLE
GERENCIA Y CALIDAD	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	Gerente General
	MEJORAMIENTO CONTINUO	Coordinador de Calidad
TÉCNICO	FASE PREANALITICA FASE ANALÍTICA FASE POSTANALITICA	Coordinador Técnico
ADMINISTRATIVO	GESTIÓN DEL RECURSO	Coordinador Administrativo
CLIENTE	REQUISITOS DEL CLIENTE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	Bacteriólogo, Coordinador de Calidad, Gerente

Fuente: Adaptado de macroprocesos descritos en el manual de calidad, Laboratorio Siglo XXI.

Figura 2. Organigrama General del Laboratorio Clínico



Fuente: Adaptado de manual de calidad, Laboratorio Siglo XXI.

Los roles y responsabilidades del sistema de gestión del Laboratorio clínico también requiere de la identificación de competencias y experticias asociadas a las funciones del cargo, las cuales se describen en la Tabla 3.

Tabla 3. Matriz de competencia y formación de los cargos con responsabilidad en el sistema de gestión del laboratorio clínico

CARGO	EDUCACIÓN	FORMACIÓN	EXPERIENCIA LABORAL	MÉTODO DE EVALUACIÓN
Gerente General	Bacteriólogo y Laboratorista Clínico	Especialización en Administración de Servicios de Salud	Mínimo 5 años de Director de un laboratorio clínico o institución de Salud.	Evaluación escrita, evaluación del desempeño
Coordinadores de de Macroproceso	Bacteriólogo y Laboratorista Clínico o Administrador de Empresas o de Servicios de Salud	Especialización y/o diplomados en el área a desempeñar	Mínimo : 2 años como jefe de sección o coordinador de administración	Evaluación escrita, evaluación del desempeño Entrevista
Representante de Calidad	Profesional en Bacteriología o Ingeniero Industrial	Mínimo: Diplomado en ISO 9000 y normatividad vigente o Especialista en Administración de Servicios de Salud.	Mínimo: 1 año de experiencia como coordinador de Calidad en instituciones de salud o similares.	Evaluación escrita, evaluación del desempeño

6. METODOLOGÍA

Para cumplir con los objetivos del trabajo se realizaron las siguientes acciones:

6.1. REVISIÓN DE DOCUMENTOS BASE

Se realizó una consulta bibliográfica acerca de los indicadores usados en Laboratorios Clínicos del país y de otros países como referencia para el desarrollo de esta tesis.

6.2. DEFINICIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LOS PROCESOS CRÍTICOS DE LA GESTIÓN Y SUS PROCEDIMIENTOS

Previo aval de la gerencia del Laboratorio de mediano nivel de complejidad “**Siglo XXI**” de Bucaramanga, sitio objeto de estudio, se realizaron 12 visitas durante el mes de Mayo de 2007 para elaborar el diagnóstico que permitió establecer los procesos de interés de dicho Laboratorio.

- Revisión de bibliografía en Internet, apoyo en libros y trabajos previos
- Sitio objeto de estudio: laboratorio clínico siglo XXI
- Tiempo de estudio: 7 meses (mayo – noviembre)
- Año en que se realizó: 2007
- En el mes de mayo se realizó un diagnóstico en cada proceso del laboratorio clínico, mediante la revisión de documentos base y la priorización de los procesos críticos de la gestión y sus procedimientos
- En junio y julio se diseñaron los formatos llamados instrumentos de medición
- En octubre y noviembre se diseñaron indicadores de gestión con la información recolectada en los instrumentos de medición.

El Laboratorio Siglo XXI , esta ubicado en al carrera 32 con 31, es un laboratorio pequeño en el cual se realizan exámenes de rutina y exámenes especializados, para pacientes particulares y pacientes de COMPARTA ARS, el personal que labora esta constituido por la Gerente General, que es la propietaria, es Bacterióloga; dos Bacteriólogas, una de calidad y coordinadora administrativa y la otra encargada de la parte técnica operativa; la auxiliar de laboratorio, la contadora y el mensajero. Este personal es el encargado de registrar la información requerida en los formatos que se diseñaron para la construcción de los indicadores.

Los procesos seleccionados para ser revisados fueron:

6.2.1 Macroproceso Gerencia y Calidad

(a) Mejoramiento continuo:

- Programa de Auditorías
- Formulación y Seguimiento de Acciones Preventivas y Correctivas
- Revisión de la gestión
- Cumplimiento de metas y formulación de necesidades por la Dirección

(b) Direccionamiento estratégico

6.2.2 Macroproceso técnico o de Prestación del Servicio

Con tres fases:

(a) fase preanalítica

(b) fase analítica

(c) fase postanalítica.⁴⁰

6.2.3 Macroproceso administrativo.

Tiene que ver con:

(a) Gestión del Recurso Humano y procedimientos que de estos se derivan para prestar servicios a los usuarios.⁴¹

6.2.4 Macroproceso de los Clientes.

(a) Los requisitos de la atención al cliente:

- Oportunidad en el servicio.
- Calidad de la atención.
- Solución de quejas y reclamos.

(b) En cuanto a la Satisfacción del cliente:

⁴⁰ LABORATORIO SIGLO XXI. Manual de Calidad (PAMEC). Macroprocesos. 2007

⁴¹ Ibid. P. 54

- Cumplimiento de los servicios prestados por el laboratorio de acuerdo con las expectativas del cliente
- Buena calidad de acuerdo a criterios técnico científicos y atención al usuario.⁴²

La revisión se realizó de la siguiente forma:

a. Etapas del Macroproceso Gerencia y Calidad.

Se determinaron los lineamientos utilizados por el laboratorio para la prestación del servicio dentro del sistema de Calidad (contratos, requisitos de documentación, soportes de realización de auditoria y de cambios realizados después de las recomendaciones hechas en las auditorias, registros de no conformidad).

Con esta evaluación se determinó:

1. Si existía y se aplicaba una política de calidad
2. Si se cumplía al programa de Auditorias de calidad internas y externas
3. Si existían indicadores en el laboratorio y si se estaba realizando seguimiento de los mismos.
4. Si los documentos del laboratorio, como manuales, registros diarios, bases de datos de pacientes, contratación están actualizados, servían como fuente primaria de información para elaborar los indicadores.

b. Etapas del Macroproceso Técnico.

Se evaluó la calidad de la prestación del servicio de laboratorio clínico en su fase preanalítica, Analítica y Postanalítica.

Con esta evaluación se determinó:

1. Si el nivel de errores presentado en las diferentes fases afectaba directamente la prestación del servicio al usuario del laboratorio clínico.
2. Si existían y se implementaban los manuales, protocolos para la realización de los procesos internos y los instructivos diseñados para los usuarios.
3. Si se identificaban errores del proceso, se comprometía al responsable y se corregía el error.
4. Si se controlaba y vigilaba los errores antes de que un resultado emitido fuera entregado al paciente (transcripción errónea).

c. Etapas del macroproceso administrativo.

Se evaluó el macroproceso administrativo de gestión de recurso humano.

⁴² LABORATORIO SIGLO XXI, op. Cit. P 54

Con esta evaluación se determinó:

1. Si el personal era competente para el cargo que desempeñaba.
2. Si las hojas de vida presentaban los soportes que solicitaba la empresa.
3. Si se llevaban los formatos de vinculación y desvinculación del personal.
4. Si se estaban realizando capacitaciones periódicas según la programación.

d. Etapas del Macroproceso Cliente.

Se evaluó el proceso de cliente y se determinó:

1. Si la oportunidad en la atención fue la deseada.
2. Si los resultados eran entregados en el tiempo señalado.
3. Si realizaban encuesta de satisfacción al usuario.
4. Si se evaluaba la satisfacción del cliente interno.

6.3. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN MEDIANTE LA FORMULACIÓN DE FORMATOS

En las visitas de diagnóstico se encontró que la información disponible en las fuentes primarias no estaba organizada de forma adecuada para obtener la información necesaria para la construcción de los indicadores de gestión.

Por lo anterior fue necesario elaborar instrumentos adecuados para cada uno de los macroprocesos seleccionados.

6.3.1 Instrumentos del Macroproceso de Gerencia y Calidad.

De este proceso se elaboraron los siguientes instrumentos:

- (a) Lista de chequeo de revisión de actualización de documentos, instrumento de medición No. 1 (Anexo. A).
- (b) Formato para registro de auditorías internas, Instrumento de medición No. 2 (Anexo. B).

6.3.2 Instrumentos del Macroproceso Técnico.

De la fase de prestación del servicio se elaboraron los siguientes instrumentos:

- Fase preanalítica:
 - (a) Listas de chequeo, instrumento de medición No. 3 (Anexo. C)
 - (b) Hoja de recolección de datos de detección de errores en la toma de muestras, instrumento de medición No. 4 (Anexo. D).

- Fase analítica: (a) lista de chequeo, instrumento de medición No. 5 (Anexo. E).
- Fase postanalítica (a) lista de chequeo, instrumento de medición No. 6 (Anexo. F).

6.3.3 Instrumentos del Macroproceso Administrativo.

En gestión del recurso humano, los formatos desarrollados fueron:

- (a) Registro de actualización de datos del personal, instrumento de medición No. 7 (Anexo. G)
- (b) Formato de capacitación interna del personal, instrumento de medición No. 8 (Anexo. H)
- (c) Formato de evaluación de clima organizacional, instrumento de medición No. 9 (Anexo. I)

6.3.4 Instrumentos del Macroproceso del Cliente.

Se obtuvieron los siguientes instrumentos de medición:

- (a) Encuesta de satisfacción al usuario, instrumento de medición No. 10 (Anexo. J)
- (b) Encuesta de evaluación de los servicios del cliente institucional, instrumento de medición No. 11 (Anexo. K)

6.4 DISEÑO DE INDICADORES DE GESTIÓN

Con la información obtenida con los instrumentos elaborados, se diseñaron los indicadores pertinentes para el Laboratorio Siglo XXI (tabla 4).

Tabla 4. Indicadores de gestión diseñados.

MACROPROCESO GERENCIA Y CALIDAD
<ul style="list-style-type: none"> • Indicador que evalúa si las hojas de vida de los empleados cumplen con los soportes establecidos por el laboratorio clínico. (Anexo. L) • Indicador de calidad que evalúa el porcentaje de hojas de vida del personal del Laboratorio en las que se actualizaron documentos.(Anexo LL) • Indicador de Calidad que evalúa el porcentaje de Cumplimiento de Programa de Auditorias. (Anexo M)
MACROPROCESO TECNICO
<p><i>FASE PREANALÍTICA:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicador de calidad que determina el número de exámenes no realizados por errores de transcripción de las ordenes de solicitud de exámenes de laboratorio clínico.(Anexo. N) • Indicador que evalúa la calidad en la toma de muestras, en muestras libres de hemólisis.(Anexo Ñ) • Indicador que evalúa la calidad en la toma de muestra, en cantidad de muestras suficientes. (Anexo. O)
<p><i>FASE ANALÍTICA:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicador de calidad que evalúa el número de exámenes repetidos en el laboratorio clínico. (Anexo. P). • Indicador que evalúa la calidad número de exámenes no realizados de las órdenes de solicitud recibidas. (Anexo. Q)
<p><i>FASE POST ANALÍTICA:</i></p> <p>-Indicador que evalúa la calidad en el informe de datos en resultados entregados a los pacientes que solicitan el servicio. (Anexo. R).</p>
MACROPROCESO ADMINISTRATIVO
<i>PROCESO GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO</i>
<p>-Indicador que determina que los empleados que laboran son competentes para el cargo que desempeñan en el laboratorio clínico. (Anexo S)</p> <p>-Indicador que evalúa la actualización del personal del laboratorio clínico. (Anexo. T)</p>

MACROPROCESO DEL CLIENTE

-Indicador que evalúa el porcentaje de pacientes que recibieron información de los requisitos previos a los exámenes de laboratorio. (Anexo. U)

-Indicador de satisfacción del Usuario que recibió los servicios del Laboratorio clínico.(Anexo. V)

Fuente: Autores.

A el instrumento de medición No.11 no se le diseñó indicadores, pero se dejan planteados como herramienta útil en el caso que se diseñen indicadores de gestión.

Para el diseño de los indicadores se utilizó la ficha con los parámetros estipulados por el Gobierno para indicadores de gestión, sin embargo, fue necesario adicionar ítems importantes para el laboratorio Siglo XXI con el fin de que los indicadores sirvieran como herramienta en el monitoreo de los procesos del laboratorio clínico.

6.4.1. Ficha técnica genérica:

ENTIDAD:			
ÁREA:	MISIONAL		APOYO
NOMBRE DEL INDICADOR			
OBJETIVO			
TIPO DE INDICADOR			
CATEGORÍA DEL INDICADOR			
ATRIBUTO DE CALIDAD			
UNIDAD DE MEDIDA			
PERIODICIDAD			
DEFINICIÓN OPERACIONAL			
UNIDAD DE ANÁLISIS			
CARACTERÍSTICA DE CALIDAD			
FUENTE NUMERADOR			
FUENTE DENOMINADOR			
META ESTABLECIDA:			
FORMULA DEL INDICADOR	_____ x 100		
FECHA DE ELABORACIÓN			
FECHA DE REVISIÓN			
CATEGORIZACIÓN DEL RESULTADO:			
RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN			
RESPONSABLE DE LA REVISIÓN			

6.4.2 Instrucciones para diligenciar la ficha de cada indicador:

NOMBRE DE LA ENTIDAD. Escriba el nombre completo de la entidad que elabora el indicador.

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O GRUPO O ÁREA. Identifique la dependencia o grupo que de acuerdo con la estructura de la entidad se constituya en el sujeto de seguimiento y evaluación. Y además debe marcar en el recuadro si la dependencia es Misional o de Apoyo.

NOMBRE DEL INDICADOR. Establece la identidad del indicador, debe ser sencillo y de acuerdo a la utilidad a la dependencia o a la institución, que todos los integrantes del equipo de trabajo lo comprendan.

OBJETIVO DEL INDICADOR. Para que se mide el evento, que busca medir el indicador.

TIPO DE INDICADOR. Se considera de vital importancia para evaluar la meta y hacer seguimiento a sus resultados. Es conveniente recordar que no obstante existe una gran variedad de clasificaciones y tipos según las escuelas o autores de que se trate, esta guía tiene como objeto orientar la forma del como establecer indicadores para evaluar la gestión en términos de eficiencia, eficacia y calidad. Así pues, para el diligenciamiento de este campo se debe tener en cuenta la parte conceptual de la presente herramienta.

CATEGORÍA DEL INDICADOR. Dentro del primer ámbito se define (estructura-proceso y resultado) y se identifican las dimensiones de mayor importancia. En el segundo ámbito se expresa la clasificación del indicador de acuerdo con las categorías establecidas.

ATRIBUTO DE CALIDAD. Es la cualidad de calidad que debe tener el indicador, en base en su objetivo, es decir si es satisfacción, eficacia, eficiencia, oportunidad, etc.

UNIDAD DE MEDIDA. Se refiere a la determinación concreta de la forma como se quiere expresar el resultado al aplicar el indicador y relacionada con la unidad asignada a la meta evaluar. Esta puede ser expresada en valores absolutos con su respectiva variable. Tiempo (años, semestre, bimestre, meses, días, horas, etc.), longitud (kilómetros, metros, etc.), superficie (hectáreas, Km., o m²), volumen (pies cúbicos, metros cúbicos, etc.), peso (arrobas, kilos, libras, etc.) o en forma relativa (porcentual, Km. por hora).

PERIODICIDAD. Establece la frecuencia o periodos que debe abarcar el

indicador, es decir si se mide mensual, trimestral, anual, semestral.

DEFINICIÓN OPERACIONAL. Si es una frecuencia relativa: razón, proporción, tasa, o es un número absoluto.

UNIDAD DE MEDIDA: La unidad de medida es lo que se quiere medir.

CARACTERÍSTICA DE CALIDAD. Es lo que se desea obtener, o alcanzar con la medición.

FUENTE NUMERADOR. Formato, aplicativo de donde se obtienen los datos del numerador.

FUENTE DENOMINADOR. Formato, aplicativo de donde se obtienen los datos del denominador.

META ESTABLECIDA: Una meta es un criterio cuantitativo o cualitativo que permite establecer límites o nivel máximo de logro. Cada asunto a evaluar puede tener tantas metas como sean necesarias. Por lo tanto, debe diseñarse un indicador para la meta o cada una de las metas propuestas en términos de eficiencia, eficacia y calidad, e incluir en ellas el tiempo en el que se debe dar su cumplimiento, es importante resaltar que la meta debe expresar la concreción del objetivo y no la ejecución de la estrategia.

FECHA DE ELABORACIÓN. En esta casilla se indicara la fecha (día, mes, año) en que se elaboró la hoja metodológica o ficha técnica.

FECHA DE REVISIÓN O AJUSTE. Cuando por razones de revisión o de ajuste al indicador se haya modificado en algún aspecto la hoja metodológica, en esta casilla se registrara la fecha de dicho evento

CATEGORIZACIÓN DEL RESULTADO. Establezca en este espacio y defina la manera de cómo interpretar el resultado obtenido a través de rangos dentro del marco de referencia propuesto, tales como excelente, regular, deficiente y para ellos los valores que bajo un criterio objetivo permitan su ubicación. Estos se fijan teniendo como base el criterio determinado por ICONTEC, en su nivel de satisfacción, adaptándolo a las necesidades y experiencias propias de la entidad.

RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN (cargo y nombre).

Como último punto es necesario precisar quien es el responsable de presentar o reportar el resultado de la medición, por tal motivo es necesario indicar tanto el cargo como el nombre del funcionario encargado de dicha labor.

OBSERVACIONES. En este renglón se deben consignar aquellas consideraciones especiales que se deben tener en cuenta para el cálculo del indicador. Por ejemplo, modo de recolección de la información es preciso indicar en este espacio cuando se inicio o se iniciara la medición, lo mismo si es primera vez que se va a realizar el proyecto.

Las fichas técnicas se encuentran en los anexos.

Las fichas de los indicadores diseñados se encuentran en los anexos (L,LL,M,N,Ñ,O ,P,Q,R,S,T,U,V)

6.4.3. Descripción de los indicadores diseñados:

a) Indicador que evalúa si las hojas de vida de los empleados cumplen con los soportes establecidos por el laboratorio clínico. (Macroproceso de Gerencia y Calidad) datos tomados del manual de descripción de cargos.

Este indicador es muy importante porque deben verificarse todos los soportes para que se tenga la tranquilidad de haber contratado al personal que se requería y para poder en base a estos soportes investigar si la información escrita en la hoja de vida es cierta (Anexo. L)

OBJETIVO: Evaluar si las hojas de vida de los empleados cumplen con los soportes establecidos por el laboratorio.

EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN: El instrumento de medición utilizado como fuente de este indicador es el manual de desempeño de cargos y de diligenciamiento de documentos.

CRITERIO CALIDAD: Cada hoja de vida de los empleados debe cumplir con los soportes establecidos por el Laboratorio Clínico.

PATRÓN DE CALIDAD: El 100% de las hojas de vida de los empleados deben cumplir con los soportes establecidos por el Laboratorio Clínico.

UNIVERSO: Total de hojas de vida de los empleados del Laboratorio Clínico.

FORMULA DEL INDICADOR:

Número de hojas de vida de los empleados del Laboratorio Clínico que cumple con los soportes establecidos

x100

Total de hojas de vida de los empleados del laboratorio Clínico.

b. Indicador de calidad que evalúa el porcentaje de hojas de vida del personal de laboratorio en las que se actualizaron documentos (Macroproceso de Gerencia y Calidad, Instrumento de Medición No. 1 Lista de chequeo de revisión de actualización de documentos. (Anexo.A)

Este indicador es muy importante porque deben verificarse que todos que todas las hojas de vida del personal estén actualizadas, que se archiven en estos soportes de actualizaciones, para las competencias del cargo (Anexo. LL).

OBJETIVO: Evaluar si las hojas de vida de los empleados están actualizados.

EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN: El instrumento de medición utilizado como fuente de este indicador son los documentos.-Instrumento de Medición No.1 (Anexo. A)

CRITERIO CALIDAD: Cada hoja de vida de los empleados debe estar actualizada.

PATRÓN DE CALIDAD: El 100% de las hojas de vida de los empleados deben estar actualizadas.

UNIVERSO: Total de hojas de vida de los empleados del Laboratorio Clínico.

FORMULA DEL INDICADOR:

Número de hojas de vida del personal de laboratorio a la cuales se les realizo actualización de datos.

x 100

. Total de hojas de vida del personal de laboratorio.

c. Indicador de calidad que evalúa el porcentaje de cumplimiento de programas de auditoria (Macroproceso de Gerencia y Calidad, Instrumentos de Medición No. 2 Formato de Registro de Programas de Auditoria. (Anexo. B)

Este indicador es importante porque evalúa el cumplimiento de los programas de auditoria. (Anexo. M).

OBJETIVO: Determinar la resolución de las no conformidades encontradas en los programas de auditoria.

EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN: El instrumento de medición utilizado como fuente de este indicador son los documentos- Instrumento de medición No. 2 (Anexo. B)

CRITERIO CALIDAD: Cada programa de auditoria se debe cumplir.

PATRÓN DE CALIDAD: El 100% de los programas de auditoria se deben cumplir.

UNIVERSO: Total de no conformidades propuestas por el programa de Auditoria.

FORMULA DEL INDICADOR:

$$\frac{\text{Numero de no conformidades resueltas propuestas por el programa de Auditoria}}{\text{Total de no conformidades propuestas por el programa de auditoria}} \times 100$$

d. Indicador de calidad que determina el número de exámenes no realizados por errores de transcripción de las órdenes de solicitud de exámenes de Laboratorio clínico. (Macroproceso Técnico-Fase Preanalítica) Instrumento de Medición No. 3 Lista de Chequeo de la Fase Preanalítica. (Anexo. C)

Este indicador es muy importante porque de aquí se pueden derivar no conformidades por parte del usuario de los servicios del Laboratorio (Anexo. N).

OBJETIVO: Evaluar la transcripción adecuada de órdenes para la toma de muestra, del laboratorio clínico.

EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN: El instrumento de medición utilizado como fuente de este indicador es el registro de solicitud de exámenes organizadas por el Laboratorio Clínico-lista de chequeo fase preanalítica.

CRITERIO CALIDAD: Cada orden de solicitud de exámenes de laboratorio debe ser transcrita en su totalidad.

PATRÓN DE CALIDAD: El 98% de las órdenes de solicitud de exámenes debe ser transcrito en su totalidad.

UNIVERSO: Total de ordenes de solicitud de exámenes de laboratorio recibidas en el día

FORMULA DEL INDICADOR:

$$\frac{\text{Número de solicitudes de órdenes transcritas en su totalidad}}{\text{Total de órdenes de solicitud de exámenes}} \times 100$$

e. Indicador que evalúa la calidad en la toma de muestra en muestras libres de Hemólisis (Macroproceso Técnico - Fase Preanalítica). Instrumento de Medición No. 4 Detección en errores en la toma de la muestra. (Anexo. D)

Este indicador es importante ya que una buena toma de muestra y una buena muestra, depende un resultado confiable. (Anexo. Ñ).

OBJETIVO: Evaluar la calidad en la toma de muestra, plasmas o sueros no hemolizados

EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN: El instrumento de medición utilizado como fuente de este indicador es soportes de registro de toma de muestras diarias en el Laboratorio Clínico-Detección en errores en la toma de muestra.

CRITERIO CALIDAD: Cada muestra de plasma o sueros sanguíneos debe estar libre de hemólisis.

PATRÓN DE CALIDAD: El 98% de los plasmas o sueros sanguíneos debe estar libre de hemólisis.

UNIVERSO: Total demuestras de plasma y sueros sanguíneos del Laboratorio Clínico.

FORMULA DEL INDICADOR:

$$\frac{\text{Número demuestras de plasma y sueros sanguíneos libres de hemólisis}}{\text{Total de muestras de plasma y sueros sanguíneos}} \times 100$$

f. Indicador que evalúa la calidad en la toma de muestra, en cantidad de muestras suficientes (Macroproceso Técnico - Fase Preanalítica). Instrumento de Medición No. 4 Detección de errores en la toma de muestra. (Anexo. D)

Este indicador es importante ya que de una toma de muestra con cantidad suficiente se pueden realizar las pruebas de manera satisfactoria y con volumen suficiente para confirmar un resultado si es necesario. (Anexo. O).

OBJETIVO: Evaluar la calidad en la toma de muestra, en cantidad suficiente en el laboratorio clínico.

EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN: El instrumento de medición utilizado como fuente de este indicador es el registro de soportes de registro de toma de

muestras diarias en el Laboratorio Clínico -Detección en errores en la toma de muestra.

CRITERIO CALIDAD: Cada muestra sanguínea debe tener la cantidad suficiente.

PATRÓN DE CALIDAD: El 98% de las muestras sanguíneas debe tener una cantidad suficiente.

UNIVERSO: Total de muestras sanguíneas tomadas en el día.

FORMULA DEL INDICADOR:

$$\frac{\text{Número de muestras sanguíneas tomadas en cantidad suficiente}}{\text{Total de muestras sanguíneas}} \times 100$$

g. Indicador que evalúa el número de exámenes repetidos en el laboratorio clínico (Macroproceso Técnico en la Fase Analítica) Instrumento de Medición No. 5 Lista de chequeo de la fase analítica. (Anexo. E)

Este indicador es importante ya que, podemos evaluar muchos aspectos que están relacionados con el expertísimo de quien procesa los reactivos con los que se determinan las pruebas, los instrumentos que se utilizan para la medición y aspectos de la muestra en si, y así teniendo en cuenta estas variables poder establecer las razones por las cuales se efectúan estas repeticiones. (Anexo. P).

OBJETIVO: Determinar el numero de exámenes repetidos en el laboratorio clínico.

EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN: El instrumento de medición utilizado como fuente de este indicador es el registro de listas de trabajo del día o reporte de equipos del Laboratorio Clínico-lista de chequeo de la fase analítica.

CRITERIO CALIDAD: No deben hacerse repeticiones de exámenes de laboratorio solicitados.

PATRÓN DE CALIDAD: Por lo menos en el 98% de los exámenes solicitados no deben hacerse repeticiones.

UNIVERSO: Total de exámenes de laboratorio solicitados en el día.

FORMULA DEL INDICADOR:

$$\frac{\text{Número de de exámenes de laboratorio solicitados fueron repetidos}}{\text{Total de exámenes de laboratorio solicitados}} \times 100$$

h. Indicador que evalúa el número de exámenes no realizados de las órdenes de las ordenes de solicitud recibidas (Macroproceso Técnico - Fase Analítica) Instrumento de Medición No. 5 ,Lista de chequeo de la fase analítica. (Anexo. E)

Este indicador nos sirve para evaluar que esta sucediendo en el proceso técnico de la fase analítica que genera que no se estén realizando los exámenes ordenados en la solicitud médica.

OBJETIVO: Determinar el numero de exámenes no realizados de las ordenes recibidas en el laboratorio clínico.

EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN: El instrumento de medición utilizado como fuente de este indicador es el registro de ordenes recibidas en el Laboratorio Clínico-lista de chequeo fase analítica.

CRITERIO CALIDAD: No deben dejar de hacerse de exámenes solicitados al laboratorio

PATRÓN DE CALIDAD: Por lo menos en el 98% de los exámenes solicitados en las órdenes deben hacerse.

UNIVERSO: Total de exámenes de laboratorio solicitados en el día.

FORMULA DEL INDICADOR:

$$\frac{\text{Número de exámenes de laboratorio solicitados dejaron de realizarse}}{\text{Total de exámenes de laboratorio solicitados}} \times 100$$

i. Indicador que evalúa la calidad en el informe de datos en resultados entregados a los pacientes que solicitan el servicio (Macroproceso Técnico Fase Postanalítica). Instrumento de Medición No. 6 Lista de chequeo de la fase post analítica. (Anexo. F)

Este indicador evalúa un punto crítico dentro de la prestación del servicio, ya que el resultado es el producto final del proceso ya que un resultado erróneo genera no conformidades dentro de la prestación del servicio al usuario. (Anexo. R).

OBJETIVO: Determinar el numero de informes de laboratorio con errores en los datos de resultados de exámenes realizados.

EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN: El instrumento de medición utilizado como fuente de este indicador es el registro de resultados de laboratorio-lista de chequeo fase post analítica.

CRITERIO CALIDAD: Registrar informes de laboratorio sin datos de resultado equivocados.

PATRÓN DE CALIDAD: Por lo menos el 99% de los resultados de laboratorio deben ser correctos.

UNIVERSO: Total de reportes de exámenes de laboratorio en el día.

FORMULA DEL INDICADOR:

$$\frac{\text{Número de reportes de exámenes de laboratorio no registran datos de resultados equivocados}}{\text{Total de reportes de exámenes de laboratorio}} \times 100$$

j. Indicador que determina que los empleados que laboran son competentes para el cargo en el laboratorio clínico (Datos tomados del Manual de Descripción de Cargos - Macroproceso Administrativo - Gestión del Recurso Humano.

En este manual, el personal es competente y así se obtiene una medida más exacta de quien se controla es quien se requiere para el cargo.

OBJETIVO: Determinar si los empleados que laboran en la institución tienen la competencia para el cargo.

EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN: El instrumento de medición utilizado como fuente de este indicador es el manual de descripción de cargos del laboratorio Clínico.

CRITERIO CALIDAD: Cada empleado que labora en el Laboratorio Clínico, debe cumplir con las competencias para su cargo; según lo descrito en el manual de descripción de cargos.

PATRÓN DE CALIDAD: El 100% de los empleados que labora en el Laboratorio Clínico debe cumplir con las competencias para su cargo.

UNIVERSO: Total de empleados del Laboratorio Clínico.

FORMULA DEL INDICADOR:

$$\frac{\text{Número de empleados del Laboratorio Clínico que cumplen con las competencias para el cargo, definidas por el manual de descripción de cargos}}{\text{Total de empleados del Laboratorio Clínico}} \times 100$$

k. Indicador que evalúa la actualización del personal del laboratorio clínico. (Macroproceso Administrativo - Gestión del Recurso Humano) Soportes tomados de carpetas de capacitación, Instrumento de Medición No. 8 Formato de Capacitación interna del personal. (Anexo. H)

Este indicador es importante porque nos muestra el grado de compromiso del Laboratorio con el personal. (Anexo T).

OBJETIVO: Evaluar la actualización del personal del laboratorio clínico.

EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN: El instrumento de medición utilizado como fuente de este indicador es soportes de actualizaciones organizadas por el Laboratorio Clínico.

CRITERIO CALIDAD: Cada persona que labora en el Laboratorio Clínico debe recibir actualización permanente, por parte del Laboratorio Clínico.

PATRÓN DE CALIDAD: El 100% del personal que labora en la institución debe recibir actualización permanente por parte del Laboratorio Clínico.

UNIVERSO: Total de empleados del Laboratorio Clínico.

FORMULA DEL INDICADOR:

$$\frac{\text{Número del personal del laboratorio Clínico que recibió actualización}}{\text{Total del Personal del laboratorio Clínico}} \times 100$$

l. Indicador que evalúa el porcentaje de pacientes que recibieron información de los requisitos previos a los exámenes de laboratorio. (Macroproceso del cliente.

Este indicador es importante ya que si el paciente recibe la información adecuada, traerá la muestra adecuada, y cumplirá las con las condiciones ideales para una buena toma de la muestra y por ende para un resultado acertado por parte del laboratorio. (Anexo. U).

OBJETIVO: Determinar el número de personas informadas de los requisitos antes de realizarse exámenes de laboratorio

EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN: El instrumento de medición utilizado como fuente de este indicador es el registro de información proporcionada por el personal, lista de chequeo de la fase preanalítica (Anexo C).

CRITERIO CALIDAD: Informar a todas las personas los requisitos antes de realizarse exámenes de laboratorio.

PATRÓN DE CALIDAD: El 95% de las personas deben ser informados de los requisitos previos a exámenes de laboratorio.

UNIVERSO: Total pacientes que se realizaron exámenes de laboratorio.

FORMULA DEL INDICADOR:

$$\frac{\text{Número de pacientes que recibieron información antes de realizarse exámenes}}{\text{Total pacientes que se realizaron exámenes de laboratorio}} \times 100$$

m. Indicador de satisfacción del usuario que recibió el servicio de laboratorio clínico. Instrumento de medición No. 10 , Encuesta de satisfacción del usuario. (Anexo. J)

Este indicador está relacionado con información del macroproceso del Cliente (Anexo. V)

Este indicador es importante por qué mide la satisfacción del usuario y determina que tan cómodo se sintió con el servicio, de esta manera se puede estimar que percibió de la calidad del servicio.

OBJETIVO: Conocer la satisfacción del usuario que recibió el servicio de laboratorio Clínico.

EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN: El instrumento de medición utilizado como fuente de este indicador es la encuesta de satisfacción del usuario (Instrumento No.10)

PROBLEMA: Se presenta insatisfacción del usuario que recibió el servicio de Laboratorio Clínico.

Lo que se mide es la satisfacción y así podemos medir la insatisfacción.

CRITERIO CALIDAD: Cada usuario que recibió el servicio de Laboratorio Clínico y esta satisfecho.

PATRÓN DE CALIDAD: El 90% de los pacientes que recibieron el servicio de laboratorio y esta satisfecho.

UNIVERSO: Total de pacientes que recibieron el servicio de Laboratorio Clínico en un periodo de tiempo

MUESTRA: Número n total de pacientes que recibieron el servicio de Laboratorio Clínico calculado con la fórmula: $pxq / e^2/z^2 + pxq/N$

NOTA: LA MUESTRA ES HOMOGÉNEA

TÉCNICA DE MUESTREO: ALEATORIO SIMPLE

FORMULA DEL INDICADOR:

Número de usuarios que recibieron los servicios del Laboratorio clínico y están satisfechos

x 100

Total de usuarios que recibieron los servicios del Laboratorio Clínico

6.5 EVALUACIÓN PILOTO DE LOS INDICADORES DISEÑADOS

Después de realizar una exhaustiva observación de todos los procesos dentro de los macroprocesos que se realizan en el Laboratorio Siglo XXI durante los meses de mayo-junio de 2007, se diseñaron, formatos que dieron la información necesaria para alimentar los indicadores diseñados en esta tesis, los cuales se ajustan a la realidad del Laboratorio Clínico Siglo XXI.

La prueba piloto se realizó en dos etapas:

PRIMERA ETAPA: Recolectar información a través de la aplicación de los instrumentos de medición en cada uno de los macroprocesos

SEGUNDA ETAPA: Probar los indicadores diseñados en base a la información obtenida con los instrumentos de medición.

6.5.1 Aplicación de la prueba piloto

- a. **En el Macroproceso de Gerencia y Calidad.** En este macroproceso se revisaron el manual de descripción de cargos, se verificó si la documentación del personal estaba completa, si los contratos existían, si la documentación de documentación del laboratorio estaba completa, se revisó si existía una programación de auditorias y formatos para incluir las notas del auditor.
- b. **En el Macroproceso Técnico.** Se revisaron los registros que se deben llevar en las tres fases del macroproceso Técnico como son: fase pre analítica, fase analítica, fase post analítica y en estas fases aplicar los formatos planteados y

en base a la información obtenida en cada etapa aplicar los indicadores de gestión diseñados.

Fase preanalítica: En esta fase del macroproceso técnico se evaluó el proceso de toma de muestra aplicando los instrumentos de medición propuestos como son: formato de hoja de recolección de datos de detección de errores en la toma de muestras (instrumento de medición No. 4) y la lista de chequeo de la fase preanalítica (instrumento de medición No.3).

Fase analítica, En esta fase se revisaron todos los registros que se derivan de los procesos, si se lleva los controles de calidad internos y externos, las hojas de vida de los equipos su mantenimiento y calibración; y los manuales de procedimiento correspondientes, y los procedimientos para cada analito. Esto se realizó utilizando como instrumento de medición la lista de chequeo de la fase analítica (instrumento de medición No.5)

Fase Postanalítica, En esta fase se revisaron los registros de transcripción de resultados y validación de éstos, además se utilizó la lista de chequeo de la fase post analítica (instrumento de medición No.6).

c. **En el Macroproceso Administrativo.** En el Proceso de Gestión del recurso humano se revisó si se realizaron las encuestas a los empleados si cumple con requisitos para ocupar el cargo, si se realizó la entrevista de selección, si se programaron y se realizaron las capacitaciones periódicas al personal, como se comporta el clima laboral y si existían formatos para evaluarlos.

d. **Macroproceso del cliente.** Se realizó observación de los procesos Recepción de pacientes y atención al usuario, se aplicó la encuesta de satisfacción a los usuarios, a todos los pacientes a quienes se les habían realizado exámenes de laboratorio, y se aplicó la encuesta de evaluación de los servicios del cliente institucional, para evaluar el desempeño la directiva y de los trabajadores de la institución, para esto se aplicaron los instrumentos de medición encuesta de satisfacción al usuario (instrumento de medición No. 10), y la encuesta de evaluación de los servicios del cliente institucional (instrumento de medición No.11)

6.5.2 Resultados de la evaluación piloto

Los resultados encontrados fueron:

a). **Macroproceso de Gerencia y Calidad.**

Después de aplicar el instrumento de medición No. 1 que es la lista de chequeo de actualización de documentación se encontró que la documentación soporta en las

hojas de vidas de los empleados y los documentos del laboratorio estaban actualizadas.

Se aplicó el formato de registros de programación de auditorías (instrumento de medición No.2) y se encontró que el número de auditorías realizadas en el Laboratorio Siglo XXI en el periodo de mayo de 2007 a noviembre de 2007 fueron dos; la primera auditoría se realizó en agosto de 2007 y la segunda en noviembre de 2007. La primera auditoría se realizó para revisar si todo lo que se había estipulado en el PAMEC se estaba cumpliendo, y la segunda para verificar si las fallas encontradas se habían corregido y si se implementó lo que faltaba.

De los programas de Auditorías y Revisiones del sistema de calidad se encontró que durante el período de tiempo revisado, se levantaron 10 No conformidades así:

- En Mayo se encontraron 3 no conformidades relacionadas con la toma de muestra
- En junio se encontraron 2 conformidades, una relacionada con la oportunidad en la entrega de resultados, y otra por la mala transcripción de exámenes que se deben realizar.
- En julio, se encontró una (1) no conformidad referente a la toma de muestra sanguínea de segunda vez, por ruptura de un tubo en la centrifuga
- En agosto, se encontró una (1) no conformidad por llamar un paciente nuevamente a tomarse muestra porque la muestra se hemolizó.
- En septiembre y octubre se presentaron no conformidades por mala atención por parte del personal
- En noviembre no se presentaron no conformidades.

Todos estos datos fueron tomados al aplicar los formatos de registros de programación de auditorías (instrumento de medición No.2)

b). Macroproceso Técnico.

Los Instrumentos utilizados para evaluar este macroproceso fueron, listas de chequeos de la fase preanalítica, analítica y post analítica y, además la hoja de detección de errores en la toma de muestra de la fase preanalítica.

El número de órdenes revisadas, fue de 400, correspondientes al período de mayo a noviembre de 2007.

El número de exámenes realizados durante este mismo período fue de 1000 entre exámenes de rutina y especializados, siendo los especializados un 60% y los exámenes de rutina el 40% del total de exámenes revisados.

- Fase preanalítica.

Los resultados encontrados aplicando los instrumentos de medición No. 3, lista chequeo de la fase preanalítica y el instrumento de medición No.4 hoja de recolección de datos y detección de errores en la toma de muestra.

Los errores en el proceso de Toma de muestra fueron:

- Errores en la toma de muestra por cantidad de muestra insuficiente : Para realizar las pruebas, en 20 casos, 5 de ellos no tenían la cantidad suficiente para realizar todas las determinaciones y se necesitó centrifugar nuevamente y en algunos casos llamar nuevamente a los pacientes; este error en la toma de muestra corresponde a un 25% del total de los sueros, que no se pudieron procesar con oportunidad, por un error en la fase preanalítica.

Las acciones que tomo el laboratorio, fue capacitar a la auxiliar de laboratorio, que debía tomar suficiente cantidad de sangre para no tener nuevamente este problema, la recomendación es que se tenga en cuenta que para determinadas pruebas se necesita un volumen mayor de suero, y los pacientes que presenten este tipo de pruebas se les debe tomar mayor cantidad de sangre.

Errores en la toma de muestra , en muestras libres de hemólisis: Se tomó para la evaluación práctica un total de 100 muestras para exámenes especializados. Se encontró que 10 sueros estaban hemolizados, que corresponden a un (10%). Este resultado se considera una cifra alta ya que la hemólisis interfiere con la realización de las pruebas y la calidad de los resultados es cuestionable.

Las acciones que tomó el laboratorio para corregir este problema fueron: Verificar todos las posibles causas que pueden causar la hemólisis en una muestra como lo son: - Una toma de muestra traumática.

- Tubos de ensayo mal lavados, con restos de detergente o sustancias abrasivas.
- Anticoagulante vencido.
- Centrifuga descalibrada.
- Inadecuada remoción del coágulo.

después de esta verificación se hizo énfasis en la causa más frecuente encontrándose problemas en la centrifuga , se llamó al técnico y la cantidad de sueros hemolizados disminuyó.

- Fase analítica.

De la revisión de esta fase se encontró como error la repetición de algunas pruebas. Esta condición se observó por errores de calibración de la lectura fotométrica de algunas pruebas.

Se tomó para la evaluación práctica un total de 10 exámenes de rutina. Se repitieron 2, esto corresponde a un 20% del total de exámenes realizados. En condiciones normales no se deben repetir pruebas, excepto cuando sea necesario realizar una confirmación.

Para obtener esta información se utilizó la lista de chequeo de la fase analítica, instrumento de medición No.5.

Además, en esta fase también se observó que de 100 ordenes de solicitud de exámenes, correspondientes a 200 exámenes; no se realizaron aproximadamente 20 exámenes, de 5 órdenes, por mala transcripción de la auxiliar en el momento de ingresar la orden para realización de las pruebas. Se observó un 10% de exámenes sin realizar, esto merece precisa actuación porque genera no conformidades por parte de los usuarios del servicio.

- Fase post analítica.

En esta fase también se encontró que en la calidad de datos de resultados entregados también hubo errores en 50 Informes de Resultados entregados; 5 presentaron devolución por parte de los pacientes para corrección, es decir un 10%. Dos de ellos se presentaron porque no se entendió la letra del bacteriólogo por parte del auxiliar, y tres por errores en la transcripción y falta adecuada de revisión al firmar.

Este problema se corrigió en el laboratorio con la realización de una reunión por parte de la Gerencia , donde se concientizó a los bacteriólogos y al auxiliar del laboratorio en la importancia de entregar un resultado que satisfaga al usuario de los servicios.

Al auxiliar se hizo énfasis en transcribir correctamente los resultados, y a los bacteriólogos concientizarlos en la responsabilidad civil y penal de entregar un resultado que no sea veraz, y se levantaron memorandos en esa reunión , uno para el auxiliar

y otro para el bacteriólogo responsable.

En esta fase además de los registros se utilizó la lista de chequeo de la fase post analítica, instrumento de medición No.6)

c). Macroproceso Administrativo

- Gestión de recurso humano

La implementación de un sistema de Calidad fue posterior al origen del el laboratorio por lo que en su constitución no se revisó si las personas que laboraban eran competentes para el cargo que desempeñaban ocasionando inconvenientes al sistema.

De el personal profesional de el laboratorio uno de los dos bacteriólogos que labora en el laboratorio, no cumplía con el perfil según lo descrito en el manual de descripción de cargos; por que no realizaba exámenes especializados de inmunología y sólo sabia realizar bien microbiología y el laboratorio no presta ese servicio, por tal razón se decidió después de realizar la debida inducción, capacitarlo en esta falencia técnica, pero de todos modos no cumplió a cabalidad con el trabajo propuesto y renunció.

El laboratorio siglo XXI se constituyó en marzo de 2007 y desde que se constituyo no se habían revisado los cargos vs. el sistema de calidad; las personas que laboran en el laboratorio son cinco de las cuales la gerente y un bacteriólogo laboran desde que se constituyó el laboratorio, el otro bacteriólogo , que renunció hace un mes y había ingresado a trabajar en mayo de 2007, la auxiliar de laboratorio trabaja en el laboratorio desde agosto de 2007, antes de ella hubo otra auxiliar que trabajo hasta julio de 2007; la contadora trabaja en el laboratorio hace ocho meses; la asesora de calidad , es externa , ella va al laboratorio dos veces en el mes y revisa que se cumplan las actividades de calidad, que se llenen los formatos y registros, además deja actividades para que sean realizadas por todo el personal, relacionadas con la calidad en todos los procesos.

El personal del laboratorio Siglo XXI lo conforman 5 personas. En la revisión documental del recurso humano se encontró que existen hojas de vida de todo el personal, pero, específicamente de la auxiliar del laboratorio no se evidenciaron los documentos soportes requeridos por el laboratorio de acuerdo con lo descrito en el manual de descripción de cargos.

En este proceso se aplicó el (instrumento de medición No. 7).

Durante el período de evaluación definido se encontró que En el laboratorio Siglo XXI no existió para el 2007 un programa de capacitación formal del personal que labora y se verificó que se realizaron tres capacitaciones de carácter técnico científico.

Para la revisión de los aspectos de capacitación se aplicó el formato de capacitación interna, instrumento de medición No.8; que recoge información sobre el sitio donde se realizó la capacitación, el objetivo de la capacitación, el tema tratado, las conclusiones e intensidad horaria.

De la aplicación del formato de evaluación del clima organizacional, instrumento de medición No. 8, se evidenció que los empleados conocen el laboratorio, tienen sentido de pertenencia, y tienen expectativas acerca del desarrollo futuro como es expandirse y ser una entidad competitiva en todo el nororiente colombiano.

Además, se identificaron oportunidades de mejora en tópicos como incentivos, y el desarrollo de actividades lúdicas que contribuyan a la integración y formación de sentido de equipo en los empleados.

d). Macroproceso del Cliente

En la revisión de los requisitos del Cliente, se empleó como instrumento la encuesta de satisfacción al usuario (instrumento de medición No.10) en esta encuesta se evidenció insatisfacción de algunos usuarios por los tiempos prolongados de espera, o por que la toma de muestra fue dolorosa, de 200 encuestas de satisfacción realizadas a los usuarios de los servicios del Laboratorio clínico Siglo XXI en el periodo comprendido entre mayo a octubre de 2007; 10 usuarios presentaron insatisfacción, correspondiendo a un 5% del total de usuarios encuestados; lo ideal es que ese porcentaje sea menor o en el mejor de los casos no exista, pero debemos tener en cuenta que la satisfacción es una percepción personal que tiene el usuario que recibe los servicios.

6.5.3. Análisis de la información de la evaluación piloto

Es interesante lo que se puede aprender de una prueba piloto como esta, porque, se llega a un laboratorio, primero se definen sus macroprocesos, que son los pilares sobre los cuales se va a trabajar, después con base en estos macroprocesos se define los procesos, en estos procesos se llenan una serie de registros bases y se generan datos e información necesaria, que alimenta los instrumentos de medición que se propongan para alimentar la información de los indicadores de gestión de cada macroproceso, y estos van a monitorear y a evaluar la calidad esperada sobre la calidad encontrada, y de los resultados que estos indicadores arrojen se tomaran las medidas correctivas para aquellos procesos que lo requieran y así contribuir al mejoramiento continuo en la calidad de los procesos.

Lo anterior mencionado es un proceso dispendioso pero interesante, en el Laboratorio Siglo XXI se tenían definidos los macroprocesos y procesos en el manual de calidad y en el PAMEC, pero no se tenían instrumentos de medición que facilitaran la recolección de la información necesaria para la construcción de los indicadores de gestión que se deben para monitorear esos puntos críticos; al revisar el PAMEC la asesora de calidad, propuso unos indicadores que al ser evaluados por el personal del Laboratorio no median la realidad del laboratorio y no tenían una fuente de datos que los alimentara, por eso al recibir la propuesta de este trabajo se tomo de buena forma porque se contribuyó a optimizar el proceso de recolección de la información y a saber como se construye y evalúa un indicador de gestión.

Los indicadores que se revaluaron fueron indicadores que hablaban del acompañante de los pacientes, y otro de muestras remitidas, y un indicador de satisfacción del usuario pero sin un instrumento de medición que proveyera información necesaria, además al construirlos no se tuvieron en cuenta la

formulación de los objetivos de los indicadores, los criterios de calidad, el patrón de calidad, que le den consistencia y lo hagan útil para la medición.

Se habían realizado dos auditorias y el período en que se realizó este trabajo pero no se tenían instrumentos de medición como formatos donde se registrara que la auditoria se realizó, el único documento que se tenía era una hoja donde el auditor ponía las recomendaciones, de los errores encontrados.

Se considera importante y se recomienda tener una programación de las actividades de capacitación técnico científica y también lúdica donde el trabajador pueda tener un tiempo de esparcimiento y pueda aportar sus inquietudes o puntos de vista que ayuden a mejorar el clima laboral, y crear un sentido de pertenencia con el laboratorio; ya que las capacitaciones en el año son muy pocas.

En cuanto al macroproceso Técnico se encontraron que muchos de las no conformidades que se generaron y de los errores encontrados se dieron en las tres fases de este proceso que es crítico, los errores en la fase preanalítica básicamente se debieron a errores en la toma de muestra y a la transcripción de las ordenes; es aquí cuando se deja ver que todos los macroprocesos actúan en conjunto y que uno depende del otro ya que si realiza una buena capacitación del personal auxiliar se pueden minimizar este tipo de fallas y prevenir las no conformidades por parte de los usuarios y que ponen en riesgo la calidad del servicio. Ese 25% de muestras hemolizadas se pueden reducir a cero, con un seguimiento adecuado del personal auxiliar por parte del bacteriólogo.

En la fase analítica la repetición de pruebas debe desaparecer, ya que aumenta los costos y genera que los resultados obtenidos no sean confiables; en este punto el bacteriólogo de la parte técnica trabaja para reducir 20% de exámenes repetidos, con la aplicación de un multicalibrador que suministro la casa comercial que provee el control de calidad externo y al parecer esta dando buen resultado, en esta , como en todas las fases de este macroproceso se requiere el compromiso del personal para reducir los porcentajes de errores encontrados.

En la fase post analítica del macroproceso técnico, se realizó una revisión más exhaustiva de los resultados de los exámenes del laboratorio por parte del auxiliar al transcribir los resultados, como del Bacteriólogo en el momento de avalar con su firma lo escrito en el reporte, para reducir ese 10% de devoluciones de exámenes para ser corregidos.

El macroproceso del cliente es quizás uno de los macroprocesos críticos es por él realmente que se genera el servicio, la percepción que este tenga del servicio que se presta es fundamental, porque de su satisfacción se gana o se pierde más usuarios; al realizar la encuesta de satisfacción al usuario; la insatisfacción de los usuarios se generó por una toma de muestra dolorosa ,tiempos de espera

prolongados, o demora en la oportunidad de entrega de resultados, este 5% encontrado se debe reducir aun cero, ya que un usuario inconforme habla mal de los servicios y genera un ambiente desfavorable para el laboratorio, pero un usuario satisfecho, recomienda el servicio a otras personas. Por eso es importante tener en cuenta todas estas quejas y resolverlas, es importante tener una comunicación activa con el usuario acerca de sus inquietudes y que espera del servicio.

Considerando que si busca optimizar la calidad en todos los macroprocesos, estos a su vez se retroalimentan y funcionan como un engranaje en todos los procesos y se reducen los errores y disminuyen o desaparecen la no conformidades; cabe aclarar que el factor humano no excluye que se puedan cometer errores pero si estos errores son mínimos y se cuenta con sistemas de calidad monitoreados por indicadores de gestión y los resultados que arrojen estas mediciones sirvan para la reflexión de todo el personal involucrado se puede caminar en busca de la excelencia.

El desarrollo de la prueba piloto fue interesante tanto para los participantes de este trabajo como para el personal del laboratorio porque enriqueció nuestro conocimiento y nos deja que si se realiza las medidas correctivas a tiempo se reducen los costos y se optimiza la calidad en la atención del servicio.

Además esperamos que este trabajo continúe, porque con los instrumentos de medición propuestos y los indicadores diseñados se pueden monitorear algunos procesos, y así realizar acciones correctivas, para optimizarlos; también se podrán presentar otros problemas que necesitarán la construcción de otros instrumentos de medición y registros que alimenten los indicadores de gestión y nuevamente el ciclo de mejoramiento continuo se cumpla, lo importante en calidad es que los sistemas de monitoreo sean dinámicos y quienes los controlan estén comprometidos no quedarse dormidos y que se entienda que el manejo de la información debe ser útil, oportuno, veraz , que refleje la realidad , y no que sea archivada.

Se resalta la colaboración y la disposición de todo el personal del laboratorio Siglo XXI en esta prueba piloto; cuando se tiene disposición para generar un cambio positivo, se optimizan los procesos y todos aprenden.

CONCLUSIONES

1. De acuerdo con los tipos y características de los indicadores de gestión formulados en el Marco conceptual, los indicadores que se diseñaron cumplieron principalmente los aspectos de Confiabilidad, Validez, Especificidad, Sensibilidad, Mensurabilidad, Relevancia, Costo – efectividad, Sencillez, oportunidad, pertinencia identificados con gran relevancia en la prueba piloto interna y de gran incidencia sobre el cumplimiento del marco legal colombiano identificado en el presente proyecto.
2. Dando cumplimiento al objetivo general y específico planteado al inicio del presente proyecto se definieron indicadores específicos soportados por material técnico documental sobre tipos de indicadores, la medición y la optimización de las actividades sobre procesos críticos de un laboratorio clínico que permitan un mejoramiento continuo de los mismos y se conviertan en un marco referente y punto inicial para procesos futuros de certificación y acreditación de laboratorios clínicos y posteriores estudios.
3. La metodología definida para el proceso de diseño de indicadores se muestra como una fortaleza para el resultado final del proyecto, ya que se evidenció una secuencia lógica desde la planeación, la definición de indicadores, la implementación piloto de estos y finalmente la pertinencia que estos tengan en cada laboratorio clínico, es lo que garantiza su aplicación real en donde se desee buscar la maximización de los recursos y operaciones a través de la aplicación del diseño planteado.

4. A través de la definición de la propuesta final de indicadores se establece una guía práctica y explicativa que apoya la medición de la efectividad de los procesos críticos de un laboratorio clínico donde cada persona que hace parte de los procesos gerenciales, productivos o de soporte da su aporte como miembro del equipo de trabajo para que se logre la calidad en el servicio logrando la satisfacción en la atención al cliente.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALHAMA BELAMARIC, Rafael. Perfeccionamiento Empresarial, Retos y Realidades. 2001. ieit@ceniai.inf.cu
2. ALVAREZ HEREDIA, 1ªed. 2006. Instrumentos de Auditoria medica
3. ARGEL G., Juan Carlos; JAIMES, Juan Carlos. Modelo de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud, para la IPS CLÍNICA REVIVIR S.A. Bucaramanga. 2005.
4. CARRILLO DE ROJAS, Gladys. Fundamentos de Contabilidad para Profesionales no Contadores. Santafé de Bogotá: Corcas Editores Ltda. 1997.
5. CILLONIZ B., Fernando. Economía de la Salud. Bajar Costos. Enero. 2002. <mailto:inform@ccion>
6. CRUZ PIQUERAS, M. Calidad, Opinión, Satisfacción, Clientes, están Orientados los Servicios a los Usuarios que los Utilizan. Noviembre. 2004. Disponible en: www.gerenciasalud.com/
7. DAZA Javier Germán. Sistema de información gerencial para el proceso de atención en un laboratorio clínico. Tesis de grado UIS 1997.
8. ESPAÑA, Javier. Hablemos de Productividad. Disponible en: www.degerencia.com
9. GELLA, Javier. Control de calidad en el Laboratorio Clínico. Segunda Edición. Biosystems S.A. 2005. 5-9 p.
10. Gerencia en Salud. Cinco Pasos para Servir al Cliente. Junio. 2003. Disponible en: www.gerenciasalud.com/
11. Los pacientes - Los Clientes. Octubre. 2003. Disponible en: www.gerenciasalud.com/
12. GIAMARINO, Ana María. Gerencia en salud. Administración en salud Personal en salud. 2002. anagiamarino@uol.com.br
13. GUARDIOLA, U. El control de Gestión y sus Indicadores. Bogotá: Incolda. 1988.
14. HÉLLER, Roberto. Reglas Básicas para la Toma de Decisiones. Noviembre. 2004. Disponible en: www.gerenciasalud.com/
15. ICONTEC. Norma técnica Colombiana NTC 9001. Segunda Actualización. 2007. 1-16 p.
16. Indicadores de Gestión. Disponible en: www.monografias.com
17. Indicadores de Gestión. Disponible en: www.aiteco.com/indicador.htm
18. LABORATORIO SIGLO XXI. Manual de Calidad (PAMEC). Macroprocesos. 2007

19. LEFCOVICH, Mauricio. Productividad, Mejora Continua, Reducción de Costos y Satisfacción al Consumidor. mlefcovich@hotmail.com
20. Los indicadores son necesarios para poder mejorar. Disponible en: web.jet.es/gestion_indicadores.htm
21. MEGIA GARCIA, Braulio 4ªed. 2002 ECOE EDICIONES. Auditoria Medica para la garantía de la calidad en Salud.
22. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Circular 0076, Modificación y adopción de formularios de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud para los que inicien la prestación de servicios y de reporte de novedades al Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Santafé de Bogotá. Noviembre 02 de 2007.
23. Decreto 1698, Define las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Único de Habilitación de Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas. Santafé de Bogotá. Mayo 16 de 2007. Ministerio de Protección Social.
24. Resolución 2679, Por la cual se conforma el Comité Sectorial de Calidad y Seguridad de la Atención en Salud. Santafé de Bogotá. Agosto 03 de 2007. Ministerio de Protección Social.
25. Decreto 4295, Fijar como Norma Técnica de Calidad para las instituciones prestadoras del servicio de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios, la adoptada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud. Santafé de Bogotá. Noviembre 06 de 2007. Ministerio de Protección Social.
26. Circular 0076, Modificación y adopción de formularios de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud.
27. Ley 100, Sistema de Seguridad Social Integral. Diciembre 23 de 1993. Ministerio de Salud.
28. Resolución 1043, Condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para Habilitar sus servicios. Santafé de Bogotá. 2006. Ministerio de Protección Social.
29. NIETO, Oscar. Desarrollo de indicadores de gestión en Programas integrales de seguridad, salud y ambiente-generalidades. Memorias 32, Congreso de Seguridad integral, Higiene y Medicina del Trabajo. Bogotá. Junio 15 de 1999.
30. ORTIZ ANAYA, Héctor. Análisis Financiero Aplicado. Universidad Externado de Colombia. Santafé de Bogotá. 1996
31. PERISSE, Claudio Marcelo. Balancead Score Card y la gestión del Recurso Humano. Disponible en: www.cyta.com.ar/biblioteca
32. PORRAS NIÑO, José Armando. Modelo de evaluación para el sistema nacional de salud. Marco operativo y analítico, Bogotá 1979. Ministerio de Salud Unicef.
33. SERVAT, Alberto Alexander. Acreditación de Laboratorios. Salud Pública. Universidad Católica. Febrero 2003. Disponible en: <http://competitividad.net/>
34. SUÁREZ, Jorge. Control de Gestión. Administración en servicios de Salud, Universidad industrial de Santander. Bucaramanga. 2005

35. VÁSQUEZ LEMA, Marcelo. Líderes la Calidad, El Concepto Actual que debe ser Manejado adecuadamente por los gerentes y funcionarios de toda la organización. Bolivia. Marzo 2007. Disponible en: mvasquez@tropicaltours.com.bo

ANEXOS

FORMATOS PRELIMINARES PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA LOS INDICADORES DE GESTIÓN-MACROPROCESO GESTIÓN Y CALIDAD

Anexo A. (INSTRUMENTO DE MEDICIÓN No.1) LISTA DE CHEQUEO DE REVISIÓN DE ACTUALIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN

CRITERIO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Existe carpeta donde se soporten todos los documentos de la habilitación?			
Existe carpeta de Gerencia , con todos los datos del gerente, soportes			
Existe un manual de funciones?			
Se tiene contrato con la Empresa de desechos biológicos?			
Se tiene hojas de vida de todos los empleados del laboratorio?			
Existe en el laboratorio manual de calidad?			
Existe Manual de Procedimientos?			
Se tienen instructivos donde se expliquen todas las actividades a seguir en el laboratorio?			
Existe PAMEC del laboratorio?			
Cada equipo del laboratorio tiene hoja de vida?			
Existe contrato de mantenimiento de los equipos del laboratorio?			
Existen manuales del área técnica?			
Se tiene carpeta por proveedores?			
Se tiene documentación de los contratos con Empresas?			
Se tiene registros del kárdex e inventario de reactivos e insumos?			

Anexo B. (INSTRUMENTO DE MEDICIÓN No.2) FORMATO PARA REGISTRO DE AUDITORIA INTERNA

FECHA

LUGAR

PROCESO

RESPONSABLE

TIPO DE AUDITORIA

Servicio ____ Proceso __ SGC __ Externa ____

EQUIPO AUDITOR

**ACTIVIDADES
REALIZADAS**

FORTALEZAS

DEBILIDADES

RIESGOS

**OPORTUNIDADES DE
MEJORA**

AUDITOR ASIGNADO

FORMATOS PRELIMINARES PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN NECESARIA EN EL DESARROLLO DE INDICADORES DE GESTIÓN – MACROPROCESO TÉCNICO ⁴⁷⁻⁴⁸

FASE PREANALÍTICA

Anexo C. (INSTRUMENTO DE MEDICIÓN No. 3) LISTA DE CHEQUEO DE LA FASE PREANALITICA

CRITERIO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Se solicitan y registran los datos mínimos de identificación y ubicación del usuario (nombre, apellido, edad, exámenes solicitados, dirección, teléfono)			
En caso de exámenes urgentes se registra prioridad y hora de toma o llegada de muestra.			
Existe disposición del personal responsable de las instrucciones específicas para la toma y manipulación adecuada de las muestras.			
Existen criterios documentados para la aceptación o el rechazo de las muestras.			
En el momento de toma de muestra al paciente se verifica que efectivamente cumpla las condiciones requeridas de acuerdo al manual del servicio En caso de no cumplir las condiciones se explica al paciente el motivo del rechazo y las condiciones necesarias para realizar el procedimiento.			
Se informa al usuario la hora de entrega de sus resultados			
Se tienen protocolos definidos para preparación de muestras para el análisis.			
Existe un manual de Bioseguridad dónde especifiquen normas a cumplir en procedimientos de toma, transporte y preparación de muestras de riesgo biológico			
El personal encargado de toma de muestras cumple con las normas de bioseguridad.			
Se verifica que las muestras que no cumplen las condiciones requeridas sean rechazadas (recipiente inadecuado, bemozadas, coaguladas, insuficientes, mal identificadas)			
Se cuenta con un procedimiento de información al usuario en caso de que la muestra no sea la adecuada para que asista nuevamente al procedimiento requerido.			
Las muestras no procesadas se almacenan adecuadamente para su posterior análisis.			

Anexo D. (INSTRUMENTO DE MEDICIÓN No. 4) HOJA DE RECOLECCION DE DATOS DE DETECCIÓN DE ERRORES EN LA TOMA DE MUESTRA

SEMANA:

AÑO:

FUNCIONARIO RESPONSABLE:

ERROR PREANALITICO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	TOTAL
Muestra en recipiente inadecuado							
Muestra hemolizadas							
Muestra coaguladas							
Muestra insuficiente							
Muestra identificadas correctamente							

FASE ANALÍTICA

Anexo E. (INSTRUMENTO DE MEDICIÓN No. 5) LISTA DE CHEQUEO FASE ANALÍTICA

CRITERIO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Están todos los procedimientos y las instrucciones necesarias documentadas y disponibles en los lugares de trabajo para el personal pertinente			
Están las especificaciones del desempeño para cada procedimiento de análisis relacionadas con el uso previsto			
Se revisan periódicamente los intervalos de referencia biológica			
Ha desarrollado el laboratorio un sistema interno de control de calidad para verificar el logro de los resultados de calidad esperado			
Se registran datos de control de calidad interna			
Se hace análisis de los resultados de control de calidad interno de acuerdo a los parámetros de validación establecidos			
Se toman medidas para detectar errores e implementar acciones correctivas			
Se registran las desviaciones detectadas y las acciones correctivas tomadas respecto al control de calidad interno			
Se ha diseñado y se realiza un programa de calibración de sistema de medición para asegurar que los resultados son trazables a unidades del sistema internacional o quien tiene referencia con un constante natural u otra referencia establecida			
Participa el laboratorio en comparaciones interlaboratorio organizadas por programas externos de evaluación de calidad			
Evalúan los responsables del área los resultados del control de calidad externo implementando acciones correctivas cuando sea necesario?			
Se llevan registros de los controles de calidad, de las desviaciones detectadas y de las acciones correctivas implementadas para el control de calidad externo			

CRITERIO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Están todos los procedimientos y las instrucciones necesarias documentadas y disponibles en los lugares de trabajo para el personal pertinente			
Están las especificaciones del desempeño para cada procedimiento de análisis relacionadas con el uso previsto			
Se revisan periódicamente los intervalos de referencia biológica			
Ha desarrollado el laboratorio un sistema interno de control de calidad para verificar el logro de los resultados de calidad esperado			
Se registran los datos de control de calidad interno			
Se hace análisis de los resultados de control de calidad interno de acuerdo a los parámetros de validación establecidos			
Se toman medidas para detectar errores e implementar acciones correctivas			
Se registran las desviaciones detectadas y las acciones correctivas tomadas respecto al control de calidad interno			
Se ha diseñado y se realiza un programa de calibración de sistema de medición para asegurar que los resultados son trazables a unidades del sistema internacional o quien tiene referencia con un constante natural u otra referencia establecida			
Participa el laboratorio en comparaciones interlaboratorios organizadas por programas externos de evaluación de calidad			
¿Evalúan los responsables del área los resultados del control de calidad externo implementando acciones correctivas cuando sea necesario?			
Se llevan registros de los controles de calidad, de las desviaciones detectadas y de las acciones correctivas implementadas para el control de calidad externo			

FASE POST-ANALÍTICA

Anexo F. (INSTRUMENTO DE MEDICIÓN No. 6) LISTA DE CHEQUEO DE LA FASE POST ANALÍTICA

CRITERIO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Son revisados sistemáticamente los resultados de los análisis por el bacteriólogo responsable, según conformidad con la información clínica del paciente y con el conjunto de análisis solicitados y autorizando la liberación de los resultados			
Se realiza disposición final de las muestras de acuerdo con el plan de gestión de residuos establecidos por la organización			
Son los informes de resultados, legibles, sin errores en la transcripción			
Contiene el informe de resultados la siguiente información			
-La identificación del laboratorio			
-La identificación del usuario (nombres y apellidos)			
-Identificación clara del análisis, incluyendo cuando sea necesario el procedimiento de medición			
-La fecha			
-Los resultados de los análisis informados en unidades SI, o en unidades trazables a las unidades SI, cuando sea aplicable			
-Los valores de referencia según la técnica y equipo utilizado			
-La interpretación de los resultados cuando sea apropiado			
-Un espacio para observaciones			
-La firma del profesional responsable			
-Indica el informe si la calidad de la muestra recibida era inadecuada para el análisis o si pudo haber afectado el resultado?			
Están establecidos los plazos de entrega para cada uno de los análisis?			
¿Existen un procedimiento para informar al usuario cuando se retrase un análisis?			

CRITERIO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Se han establecido políticas y practicas para asegurar que los resultados informados por teléfono u otros medios electrónicos lleguen solamente a los receptores autorizados?			
Se han establecido procedimientos para verificar la exactitud de la transcripción de resultados recibidos de laboratorio de referencia?			
Se aplican mecanismo que garanticen la confidencialidad de los resultados de los usuarios			
¿Se asegura el laboratorio de guardar una copia o registro de los resultados informados, de modo de que sea posible recuperarlos puntualmente?			
Tiene el laboratorio un procedimiento para reporte inmediato al medico, cuando los resultados de los análisis estén dentro de intervalos de “alerta” o “críticos”?			

MACROPROCESO ADMINISTRATIVO - GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO

Anexo G: (INSTRUMENTO DE MEDICION No. 7) REGISTRO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS DEL PERSONAL.

ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres y Apellidos _____ Estado Civil _____
Cargo _____ Departamento _____
Dirección Residencia _____
Barrio _____ Municipio _____
Teléfono _____ Celular _____ E-mail _____
Fondo de Cesantías _____
Fondo de Pensiones _____ E.P.S. _____

INFORMACIÓN FAMILIAR

CÓNYUGE:

Nombres y Apellidos _____
C. C. _____ Expedida en _____
Beneficiario _____ Dirección Residencia _____
Municipio _____
Estado Civil _____ Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____
Municipio _____ Departamento _____
Reside con el Empleado _____ Depende del Empleado _____ Acreedor a Pensión _____
Ocupación _____
Profesión _____ Empresa donde Trabaja _____
Teléfono _____ Ciudad _____ País _____
Cargo Actual _____
E.P.S. _____ Fondo Pensiones _____
Fondo Cesantías _____

HIJOS: (Adjuntar registro civil)

Nombres y Apellidos _____
Registro Civil No. _____ Expedido en _____
Beneficiario _____ Dirección Residencia _____
Municipio _____ Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____
Año _____ Municipio _____ Departamento _____
Subsidio Familiar _____ Reside con el Empleado _____ Depende del Empleado _____
E.P.S. _____

Nombres y Apellidos _____
Registro Civil No. _____ Expedido en _____
Beneficiario _____ Dirección Residencia _____

Municipio _____ Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____
Año _____ Municipio _____ Departamento _____
Subsidio Familiar _____ Reside con el Empleado _____ Depende del Empleado _____
E.P.S. _____

INFORMACIÓN MÉDICA DEL FUNCIONARIO:

(Importante en caso de presentarse alguna emergencia)

Es alérgico. SI _____ NO _____ Si es alérgico enuncie a qué:

Sufre de: (Señale con una X) Diabetes _____ Hipertensión _____ Hipo glicemia _____

Insuficiencia cardíaca _____ Osteoporosis _____

Otras. Cuáles

Ingiere permanentemente medicinas SI _____ NO _____

Cuáles _____

Usa anteojos: SI _____ NO _____

En caso de emergencia avisar a:

1.

Teléfono _____ Parentesco _____

2.

Teléfono _____ Parentesco _____

Médico

Teléfono _____

ACTUALIZACIÓN ACADÉMICA: (Adjuntar fotocopia de los Diplomas)

SECUNDARIA: Años aprobados _____ Período: Anual _____ Semestral _____ Trimestral _____
Horas _____ Fecha de terminación: Día _____ Mes _____ Año _____
Establecimiento _____ Título obtenido _____
Municipio _____

INTERMEDIA: Años aprobados _____ Período: Anual _____ Semestral _____ Trimestral _____
Horas _____ Fecha de terminación: Día _____ Mes _____ Año _____
Establecimiento _____ Título obtenido _____
Municipio _____

UNIVERSITARIA: Años aprobados _____ Período: Anual _____ Semestral _____ Trimestral _____
Horas _____ Fecha de terminación: Día _____ Mes _____ Año _____
Establecimiento _____ Título obtenido _____
Municipio _____

POSGRADO: Años aprobados _____ Período: Anual _____ Semestral _____ Trimestral _____
Horas _____ Fecha de terminación: Día _____ Mes _____ Año _____
Establecimiento _____ Título obtenido _____
Municipio _____

DIPLOMADO: Años aprobados _____ Período: Anual _____ Semestral _____ Trimestral _____
Horas _____ Fecha de terminación: Día _____ Mes _____ Año _____
Establecimiento _____ Título obtenido _____
Municipio _____

OTROS: Cursos, Seminarios, Talleres, etc. (Adjuntar fotocopia de constancias o diplomas).

Firma del Funcionario Fecha

NOTA: Toda la información suministrada es confidencial y su uso sólo responde al Sistema de Calidad por lo que nada puede ser duplicado o divulgado sin autorización.

**Anexo H : (INSTRUMENTO DE MEDICIÓN No.8) FORMATO DE
CAPACITACIÓN INTERNA DEL PERSONAL.**

CAPACITACIÓN INTERNA

Fecha _____ Hora _____ Intensidad Horaria _____

Lugar _____

Organizado por _____ Conferencista _____

Tema _____

Dirigido a _____

No. Participantes esperado _____

Objetivo _____

Adjunta Memorias: CD _____ Diskette _____ Documento Físico _____

Impacto esperado _____ Evaluación _____

SOBRE EL CONFERENCISTA SOBRE LA ACTIVIDAD DE FORMACIÓN

- a. Conocimiento y dominio del tema Contenido temático teniendo en cuenta su utilidad práctica general
- b. Habilidad para orientar al grupo hacia los objetivos de la capacitación Utilidad del material para el logro de los objetivos planteados
- c. Utilización de las ayudas educativas Logro de los objetivos propuestos
- d. Administración del tiempo Contribución de la actividad para su desarrollo personal y/o profesional
- e. Presentación personal Condiciones del lugar donde se realizó la capacitación
- f. Orden en la presentación del tema Puntualidad.

CONCLUSIÓN FINAL

Responsable de la Capacitación _____

Nombre Firma del Conferencista _____

Anexo I : (INSTRUMENTO DE MEDICIÓN No. 9) FORMATO DE EVALUACIÓN DE CLIMA ORGANIZACIONAL

EVALUACIÓN DE CLIMA ORGANIZACIONAL

INSTRUCCIONES:

En el siguiente cuestionario encontrará varias afirmaciones sobre las que deberá expresar su punto de vista sobre su trabajo, experiencia en la organización y la calidad de los servicios. Es importante aclarar que la encuesta es anónima y que los resultados arrojados por la encuesta retroalimentarán al sistema de calidad sin afectación de las personas.

Conteste con la mayor sinceridad. La información suministrada se utilizara para generar una visión más amplia de la organización. De antemano gracias por su colaboración.

Rellene el rectángulo completamente, según la opción que escoja de acuerdo con su apreciación.

1	No sabe / No responde.	2	Usted está en total desacuerdo con la información.	3	Usted está parcialmente de acuerdo con la información.	4	Usted está totalmente de acuerdo con la información.
---	-------------------------------	---	---	---	---	---	---

CUESTIONARIO

1. Conoce la Misión, es decir la razón de ser del Laboratorio.
2. Se revisa continuamente la forma como mejorar el servicio que prestamos en el Laboratorio.
3. Realmente le damos solución oportuna a las exigencias de nuestros pacientes.
4. Se implementan continuamente mejoras para que el trabajo en equipo sea más efectivo.
5. Se conocen los criterios para evaluar el trabajo del personal de Laboratorio.
6. Somos competitivos en Servicio de acuerdo con las exigencias del mercado de la Salud.
7. Poseemos tecnología de punta para ser competitivos en el mercado.
8. Se proporcionan los recursos necesarios para hacer bien el trabajo en el Laboratorio.
9. Existe una relación adecuada entre los jefes y el personal que colabora en la institución.
10. La capacitación que recibimos nos posibilita un mayor crecimiento técnico y personal.
11. Los directivos se preocupan por mejorar las condiciones de los empleados en la institución.
12. Nos sentimos orgullosos de pertenecer al Laboratorio Clínico.
13. Se estimula continuamente a los empleados a ser mejores cada día.
14. La organización estimula las nuevas formas de realizar el trabajo.
15. La retribución que recibe el personal esta de acuerdo con su experiencia y formación.
16. Existen estabilidad laboral para los empleados en el laboratorio.
17. La gente se interesa realmente por dar cumplimiento a los objetivos de trabajo.

18. Las condiciones físicas son adecuadas para trabajar en el Laboratorio.
19. Es agradable el lugar de trabajo.
20. Se incentivan realmente el aporte de nuevas ideas en los procesos del Laboratorio.

EVALUACIÓN DE CLIMA ORGANIZACIONAL

21. El personal que ingresa recibe suficiente información para realizar efectivamente su trabajo.
22. Hay retroalimentación en los momentos difíciles como en los buenos.
23. Recibimos formación para mejorar nuestro desempeño
24. Existen metas e indicadores claros para los cargos en el laboratorio.
25. Estamos preparados para asumir los cambios que se exigen en el futuro.
26. Son pocos los clientes insatisfechos.
27. Se planea con tiempo suficiente el trabajo a realizar
28. Se trabaja realmente en equipo en el Laboratorio.
29. Nuestros clientes pueden recibir un excelente servicio por parte del Laboratorio.
30. Hay un panorama claro hacia donde se dirige la organización.

MACROPROCESO CLIENTE

Anexo j. (NSTRUMENTO DE MEDICIÓN No. 10 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO

FECHA: _____

SEXO: MASCULINO _____ FEMENINO _____ EDAD: _____

MARQUE CON UNA "X" LA RESPUESTA CORRECTA	SI	NO
1. Es la primera vez que utiliza el servicio de laboratorio Clínico?		
2. Si la respuesta fue "NO" anteriormente recibió atención en nuestro laboratorio?		
3. Estuvo cómodo en la sala de espera?		
4. Estuvo cómodo en el área de toma de muestra?		
5. El tiempo de espera para toma de muestra fue prolongado?		
6. Fueron adecuadas las siguientes condiciones ambientales?		
a. Limpieza		
b. Ventilación		
c. Iluminación		
7. Si no se le pudo tomar la muestra el mismo día que fue indicada, le indico la bacterióloga o auxiliar porque y como regresar para poder tomar su muestra (Ej. Ayunas, en que tipo de envase)		
8. La persona encargada de toma de muestras, utilizó?		
a. Agujas y material desechable		
b. Utilizó guantes		
c. Eliminó aguja		
9. La toma de muestras fue dolorosa o sintió molestia?		
10. Le informaron cuando estarán listos los resultados?		
11. Considera que recibió toda la información necesaria y que esta fue clara y oportuna?		
12. El trato recibido en nuestro servicio fue cortés y respetuoso?		
13. Considera que se ha respetado la confidencialidad de sus datos personales?		
14. Recibió un trato amable por parte del personal de:		
a. Recepción y registro		
b. Toma de muestras		
c. Entrega de resultados		
15. Volvería a utilizar los servicios de nuestro Laboratorio?		

MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO Y SU COLABORACIÓN.

Anexo k. MACROPROCESO CLIENTE: INSTRUMENTO DE MEDICIÓN No. 11 ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL CLIENTE INSTITUCIONAL

Fecha: _____

Nombre: _____

Institución _____

Esa evaluación es importante para mejorar el servicio, evalúe cada aspecto de la siguiente encuesta de 1 a 5 siendo 5 la mejor puntuación.

PEGUNTAS	5	4	3	2	1

Anexo L. FICHA DEL INDICADOR QUE EVALÚA SI LAS HOJAS DE VIDA DE LOS EMPLEADOS CUMPLEN CON LOS SOPORTES ESTABLECIDOS POR EL LABORATORIO CLÍNICO . (MACROPROCESO DE GERENCIA Y CALIDAD)

ENTIDAD: LABORATORIO CLÍNICO NIVEL MEDIO DE COMPLEJIDAD	
ÁREA:	MISIONAL <input checked="" type="checkbox"/> APOYO <input type="checkbox"/>
NOMBRE DEL INDICADOR	INDICADOR QUE EVALÚA SI LAS HOJAS DE VIDA DE LOS EMPLEADOS CUMPLEN CON LOS SOPORTES ESTABLECIDOS POR EL LABORATORIO CLÍNICO.
OBJETIVO	Evaluar si las hojas de vida de los empleados cumplen con los soportes establecidos por el laboratorio.
TIPO DE INDICADOR	Indicador de Calidad
CATEGORÍA DEL INDICADOR	Indicador de Proceso
ATRIBUTO DE CALIDAD	Cumplimiento
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentual
PERIODICIDAD	Anual
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Proporción
UNIDAD DE ANÁLISIS	Número de hojas de vida de los empleados del laboratorio Clínico
CARACTERÍSTICA DE CALIDAD	que cumple con los soportes establecidos
FUENTE NUMERADOR	Manual de descripción de cargos
FUENTE DENOMINADOR	Manual de descripción de cargos
META ESTABLECIDA:	El 100% de las hojas de vida de los empleados deben cumplir con los soportes establecidos por el Laboratorio Clínico.
FORMULA DEL INDICADOR	$\frac{\text{Número de hojas de vida de los empleados del Laboratorio Clínico que cumple con los soportes establecidos}}{\text{Total de hojas de vida de los empleados del laboratorio Clínico}} \times 100$
FECHA DE ELABORACIÓN	
FECHA DE REVISIÓN	
CATEGORIZACIÓN DEL RESULTADO:	EXCELENTE $\geq 80 \leq 100$ REGULAR: $\geq 60 < 80$ DEFICIENTE < 60
RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN	Gerente del Laboratorio Clínico, Jefe de Personal del Laboratorio Clínico.
RESPONSABLE DE LA REVISIÓN	Gerente del Laboratorio Clínico, Jefe de Personal del Laboratorio Clínico.
OBSERVACIONES:	

Anexo LL . FICHA DEL INDICADOR DE CALIDAD QUE EVALÚA EL PORCENTAJE DE HOJAS DE VIDA DEL PERSONAL DEL LABORATORIO LAS CUALES ACTUALIZARON DOCUMENTOS .(MACROPROCESO DE GERENCIA Y CALIDAD)

ENTIDAD: LABORATORIO CLÍNICO NIVEL MEDIO DE COMPLEJIDAD			
ÁREA:	MISIONAL	X	APOYO
NOMBRE DEL INDICADOR	INDICADOR DE CALIDAD QUE EVALÚA EL PORCENTAJE DE HOJAS DE VIDA DEL PERSONAL DEL LABORATORIO EN LAS QUE SE ACTUALIZARON DOCUMENTOS.		
OBJETIVO	Determinar el número de hojas de vida del personal de laboratorio a la cuales se les realizo actualización de datos.		
TIPO DE INDICADOR	Indicador de Gerencia y Calidad		
CATEGORÍA DEL INDICADOR	Indicador de Proceso de Direccionamiento estratégico		
ATRIBUTO DE CALIDAD	Actualización de documentos		
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentual		
PERIODICIDAD	Semestral		
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Proporción		
UNIDAD DE ANÁLISIS	registros de información de Hojas de vida		
CARACTERÍSTICA DE CALIDAD	Actualización de hojas de vida del personal de laboratorio.		
FUENTE NUMERADOR	Número de Hojas de vida con documentación actualizada		
FUENTE DENOMINADOR	Total hojas de vida del personal de laboratorio.		
META ESTABLECIDA:	El 95% de las hojas de vida del personal de laboratorio deben ser actualizadas.		
FORMULA DEL INDICADOR	$\frac{\text{Número de hojas de vida del personal de laboratorio a la cuales se les realizo actualización de datos.}}{\text{Total de hojas de vida del personal de laboratorio.}} \times 100$		
FECHA DE ELABORACIÓN			
FECHA DE REVISIÓN			
CATEGORIZACIÓN DEL RESULTADO:	EXCELENTE > = 90% REGULAR 90%<=>=80% DEFICIENTE <=80%		
RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN	Coordinador de Calidad del Laboratorio Clínico.		
RESPONSABLE DE LA REVISIÓN	Gerente del Laboratorio Clínico		

Anexo M. FICHA DEL INDICADOR DE CALIDAD QUE EVALÚA EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE PROGRAMAS DE AUDITORIA. (MACROPROCESO DE GERENCIA Y CALIDAD)

ENTIDAD: LABORATORIO CLÍNICO NIVEL MEDIO DE COMPLEJIDAD			
ÁREA:	MISIONAL	X	APOYO
NOMBRE DEL INDICADOR	INDICADOR DE CALIDAD QUE EVALÚA EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE PROGRAMAS DE AUDITORIA.		
OBJETIVO	Determinar la resolución de las no conformidades encontradas en los programas de auditoria.		
TIPO DE INDICADOR	Indicador de Gerencia y Calidad		
CATEGORÍA DEL INDICADOR	Indicador de Proceso de Direccionamiento estratégico		
ATRIBUTO DE CALIDAD	Resolución de no conformidades encontradas en el programa de Auditoria.		
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentual		
PERIODICIDAD	Semestral		
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Proporción		
UNIDAD DE ANÁLISIS	Registros de información de Auditorias		
CARACTERÍSTICA DE CALIDAD	Resolución de no conformidades propuestas en el programa de Auditoria		
FUENTE NUMERADOR	Registro de no conformidades resueltas propuestas en las Auditorias		
FUENTE DENOMINADOR	Total de no conformidades propuestas por el programa de Auditoria.		
META ESTABLECIDA:	El 95% de las no conformidades propuestas en el programa de Auditoria deberán ser resueltas.		
FORMULA DEL INDICADOR	$\frac{\text{Numero de no conformidades resueltas propuestas por el programa de Auditoria}}{\text{Total de no conformidades propuestas por el programa de auditoria}} \times 100$		
FECHA DE ELABORACIÓN			
FECHA DE REVISIÓN			
CATEGORIZACIÓN DEL RESULTADO:	EXCELENTE > = 90% REGULAR 90%<=>=80% DEFICIENTE <=80%		
RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN	Coordinador de Calidad del Laboratorio Clínico.		
RESPONSABLE DE LA REVISIÓN	Gerente del Laboratorio Clínico		

Anexo N. FICHA DEL INDICADOR DE CALIDAD QUE DETERMINA EL NÚMERO DE EXÁMENES NO REALIZADOS POR ERRORES DE TRANSCRIPCIÓN DE LAS ÓRDENES DE SOLICITUD DE EXÁMENES DE LABORATORIO. (MACROPROCESO TECNICO- FASE PREANALITICA)

ENTIDAD: LABORATORIO CLÍNICO NIVEL MEDIO DE COMPLEJIDAD	
ÁREA:	MISIONAL <input checked="" type="checkbox"/> APOYO <input type="checkbox"/>
NOMBRE DEL INDICADOR	INDICADOR DE CALIDAD QUE DETERMINA EL NUMERO DE EXÁMENES NO REALIZADOS POR ERRORES DE TRANSCRIPCIÓN DE LAS ORDENES DE SOLICITUD DE EXÁMENES.
OBJETIVO	Evaluar la calidad de toma de muestras del laboratorio clínico
TIPO DE INDICADOR	Indicador de Calidad
CATEGORÍA DEL INDICADOR	Indicador de Proceso
ATRIBUTO DE CALIDAD	
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentual
PERIODICIDAD	Diaria
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Proporción
UNIDAD DE ANÁLISIS	Órdenes de solicitud de exámenes de laboratorio Clínico
CARACTERÍSTICA DE CALIDAD	Transcritas en su totalidad
FUENTE NUMERADOR	Número de solicitudes de órdenes transcritas en su totalidad
FUENTE DENOMINADOR	Total de órdenes de solicitud de exámenes
META ESTABLECIDA	El 98% de las órdenes de solicitud de exámenes debe ser transcrito en su totalidad.
FORMULA DEL INDICADOR	$\frac{\text{Número de solicitudes de órdenes transcritas en su totalidad}}{\text{Total de órdenes de solicitud de exámenes}} \times 100$
FECHA DE ELABORACIÓN	
FECHA DE REVISIÓN	
CATEGORIZACIÓN DEL RESULTADO	EXCELENTE $\geq 80 \leq 100$ REGULAR: $\geq 60 < 80$ DEFICIENTE < 60
RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN	Coordinador de Calidad del Laboratorio Clínico.
RESPONSABLE DE LA REVISIÓN	Gerente del Laboratorio Clínico

Anexo Ñ. FICHA DEL INDICADOR QUE EVALÚA LA CALIDAD EN LA TOMA DE MUESTRA EN MUESTRAS LIBRES DE HEMÓLISIS. (MACROPROCESO TECNICO- FASE PREANALITICA)

ENTIDAD: LABORATORIO CLÍNICO NIVEL MEDIO DE COMPLEJIDAD			
ÁREA:	MISIONAL	X	APOYO
NOMBRE DEL INDICADOR	INDICADOR QUE EVALUA LA CALIDAD EN LA TOMA DE MUESTRA EN MUESTRAS LIBRES DE HEMOLISIS.		
OBJETIVO	Evaluar la calidad en la toma de muestras del personal de laboratorio clínico		
TIPO DE INDICADOR	Indicador de Calidad		
CATEGORÍA DEL INDICADOR	Indicador de Proceso		
ATRIBUTO DE CALIDAD			
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentual		
PERIODICIDAD	Diaria		
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Proporción		
UNIDAD DE ANÁLISIS	Número demuestras de plasma y sueros sanguíneos.		
CARACTERÍSTICA DE CALIDAD	Libres de hemólisis		
FUENTE NUMERADOR	Número demuestras de plasma y sueros sanguíneos libres de hemólisis		
FUENTE DENOMINADOR	Total de muestras de plasma y sueros sanguíneos		
META ESTABLECIDA:	El 98% de los plasmas o sueros sanguíneos debe estar libre de hemólisis.		
FORMULA DEL INDICADOR	$\frac{\text{Número demuestras de plasma y sueros sanguíneos libres de hemólisis}}{\text{Total de muestras de plasma y sueros sanguíneos}} \times 100$		
FECHA DE ELABORACIÓN			
FECHA DE REVISIÓN			
CATEGORIZACIÓN DEL RESULTADO:	EXCELENTE >= 80 <=100 REGULAR:>=60 <80 DEFICIENTE < 60		
RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN	Coordinador de Calidad del Laboratorio Clínico.		
RESPONSABLE DE LA REVISIÓN	Gerente del Laboratorio Clínico		

Anexo O. FICHA DEL INDICADOR QUE EVALÚA LA CALIDAD EN LA TOMA DE MUESTRA EN CANTIDAD DE MUESTRAS SUFICIENTES (MACROPROCESO TECNICO- FASE PREANALITICA)

ENTIDAD: LABORATORIO CLÍNICO NIVEL MEDIO DE COMPLEJIDAD			
ÁREA:	MISIONAL	X	APOYO
NOMBRE DEL INDICADOR	INDICADOR QUE EVALÚA LA CALIDAD EN LA TOMA DE MUESTRA EN CANTIDAD DE MUESTRA SUFICIENTES		
OBJETIVO	Evaluar la calidad de toma de muestras del laboratorio clínico		
TIPO DE INDICADOR	Indicador de Calidad		
CATEGORÍA DEL INDICADOR	Indicador de Proceso		
ATRIBUTO DE CALIDAD			
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentual		
PERIODICIDAD	Diaria		
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Proporción		
UNIDAD DE ANÁLISIS	Muestras sanguíneas		
CARACTERÍSTICA DE CALIDAD	Cantidad suficiente		
FUENTE NUMERADOR	Número de muestras sanguíneas tomadas en cantidades satisfactorias		
FUENTE DENOMINADOR	Total de muestras sanguíneas		
META ESTABLECIDA:	El 98% de las muestras sanguíneas debe tener una cantidad suficiente.		
FORMULA DEL INDICADOR	$\frac{\text{Número de muestras sanguíneas tomadas en cantidad suficiente}}{\text{Total de muestras sanguíneas}} \times 100$		
FECHA DE ELABORACIÓN			
FECHA DE REVISIÓN			
CATEGORIZACIÓN DEL RESULTADO:	EXCELENTE >= 80 <=100 REGULAR:>=60 <80 DEFICIENTE < 60		
RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN	Coordinador de Calidad del Laboratorio Clínico.		
RESPONSABLE DE LA REVISIÓN	Gerente del Laboratorio Clínico		

Anexo P. FICHA DEL INDICADOR QUE EVALÚA EL NÚMERO DE EXÁMENES REPETIDOS EN EL LABORATORIO CLÍNICO (MACROPROCESO TECNICO- FASE ANALITICA)

ENTIDAD: LABORATORIO CLÍNICO NIVEL MEDIO DE COMPLEJIDAD			
ÁREA:	MISIONAL	X	APOYO
NOMBRE DEL INDICADOR	INDICADOR QUE EVALÚA EL NÚMERO DE EXÁMENES REPETIDOS EN EL LABORATORIO CLÍNICO		
OBJETIVO	Determinar el número de exámenes repetidos en el laboratorio clínico.		
TIPO DE INDICADOR	Indicador de Calidad		
CATEGORÍA DEL INDICADOR	Indicador de Proceso		
ATRIBUTO DE CALIDAD			
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentual		
PERIODICIDAD	Semanal		
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Proporción		
UNIDAD DE ANÁLISIS	Listas de trabajo o reportes de equipos		
CARACTERÍSTICA DE CALIDAD	No deben hacerse repeticiones de exámenes		
FUENTE NUMERADOR	Número de de exámenes de laboratorio solicitados fueron repetidos		
FUENTE DENOMINADOR	Total de exámenes de laboratorio solicitados		
META ESTABLECIDA:	Por lo menos en el 98% de los exámenes solicitados no deben hacerse repeticiones.		
FORMULA DEL INDICADOR	$\frac{\text{Número de de exámenes de laboratorio solicitados fueron repetidos}}{\text{Total de exámenes de laboratorio solicitados}} \times 100$		
FECHA DE ELABORACIÓN			
FECHA DE REVISIÓN			
CATEGORIZACIÓN DEL RESULTADO:	EXCELENTE <= 2%	REGULAR 3% >=<=5%	DEFICIENTE >=5%
RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN	Coordinador de Calidad del Laboratorio Clínico.		
RESPONSABLE DE LA REVISIÓN	Gerente del Laboratorio Clínico		

Anexo Q. FICHA DEL INDICADOR QUE EVALÚA EL NÚMERO DE EXÁMENES NO REALIZADOS DE LAS ÓRDENES DE SOLICITUD RECIBIDAS. MACROPROCESO TECNICO- FASE ANALITICA)

ENTIDAD: LABORATORIO CLÍNICO NIVEL MEDIO DE COMPLEJIDAD			
ÁREA:	MISIONAL	X	APOYO
NOMBRE DEL INDICADOR	INDICADOR QUE EVALÚA EL NÚMERO DE EXÁMENES NO REALIZADOS DE LAS ÓRDENES DE SOLICITUD RECIBIDAS		
OBJETIVO	Determinar el número de exámenes no realizados de las órdenes recibidas en el laboratorio clínico.		
TIPO DE INDICADOR	Indicador de Calidad		
CATEGORÍA DEL INDICADOR	Indicador de Proceso		
ATRIBUTO DE CALIDAD			
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentual		
PERIODICIDAD	Mensual		
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Proporción		
UNIDAD DE ANÁLISIS	Órdenes de solicitud de exámenes de laboratorio.		
CARACTERÍSTICA DE CALIDAD	No deben dejar de hacerse exámenes		
FUENTE NUMERADOR	Número de exámenes de laboratorio solicitados dejaron de realizarse		
FUENTE DENOMINADOR	Total de exámenes de laboratorio solicitados		
META ESTABLECIDA:	Por lo menos en el 98% de los exámenes solicitados en las órdenes deben hacerse.		
FORMULA DEL INDICADOR	$\frac{\text{Número de exámenes de laboratorio solicitados dejaron de realizarse}}{\text{Total de exámenes de laboratorio solicitados}} \times 100$		
FECHA DE ELABORACIÓN			
FECHA DE REVISIÓN			
CATEGORIZACIÓN DEL RESULTADO:	EXCELENTE <= 2%	REGULAR 3%>=<=5%	DEFICIENTE >=5%
RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN	Coordinador de Calidad del Laboratorio Clínico.		
RESPONSABLE DE LA REVISIÓN	Gerente del Laboratorio Clínico		

Anexo R. FICHA DEL INDICADOR QUE EVALÚA LA CALIDAD EN EL INFORME DE DATOS EN RESULTADOS ENTREGADOS A LOS PACIENTES QUE SOLICITAN EL SERVICIO. (MACROPROCESO TECNICO-FASE POSTANALITICA)

ENTIDAD: LABORATORIO CLÍNICO NIVEL MEDIO DE COMPLEJIDAD	
ÁREA:	MISIONAL x APOYO
NOMBRE DEL INDICADOR	INDICADOR QUE EVALÚA LA CALIDAD EN EL INFORME DE DATOS EN RESULTADOS ENTREGADOS A LOS PACIENTES QUE SOLICITAN EL SERVICIO.
OBJETIVO	Determinar el número de informes de laboratorio con errores en los datos de resultados de exámenes realizados.
TIPO DE INDICADOR	Indicador de Calidad
CATEGORÍA DEL INDICADOR	Indicador de Proceso
ATRIBUTO DE CALIDAD	
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentual
PERIODICIDAD	Semanal
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Proporción
UNIDAD DE ANÁLISIS	Reportes de exámenes de laboratorio.
CARACTERÍSTICA DE CALIDAD	: Registrar informes de laboratorio sin datos de resultado equivocados.
FUENTE NUMERADOR	Número de reportes de exámenes de laboratorio que no registran datos de resultados equivocados
FUENTE DENOMINADOR	Total de reportes de exámenes de laboratorio
META ESTABLECIDA:	Por lo menos el 99% de los resultados de laboratorio deben ser correctos.
FORMULA DEL INDICADOR	$\frac{\text{Número de reportes de exámenes de laboratorio no registran datos de resultados equivocados} \times 100}{\text{Total de reportes de exámenes de laboratorio}}$
FECHA DE ELABORACIÓN	
FECHA DE REVISIÓN	
CATEGORIZACIÓN DEL RESULTADO:	EXCELENTE <= 1% REGULAR 2% >=<=5% DEFICIENTE >=5%
RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN	Coordinador de Calidad del Laboratorio Clínico.
RESPONSABLE DE LA REVISIÓN	Gerente del Laboratorio Clínico

Anexo S. FICHA DEL INDICADOR QUE DETERMINA QUE LOS EMPLEADOS QUE LABORAN SON COMPETENTES PARA EL CARGO QUE DESEMPEÑAN EN EL LABORATORIO CLÍNICO. (MACROPROCESO ADMINISTRATIVO- GESTION DEL RECURSO HUMANO)

ENTIDAD: LABORATORIO CLÍNICO NIVEL MEDIO DE COMPLEJIDAD			
ÁREA:	MISIONAL	<input checked="" type="checkbox"/>	APOYO
NOMBRE DEL INDICADOR	INDICADOR QUE DETERMINA QUE LOS EMPLEADOS QUE LABORAN SON COMPETENTES PARA EL CARGO QUE DESEMPEÑAN EN EL LABORATORIO CLÍNICO		
OBJETIVO	Determinar si los empleados que laboran en el Laboratorio Clínico tienen la competencia para el cargo		
TIPO DE INDICADOR	Indicador de Calidad		
CATEGORÍA DEL INDICADOR	Indicador de Proceso		
ATRIBUTO DE CALIDAD	competencia		
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentual		
PERIODICIDAD	Anual		
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Proporción		
UNIDAD DE ANÁLISIS	Número de empleados del laboratorio Clínico		
CARACTERÍSTICA DE CALIDAD	Que cumplen con las competencias para el cargo		
FUENTE NUMERADOR	Manual de descripción de cargos		
FUENTE DENOMINADOR	Manual de descripción de cargos		
META ESTABLECIDA:	El 100% de los empleados que labora en el Laboratorio Clínico debe cumplir con las competencias para su cargo.		
FORMULA DEL INDICADOR	$\frac{\text{Número de empleados del Laboratorio Clínico que cumplen con las competencias para el cargo, definidas por el manual de descripción de cargos}}{\text{Total de empleados del Laboratorio Clínico}} \times 100$		
FECHA DE ELABORACIÓN			
FECHA DE REVISIÓN			
CATEGORIZACIÓN DEL RESULTADO:	EXCELENTE >= 80 <=100	REGULAR:>=60 <80	DEFICIENTE < 60
RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN	Gerente del Laboratorio Clínico, Jefe de Personal del Laboratorio Clínico.		
RESPONSABLE DE LA REVISIÓN	Gerente del Laboratorio Clínico, Jefe de Personal del Laboratorio Clínico.		
OBSERVACIONES:			

Anexo T. FICHA DEL INDICADOR QUE EVALÚA LA ACTUALIZACIÓN DEL PERSONAL DEL LABORATORIO CLÍNICO.(MACROPROCESO ADMINISTRATIVO- GESTION DEL RECURSO HUMANO)

ENTIDAD: LABORATORIO CLÍNICO NIVEL MEDIO DE COMPLEJIDAD			
ÁREA:	MISIONAL	X	APOYO
NOMBRE DEL INDICADOR	INDICADOR QUE EVALÚA LA ACTUALIZACIÓN DEL PERSONAL DEL LABORATORIO CLÍNICO.		
OBJETIVO	Evaluar la actualización del personal del laboratorio clínico		
TIPO DE INDICADOR	Indicador de Calidad		
CATEGORÍA DEL INDICADOR	Indicador de Proceso		
ATRIBUTO DE CALIDAD	Capacitación		
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentual		
PERIODICIDAD	Mensual		
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Proporción		
UNIDAD DE ANÁLISIS	Número del personal del laboratorio Clínico		
CARACTERÍSTICA DE CALIDAD	que recibió actualización		
FUENTE NUMERADOR	Soportes de actualizaciones organizadas por el Laboratorio Clínico.		
FUENTE DENOMINADOR	Soportes de actualizaciones organizadas por el Laboratorio Clínico.		
META ESTABLECIDA:	El 100% del personal que labora en la institución debe recibir actualización permanente por parte del Laboratorio Clínico.		
FORMULA DEL INDICADOR	$\frac{\text{Número del personal del laboratorio Clínico que recibió actualización}}{\text{Total del Personal del laboratorio Clínico}} \times 100$		
FECHA DE ELABORACIÓN			
FECHA DE REVISIÓN			
CATEGORIZACIÓN DEL RESULTADO:	EXCELENTE >= 80 <=100	REGULAR:>=60 <80	DEFICIENTE < 60
RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN	Gerente del Laboratorio Clínico, Jefe de Personal del Laboratorio Clínico.		
RESPONSABLE DE LA REVISIÓN	Gerente del Laboratorio Clínico, Jefe de Personal del Laboratorio Clínico.		

Anexo U. FICHA DEL INDICADOR QUE EVALÚA EL PORCENTAJE DE PACIENTES QUE RECIBIERON INFORMACIÓN DE LOS REQUISITOS PREVIOS A LOS EXÁMENES DE LABORATORIO. (MACROPROCESO DEL CLIENTE)

ENTIDAD: LABORATORIO CLÍNICO NIVEL MEDIO DE COMPLEJIDAD			
ÁREA:		MISIONAL	X
		APOYO	
NOMBRE DEL INDICADOR	INDICADOR QUE EVALÚA EL PORCENTAJE DE PACIENTES QUE RECIBIERON INFORMACIÓN DE LOS REQUISITOS PREVIOS A LOS EXÁMENES DE LABORATORIO.		
OBJETIVO	Determinar el número de personas informadas de los requisitos antes de realizarse exámenes de laboratorio		
TIPO DE INDICADOR	Indicador de Calidad		
CATEGORÍA DEL INDICADOR	Indicador de Proceso		
ATRIBUTO DE CALIDAD			
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentual		
PERIODICIDAD	Mensual		
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Proporción		
UNIDAD DE ANÁLISIS	registros de información		
CARACTERÍSTICA DE CALIDAD	Informar los requisitos antes de realizarse exámenes de laboratorio.		
FUENTE NUMERADOR	Número de pacientes que recibieron información antes de realizarse exámenes		
FUENTE DENOMINADOR	Total pacientes que se realizaron exámenes de laboratorio.		
META ESTABLECIDA:	El 95% de las personas deben ser informados de los requisitos previos a exámenes de laboratorio.		
FORMULA DEL INDICADOR	$\frac{\text{Número de pacientes que recibieron información antes de realizarse exámenes}}{\text{Total pacientes que se realizaron exámenes de laboratorio}} \times 100$		
FECHA DE ELABORACIÓN			
FECHA DE REVISIÓN			
CATEGORIZACIÓN DEL RESULTADO:	EXCELENTE > = 90%	REGULAR 90%<=>=80%	DEFICIENTE <=80%
RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN	Coordinador de Calidad del Laboratorio Clínico.		
RESPONSABLE DE LA REVISIÓN	Gerente del Laboratorio Clínico		

Anexo V. FICHA DEL INDICADOR SATISFACCIÓN DEL USUARIO QUE RECIBIÓ LOS SERVICIOS DEL LABORATORIO CLÍNICO (MACROPROCESO GESDEL CLIENTE)

ENTIDAD: LABORATORIO CLÍNICO NIVEL MEDIO DE COMPLEJIDAD			
ÁREA:	MISIONAL		APOYO X
NOMBRE DEL INDICADOR	SATISFACCIÓN DEL USUARIO QUE RECIBIÓ LOS SERVICIOS DEL LABORATORIO CLÍNICO		
OBJETIVO	Conocer la Satisfacción del usuario que recibió los servicios de Laboratorio Clínico.		
TIPO DE INDICADOR	Indicador de Calidad		
CATEGORÍA DEL INDICADOR	Indicador de Resultado		
ATRIBUTO DE CALIDAD	Satisfacción del Usuario		
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentual		
PERIODICIDAD	Mensual		
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Proporción		
UNIDAD DE ANÁLISIS	Usuarios que recibieron los servicios del Laboratorio Clínico		
CARACTERÍSTICA DE CALIDAD	Usuarios satisfechos		
FUENTE NUMERADOR	Encuesta de satisfacción al usuario (Instrumento de medición No.3)		
FUENTE DENOMINADOR	Encuesta de satisfacción al usuario(Instrumento de medición No.3)		
META ESTABLECIDA:	El 90% de los pacientes que recibieron el servicio de laboratorio y esta satisfecho.		
FORMULA DEL INDICADOR	$\frac{\text{Número de usuarios que recibieron los servicios del Laboratorio clínico y están satisfechos}}{\text{Total de usuarios que recibieron los servicios del Laboratorio Clínico}} \times 100$		
FECHA DE ELABORACIÓN			
FECHA DE REVISIÓN			
CATEGORIZACIÓN DEL RESULTADO:	EXCELENTE >= 80 <=100	REGULAR:>=60 <80	DEFICIENTE < 60
RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN	Bacteriólogo coordinador de calidad responsable de aplicar la encuesta a todos los usuarios		
RESPONSABLE DE LA REVISIÓN	Gerente del Laboratorio Clínico y Bacteriólogo coordinador de calidad responsable de aplicar la encuesta a todos los usuarios.		
OBSERVACIONES:			