DISEÑO DE UNA METODOLOGÍA QUE PERMITA APOYAR LA ACREDITACIÓN INTERNACIONAL DE LA FUNDACIÓN HOSPITALARIA XYZ BAJO LOS ESTÁNDARES DE LA JOINT COMMISSION

ALAN JACOB JAIMES RAMIREZ
JUAN SEBASTIAN MONTOYA PERLAZA

UNIVERSIDAD ICESI
FACULTAD DE INGENIERÍA
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL
SANTIAGO DE CALI
2011

DISEÑO DE UNA METODOLOGÍA QUE PERMITA APOYAR LA ACREDITACIÓN INTERNACIONAL DE LA FUNDACIÓN HOSPITALARIA XYZ BAJO LOS ESTÁNDARES DE LA JOINT COMMISSION

ALAN JACOB JAIMES RAMIREZ
JUAN SEBASTIAN MONTOYA PERLAZA

Proyecto de grado para optar al título de
INGENIERO INDUSTRIAL

TUTORA DEL PROYECTO
Helena María Cancelado Carretero
Ing. Industrial

UNIVERSIDAD ICESI
FACULTAD DE INGENIERÍA
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL
SANTIAGO DE CALI
2011

Tabla de Contenido

1 TEMATICA 7

1.1 TÍTULO 7

1.2 PROBLEMÁTICA 7

1.2.1 Descripción 7

1.2.2 Formulación del Problema 7

1.2.3 Justificación 8

1.3 Delimitación y alcance 11

1.3.1 Espacio 11

1.3.2 Tiempo 11

1.3.3 Tipo de investigación 11

1.3.4 Tipo de proyecto 11

1.3.5 Impacto 11

2 OBJETIVOS 12

2.1 Objetivo General 12

2.2 Objetivo del proyecto 12

2.3 Objetivos específicos 12

3 MARCO DE REFERENCIA 13

3.1 Antecedentes 13

3.1.1 ISQUA 13

3.1.2 Antecedentes a Nivel Mundial 13

3.1.3 Antecedentes en Colombia 14

3.2 Marco Teórico 17

3.2.1 Pamec 17

3.2.2 Icontec 17

3.2.3 Joint Commission 21

3.2.4 Sistema Único de Acreditación 23
3.2.5 Auditoria para la Calidad 24
3.2.6 Clasificación de Hospitales según Complejidad 30
3.2.7 AMEF 31
3.3 MARCO LEGAL (Ver Anexo 2: Marco Legal) 33
3.4 INGENIERIA INDUSTRIAL 33
3.4.1 Procesos y Procedimientos 33
3.4.2 Gestión de Calidad en los Sistemas de Producción 35
3.5 APORTE CRÍTICO 37
4 METODOLOGIA 39
4.1 Contextualizarse con el objeto de estudio 39
4.2 Análisis del proceso actual de mejoramiento y del nivel actual de acreditación. 39
4.3 Aplicar una metodología que permita analizar los procesos susceptibles a mejora tanto en área de Laboratorio Clínico, bajo los estándares de la Joint Commission. 40
4.4 Realizar una prueba piloto de la metodología en el Laboratorio Clínico. 40
4.5 Consolidar el trabajo investigativo y propuesto en un documento final para presentarlo ante el comité de aprobación 40
5 ADMINISTRACION DEL PROYECTO 41
5.1 Recursos Financieros 41
5.2 Recursos Tecnológicos 41
5.3 Recursos Humanos 41
6 DESARROLLO DEL PROYECTO 43
6.1 Objetivo Uno: Contextualizar con el Objeto de estudio 43
6.1.1 Diagrama de Flujo del Laboratorio Clínico Pacientes Hospitalizados 45
6.1.2 Diagrama de flujo del Laboratorio Clínico Pacientes ambulatorios 46
6.1.3 Requisitos Absolutos Especímenes 47

6.1.4 Criterios de Rechazo de Especímenes no Conformes....47
Tabla 2: Excepciones para recibir muestra si no se tiene espécimen idóneo....48
6.2 Objetivo Dos: Análisis del Proceso Actual de Mejoramiento....48
6.2.1 Implementación Ciclo PHVA....48
6.2.2 Informe De Evaluación y seguimiento....54
6.3 Objetivo tres: Aplicar una metodología que permita analizar los procesos susceptibles a mejora tanto en área de Laboratorio Clínico, bajo los estándares de la Joint Commission.... 57
6.3.1 Etapa Uno: Preparación....58
6.3.2 Etapa Dos: Matriz de Validación....59
6.3.3 Etapa tres: Resultados....61
6.3.4 Etapa Cuatro: Priorización....62
6.3.5 Etapa Cinco: Plan Estratégico de Mejora (PEM)....65
6.4 Objetivo Cuatro: Realizar una prueba piloto del modelo en el área de Laboratorio Clínico. 66
6.4.1 Etapa Uno: Preparación....66
6.4.2 Etapa Dos: Matriz de Validación....67
6.4.3 Etapa Tres: Resultados....68
6.4.4 Etapa Cuatro: Priorización....73
6.4.5 Etapa Cinco: Plan Estratégico de Mejora....75
6.5 Objetivo Cinco: Consolidar el trabajo investigativo y propuesto en un documento final para presentarlo ante el comité de aprobación.... 82
7 RECOMENDACIONES....83
8 CONCLUSIONES....85
9 TABLAS....87
10 GRAFICAS....88
11 BIBLIOGRAFIA....89

12 ANEXOS 91

12.1 Anexo 1: Matriz de Marco Lógico 91

12.2 Anexo 2: Marco Legal 95

12.3 Anexo 3: Descripción de Diagrama de Flujo de Laboratorio Clínico Para Hospitalización 101

12.4 Anexo 4: Descripción de Diagrama de Flujo de Laboratorio Clínico Para Ambulatorio 109

12.5 Anexo 5: Estándares de Accesibilidad y Continuidad en la Atención de la Joint Commission 120

12.6 Anexo 6: Matriz de Validación de Estándares de la Joint Commission 121

12.7 Anexo 7: Plan De Auditoria 145

1 TEMATICA

1.1 TÍTULO

Aplicación de una metodología que permita apoyar la acreditación internacional de la Fundación Hospitalaria XYZ bajo los estándares de la Joint Commission

1.2 PROBLEMÁTICA

1.2.1 Descripción

Las entidades de Salud independientemente de su constitución pública o privada realizan dos procesos básicos. El primero es de habilitación el cual determinan cuales deben ser las condiciones mínimas que deben cumplir las entidades de prestación de servicios en salud para poder brindar sus servicios a la comunidad. Este proceso es obligatorio para toda entidad de salud ya que las certifica como entidades con la capacidad de prestar un servicio adecuado al paciente. El segundo es el proceso de acreditación, el cual es un proceso voluntario de autoevaluación interna donde se garantiza estándares de seguridad del paciente mejoramiento de la calidad. Principalmente la acreditación cuanta con cuatro categorías:

1. Acreditación internacional, con puntuación mayor a 450 puntos.
2. Acreditación con excelencia, con puntuación entre 400 y 449 puntos.
3. Acreditación, con una puntuación entre 280 y 399 puntos.
4. Acreditación condicionada, con una puntuación entre 200 y 279 puntos.
5. No acreditado, con una puntuación menor a 200 puntos.

1.2.2 Formulación del Problema

La Fundación Hospitalaria XYZ no cuenta con una metodología que permita direccionar los sistemas de gestión actuales hacia la acreditación internacional bajo los estándares de la Joint Commission, con el fin de lograr una ventaja

competitiva y ser reconocida por brindar un servicio con altos estándares de calidad y seguridad para sus pacientes.

1.2.3 Justificación

La Fundación Hospitalaria XYZ necesita estar en continuo mejoramiento de sus procesos y procedimientos para alcanzar la acreditación. El desarrollo de nuestro proyecto, busca una metodología para mejorar los procesos y procedimientos internos; con el fin de que la fundación sea reconocida como una organización de alta calidad bajo los estándares de lo Joint Commission, de referenciación por su excelencia y sea reconocida por el alto nivel de seguridad que le brinda a sus pacientes.

La metodología servirá para apoyar la disposición de calidad según la ley 100: "Calidad. El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales. De acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia"[1]

La metodología ayudara a posicionar estratégicamente el ámbito de la seguridad del paciente y la gestión de riesgo que se orientara en la detección de los errores, su registro sistemático, el análisis de la información recogida y la conversión de esta información en conocimiento útil para lograr la mejora continua de los servicios.

La razón de ser de todo sistema de salud es mejorar las condiciones de salud de su población objeto, meta que tiene que lograrse mediante actitudes, procedimientos y procesos que, más allá de procurar, deben garantizar el mejor resultado posible para el paciente, su familia y la comunidad en general.

[1] Ley 100, articulo 153, novena regla del servicio público de salud

Dada esta misión sectorial, la comunidad fundamenta su relación con los prestadores en el principio de confianza y hace que sus expectativas con respecto a la calidad del servicio sean muy altas.

Por lo anterior las fallas y, más aún, los eventos adversos[2]: atribuibles a errores de los procesos de atención son inaceptables y considerados como una traición por la sociedad.

"Según indican las estadísticas, cada año en Estados Unidos, los errores médicos pueden ocasionar la muerte de hasta 98.000 pacientes, cifra superior a la de las muertes por accidentes de tráfico, cáncer de mama o sida. En Canadá y Nueva Zelanda, cerca de 10% de los pacientes hospitalizados sufren consecuencias negativas debidas a errores médicos, mientras que en Australia, esta cifra es de aproximadamente 16,6%. A las consecuencias directas en la asistencia se suman sus repercusiones económicas: hospitalizaciones adicionales, demandas judiciales, infecciones intra hospitalarias, y al propio dolor de los pacientes y sus familias, junto con la pérdida de ingresos discapacidades y gastos médicos representan en algunos países un costo anual de entre 6.000 millones y 29.000 millones de dólares estadounidenses. Esta información ha conducido a la comunidad a la reflexión acerca de la absoluta necesidad de adoptar medidas eficaces, y contrastadas que permitan reducir el creciente número de efectos adversos derivados de la atención sanitaria y sus repercusiones en la vida de los

[2] Evento adverso prevenible:Resultado no deseado asociado con un error en el suministro de la atención, debido a una falla para observar una práctica considerada adecuada a un nivel individual o del sistema. Proviene de la no adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

Evento adverso no prevenible: Resultado no deseado, causado de forma no intencional, que se presenta a pesar de la adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

pacientes."[3]

El Estado colombiano pagó desde 2005 el equivalente a US$1,68 millones de dólares en indemnizaciones por concepto de errores médicos, cirugías sin consentimiento y diagnósticos falsos (El Tiempo, julio 3/08). El Consejo de Estado dictó al menos 15 condenas por fallos médicos, mientras hay pendientes 90.000 procesos y de cada 10 el Estado pierde 7. La Supersalud recibió entre 2006 y 2007 más de 50.000 reclamos y peticiones de usuarios del sistema de salud. Y el Ministerio de la Protección Social señaló que en el Informe IBEAS Colombia, 18 de cada 100 personas atendidas en hospitales son víctimas de errores médicos, declaración que desató gran polémica por la utilización de la palabra "error médico" en vez de "evento adverso", ya que los errores no siempre son de los médicos sino también del sistema mismo de prestación de servicios de salud, según aclararon numerosos voceros y gremios del sector salud. Colombia se acogió a la estrategia mundial de seguridad del paciente y la enmarcó dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (habilitación, auditoría acreditación y sistema de información para la calidad), la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud y la Ley 1122/07 (art. 2 y 25). La Política de Seguridad del Paciente que desarrolla Colombia es el conjunto de acciones y estrategias sencillas que impulsa el Ministerio de la Protección Social para ser implementadas en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que propenden por ofrecer herramientas prácticas en la consecución del objetivo de hacer más seguros los procesos de atención, impactar en la mejora de la calidad y proteger al paciente de riesgos evitables derivados de la atención en salud.

[3]Madrid, Ministerio de sanidad y consumo,estrategia en seguridad del paciente, Recomendaciones del Taller de Expertos pág. 7

1.3 Delimitación y alcance

1.3.1 Espacio

La realización del proyecto se efectuará en una entidad de salud de alto reconocimiento en la región del Valle del Cauca, la Fundación Hospitalaria XYZ en el area de laboratorio clinico .

1.3.2 Tiempo

Se pronostica que el desarrollo de este proyecto tomará un año, el cual se dividirá en dos fases: la realización del diseño y el planteamiento del proyecto (fase 1) y el desarrollo del mismo (fase 2).

1.3.3 Tipo de investigación

Para desarrollar el presente proyecto se implementó la investigación descriptiva debido a que se presenta una interpretación de la realidad, por medio de descripción, registro, análisis e interpretación de los procesos empleados en la Fundación Hospitalaria XYZ.

1.3.4 Tipo de proyecto

Este proyecto es el industrial aplicado debido a que se desarrolla al interior y con la intervención de la Fundación Hospitalaria XYZ.

1.3.5 Impacto

Con este proyecto se brinda un plan de mejoramiento para apoyar el proceso de acreditación internacional bajo los estándares de la Joint Commission de la Fundación Hospitalaria XYZ.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Apoyar la acreditación internacional de la Fundación Hospitalaria XYZ bajo los estándares de la Joint Commission.

2.2 Objetivo del proyecto

Determinar una metodología basada en clasificación y priorización de estándares críticos, la cual la Fundación Hospitalaria XYZ use como guía para apoyar la acreditación internacional bajo los estándares de la Joint Commission en el laboratorio clínico.

2.3 Objetivos específicos

1. Contextualizarse con el objeto de estudio.
2. Analizar el proceso actual de mejoramiento y del nivel actual de acreditación.
3. Determinar una metodología que permita analizar los procesos susceptibles a mejora en el área de Laboratorio Clínico, bajo los estándares de la Joint Commission.
4. Realizar una prueba piloto del modelo ajustado en el área de Laboratorio Clínico.
5. Consolidar el trabajo investigativo y propuesto en un documento final para presentarlo ante el comité de aprobación

3 MARCO DE REFERENCIA

3.1 Antecedentes

3.1.1 ISQUA

La Sociedad Internacional de Calidad en la Atención Sanitaria (ISQua) puso en marcha su Programa de Acreditación Internacional (IAP) en 1999. Este es el único programa internacional que "Acredita los acreditadores. Como de enero de 2011 hay 17 organizaciones, 31 conjuntos de normas de 23 organizaciones, y 6 programas de formación inspector actualmente acreditado por ISQua.

El IAP ofrece un ciclo de cuatro años de acreditación: Organismos nacionales de acreditación

- Servicio de órganos específicos de evaluación externa
- Las normas de atención de salud

La razón por la cual se debe unir al IAP es:

- Proporciona la confianza y credibilidad en todo el mundo a través del reconocimiento formal de que una organización cumple con las normas internacionales acordadas específicamente desarrollado y probado para los organismos de atención de salud de evaluación externa
- Se trata de un sistema de examen imparcial e independiente

  Se ofrece tranquilidad a los gobiernos, los donantes, los clientes y la propia organización que su rendimiento, normas o programas de formación los más altos estándares internacionales y se mejoran continuamente.

3.1.2 Antecedentes a Nivel Mundial

3.1.2.1 Clínica Universidad de Navarra

Es un centro acreditado por la Joint Commission International desde el año 2004. La Clínica Universidad de Navarra es el mejor hospital de España en atención al paciente, así lo acredita el premio obtenido en la cuarta edición de los premios Best in Class (BIC) 2009. Además ha recibido también el mismo reconocimiento en las especialidades de Cardiología y Oncología, por segundo año. Los premios

BIC tienen como objetivo el reconocimiento público de los mejores servicios sanitarios tanto públicos como privados de España, que buscan la excelencia en la atención que prestan a sus pacientes.

3.1.2.2 Clínica los Condes

Fue en el 2007 la primera clínica acreditada por la Joint Commission en Chile. "Poner al centro de nuestro que hacer, siempre en primer lugar, el interés y los derechos de los pacientes, dando una atención humanizada y un cuidado médico eficaz y eficiente.

Ser el líder latinoamericano en la excelencia e innovación en la entrega de cuidados de la salud y en la seguridad de los pacientes, mejorando continua y sistemáticamente la calidad de nuestros servicios así como la experiencia de nuestro público.

Enfocarnos en medicina de alta complejidad y ser pioneros en la implementación de tecnologías, terapias y modelos de tratamiento.

Incorporar y mantener los médicos más calificados del país, tanto desde el punto de vista técnico, como su calidad humana y vocación académica."[4]

3.1.2.3 Clínica Alemana de Santiago

Fue acreditada por la Joint Commission International (JCI), organismo líder a nivel mundial en promover un mejoramiento continuo de la calidad de las actividades de prevención y cuidado de la salud, mediante el cumplimiento y la adherencia a una serie de estándares definidos por dicho organismo internacional. Clínica Alemana inició este proceso voluntario en 2007 en base a un riguroso programa de capacitación de su personal y de todos los estamentos profesionales, reordenando y reestructurando al mismo tiempo un gran número de procedimientos administrativos y asistenciales.

3.1.3 Antecedentes en Colombia

En 1991, con la aprobación de la nueva Constitución Política, se estableció que 'la

[4] http://www.clc.cl/Conocenos/Mision.aspx

seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado', que aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia. Esta nueva disposición modificó el Sistema Nacional de Salud, vigente desde 1975, organizado básicamente en tres subsistemas: 1) salud pública; 2) los Seguros Sociales y, (que estaba administrado por el Instituto de los Seguros Sociales y las cajas de previsión) y 3) el Subsistema Privado de Servicios. El nuevo modelo, a través de la Ley 60 de 1993, definió las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales, y la Ley 100 de 1993, creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y dentro de éste se estableció la Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud, mediante el Artículo 186 de la Ley 100 de 1993, disposición que fue ratificada por el Artículo 42.10 de la Ley 715 de 2001.

A comienzos de los años 90, el Ministerio de Salud, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, y diferentes organizaciones del sector (Ascofame, Asociación Colombiana de Hospitales, Seguro Social, Superintendencia Nacional de Salud, Centro de Gestión Hospitalaria, entre otros), elaboraron un “Manual de Acreditación de IPS”, tomando como referencia el “Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe”, publicado por la OPS en 1991. El manual fue aplicado por el Seguro Social y por el Ministerio de Salud, el Centro de Gestión Hospitalaria e ICONTEC, en un grupo amplio de instituciones del Seguro y otras, en una prueba piloto.[5]

3.1.3.1 La Fundación Cardiovascular de Colombia

FCV se convirtió en la primera institución de salud del país en recibir la Acreditación Internacional por parte de Joint Commission International, la

[5] Icontec acreditaciones en salud.

organización con más experiencia en acreditación en todo el mundo, dedicada a la mejora de la calidad y la seguridad en las organizaciones de salud. Esta Acreditación, que representa la más alta distinción y reconocimiento para una institución de salud a nivel internacional, se obtuvo luego de tres años de trabajo exigente, centrado en la capacitación del personal e implementación de estándares internacionales de calidad en sus procesos.[6]

3.1.3.2 Fundación Santafé de Bogotá

El 13 de febrero de 2010, El Hospital Universitario de la Fundación Santafé de Bogotá fue la segunda institución en salud en recibir la acreditación por parte de la Joint Commission International, ubicándolo como un hospital de clase mundial.

3.1.3.3 Hospital Pablo Tobón Uribe

Para Andrés Aguirre Martínez, director general del Hospital Pablo Tobón Uribe, al recibir la acreditación la entidad prestadora de salud mejoraría el proceso de atención. “Nos permitiría incrementar la seguridad del paciente, mediante la reducción de riesgos, adicionalmente es una carta de presentación en cualquier parte del mundo. La acreditación no sólo habla bien del Hospital, sino también de la ciudad y del país. Cuando un hospital dice que está acreditado con Joint Commission International, no tiene que decir nada más, para saber qué tipo de institución es”, apuntó.

De acuerdo con Aguirre Martínez, el Hospital está adelantando un proceso largo y a conciencia que no sólo les permite prepararse para la Joint Commission International, sino para mejorar cada vez más. “En primera instancia se interpretaron y difundieron los estándares, luego realizaros un referenciamiento estratégico de hospitales acreditados, evaluación por grupos de estándares,

[6] Bitácoramedica fundación cardiovascular de Colombia.

inventarios de políticas y comités, metas de seguridad, implementación de acciones con base en las brechas encontradas, programas de comunicación y difusión, y por ultimo revisión de la infraestructura y el ambiente físico”.

3.2 Marco Teórico

3.2.1 Pamec

Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud. PAMEC. Es la forma a través de la cual la institución implementa el componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, el cual se define como un componente de mejoramiento continuo, en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, entendida como "el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada, de la atención en salud que reciben los usuarios".

3.2.2 Icontec

Como entidad acreditadora, ICONTEC lidera el proceso de transformación cultural de las organizaciones del sector, promoviendo la participación voluntaria y consciente de las empresas del sector en los procesos de auto evaluación, mejoramiento y evaluación externa, con la confidencialidad, actitud de servicio, respeto, neutralidad y confiabilidad que caracteriza todos nuestros servicios.

3.2.2.1 Misión Acreditación en Salud

Mejorar la gestión de la calidad de las organizaciones de salud mediante un proceso voluntario de autoevaluación y evaluación externa, con unos estándares óptimos factibles, para mejorar la salud de los colombianos.

Seguridad del paciente

“La seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de

atención de salud o de mitigar sus consecuencias", según los Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Pacientes del Ministerio de la Protección Social. Igualmente es uno de los ejes del Sistema Único de Acreditación en Salud e implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias. La Política de Seguridad del Paciente requiere de la coordinación entre actores alrededor de la filosofía y las estrategias para la reducción del riesgo, así como el incremento de las condiciones que caractericen a una institución como segura".

3.2.2.2 Humanización de la atención

Humanizar es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización. [1]Por ello es de gran importancia tener en cuenta la preparación de los profesionales en salud para la concientización y sensibilización con respecto a la atención de los usuarios, que debe realizarse en el contexto de la ética y los valores, de este modo se pretende atender al paciente y suplir sus necesidades a nivel físico, emocional, intelectual y social. Es de gran importancia que las instituciones prestadoras de servicios de salud, las universidades y organizaciones que forman profesionales en salud, implementen capacitaciones en humanización y que dichas temáticas sean fundamentales en la atención y formación del personal, así se logra que las personas y usuarios de la salud sean considerados como seres humanos en un sentido global.

3.2.2.3 Gestión de la tecnología

El manual de adquisición de tecnología biomédica del Ministerio de la Protección Social establece que a nivel de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) se requiere de una planeación en tecnología mediante un proceso racional

de adquisición y utilización que las beneficie e igualmente que beneficie a los usuarios y al sistema en general. Propone adoptar metodologías de adquisición, prevenir el desbordamiento de los costos que puede producir la compra indiscriminada de alta tecnología y realizar esfuerzos en este sentido. Con políticas y mecanismos para controlar la tecnología debe prevenirse la elevación de los costos de la atención médica; los hospitales compiten adquiriendo alta tecnología debido a que los pacientes la consideran como señal de calidad. Es necesario entonces que las instituciones de salud implementen mecanismos de control para la evaluación y adquisición tecnológica señalando los criterios a considerar y las fuentes de información disponibles.

3.2.2.4 Enfoque de Riesgo

Teniendo en cuenta los requisitos y criterios de los estándares de acreditación, las instituciones deben establecer el enfoque, el diagnóstico de los riesgos existentes, la gestión del riesgo, la protección de los usuarios de los principales riesgos en la prestación de los servicios y la evaluación de la gestión en la institución. Es necesario resumir la existencia de los principales riesgos, por ejemplo: complicaciones en los procedimientos por falta de competencia en el personal, no existencia de respaldo con base en la MBE de las diferentes modalidades de atención, desconocimiento del enfoque de riesgo por parte del personal, ausencia de protecciones que puedan afectar la ocurrencia de accidentes, espacios sin buena ventilación ni iluminación, la no documentación ni registro adecuado de la atención en la HCL, inexistencia de protocolos y guías de atención actualizados, desconocimiento de las implicaciones legales para el prestador por alguna complicación en el tratamiento, inexistencia de procesos prioritarios, no seguimiento ni correctivos de los incidentes, no atención oportuna ni suficiente en urgencias, complicaciones de procedimientos diagnósticos y de tratamientos, complicaciones derivadas del manejo de los medicamentos, uso indiscriminado de medicamentos o fallas terapéuticas por fallas diagnósticas y

empeoramiento o no mejoría por deficiencias en el plan terapéutico, entre otros.[7]

Los principales servicios del Instituto son:

- Normalización
- Certificación
- Educación y desarrollo
- Acreditación en salud
- Metrología
- Servicio de Cambio Climático
- Venta de Normas y Publicaciones

IPS colombianas acreditadas por la ICONTEC:

- Instituto del Corazón - Unidad de negocios de la FCV
- Hospital Pablo Tobón Uribe
- Hospital General de Medellín
- Hospital del Sur de Itagüí
- Hospital Pablo VI Bosa
- Centro Policlínico del Olaya
- Centro Médico Imbanaco
- Clínica el Rosario
- Clínica del Occidente
- Fundación Santa Fe de Bogotá
- Fundación Valle del Lili
- Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta
- Clínica de Oftalmología de Cali
- Hospital Nazareth ESE
- Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle
- Laboratorio Clínico Continental Ltda.

[7]Sistema único de acreditación en salud icontec.

- Fundación Cardioinfantil - Instituto de Cardiología
- Hospital Manuel Uribe Ángel
- Fundación Oftalmológica de Santander-Clínica Carlos Ardila Lülle
- Hospital San Vicente de Paúl Medellín
- Hospital Universitario Departamental de Nariño

3.2.3 Joint Commission

Es una organización no gubernamental, independiente y sin ánimo de lucro que acredita a más de 20.000 organizaciones sanitarias en los Estados Unidos de América y que actualmente colabora con más de 70 países de todo el mundo. La acreditación que otorga la Joint Commission International certifica que un centro ha alcanzado el nivel óptimo para realizar la función que tiene encomendada, basándose en funciones relevantes de la organización y estableciendo estándares de buena práctica.

La acreditación es un proceso en el que una entidad, separada y distinta de la organización sanitaria, normalmente no gubernamental, evalúa al centro para determinar una serie de requisitos diseñados para mejorar la calidad de la asistencia. La acreditación aporta el compromiso claro de la organización de mejorar la calidad de asistencia del paciente, garantizar un entorno seguro y trabajar sistemáticamente en la reducción de riesgos para los pacientes y el personal.

Asturias encabeza la acreditación externa de la calidad de los servicios en España gracias a una apuesta por un enfoque de evaluación global del sistema. De esta forma, se unifican los procesos, se promueve la equidad en el acceso a la asistencia y se avanza en la búsqueda de la excelencia, obteniendo como resultado una mejoría en el servicio que deja satisfechos a profesionales y pacientes.

Valor de la acreditación

- Evaluación externa, objetiva
- Utiliza estándares de consenso
- Se acopla a las profesiones médicas
- Proactiva no reactiva
- En toda la organización
- Se enfoca en sistemas y no individuos
- Estimula una cultura de calidad en la organización
- Establece evaluaciones periódicas de los estándares

La JC tiene sus estándares y políticas centradas en que las organizaciones de la salud presten atención a identificar los errores médicos, analizar sus causas de raíz, e incorporar la seguridad en los sistemas y procesos de la organización.

Principios de la acreditación

1. Los estándares deben ser realmente realizables. No estar fuera de las posibilidades del centro o unidad
2. Debe estar centrada en el paciente de forma principal
3. Deben ser culturalmente aceptable
4. Deben estimular los procesos de mejora continua del sistema

Características de los centros excelentes

- Están centrados en el paciente y los buenos servicios
- Procesos coordinados y eficientes para los cuidados sanitarios
- Riesgos bajos para el hospital y el medio ambiente
- Personal actualizado en conocimiento y habilidades
- Cultura de la calidad apoyada por los líderes

- Utiliza estándares y guías para mejorar continuamente la seguridad y la calidad de los cuidados sanitarios[8]

3.2.4 Sistema Único de Acreditación

El SUA es un 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 hospitalarias, ambulatorias, imágenes diagnósticas, laboratorios clínicos, centros de rehabilitación, EPS, EPSS y EMP, que voluntariamente decidan acogerse a este proceso. El cual se constituyen en una de las formas mediante las cuales el Estado puede lograr un resultado favorable en la calidad de los servicios de salud.

Una vez comenzada la aplicación del sistema único de acreditación, la información a la cual se tenga acceso durante el proceso es estrictamente confidencial; sin embargo, la calificación final de las instituciones a las cuales se les otorgue la acreditación se puede hacer pública, siempre y cuando la entidad lo autorice.

Dado que la acreditación es un proceso que se debe realizar periódicamente, el nivel de exigencia del proceso es cada vez mayor, con el propósito de mantener el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud. Por lo que se espera que las organizaciones sean capaces de autoevaluarse mediante el uso de diferentes preguntas que les permita determinar el grado de cumplimiento.

Las entidades de salud deberán desarrollar una metodología para establecer la calidad esperada en los procesos prioritarios seleccionados, los mecanismos de medición, los resultados a lograr y los canales para informar los hallazgos. Una vez establecidas las respectivas metas, la organización debe documentar su estado actual frente a ellas para así establecer la calidad esperada en los

[8] www.asturias.es/portal/site/astursalud/

procesos seleccionados inicialmente. Además de servir como parámetro para establecer las brechas existentes entre la calidad observada y la esperada. Tanto la meta como la situación actual deben incluir los indicadores respectivos garantizando su monitorización, para evaluar los logros obtenidos.

Para llevar a cabo la disminución de la brecha se deben realizar planes de mejora garantizando la aplicación del ciclo gerencial PHVA, implementando acciones correctivas y elaborando planes de mejoramiento institucional, fijando cronogramas, determinando equipos de salud, estableciendo tiempos de cumplimiento, tiempos de medición de los correctivos y ajustando los procesos hasta alcanzar la calidad deseada.

El proceso seguido por el Sistema Único de Acreditación consta de tres niveles: Autocontrol, auditoría interna o de segundo nivel y auditoría externa o de tercer nivel.

- **Autocontrol:** Consiste en diseñar y estandarizar procesos, donde se capacite y entrene a cada uno de sus miembros en las tareas y resultados esperados. Animando a los miembros a que propongan cambios para mejorar los procesos.
- **Auditoría interna:** En este nivel se analizan las causas que no permiten el logro de los resultados esperados en los procesos prioritarios, por lo que se determina la implementación de las actividades necesarias para alcanzar el nivel de calidad esperado. Los auditores internos deben establecer las fallas de los procesos e intervenirlos desde varios ángulos, capacitando al auditado para que determine los errores y sea capaz de justarlos y controlarlos.
- **Auditoría externa:** Es la evaluación total llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada, que tiene como propósito verificar la realización de la auditoría interna y el autocontrol.

3.2.5 Auditoria para la Calidad

La auditoría se define como un componente del mejoramiento continuo en el

sistema de garantía de la calidad en salud, entendida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación de cumplimiento de estándares de calidad, que concuerden con los exigidos para obtener la acreditación, los cuales son superiores a los que se determinan como básicos en el sistema único de habilitación. (Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de Protección de Salud 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).

La auditoría para el mejoramiento de la calidad es un componente del sistema de garantía de la calidad de la atención en salud que si es correctamente implementada, deberá incentivar el respeto a los derechos del paciente y buena práctica profesional, e implementar el fortalecimiento y la viabilidad de la institución y del sistema, dentro de un contexto de efectividad, eficiencia y ética.

Como parte de las auditorias para la calidad, se encuentra la auditoria medica. Definida como una evaluación crítica y periódica de la calidad de la atención médica que reciben los pacientes, mediante la revisión y el estudio de las historias clínicas las estadísticas hospitalarias. Su propósito fundamental es procurar que el enfermo reciba la mejor atención médica posible y su objetivo específico es elevar su calidad.

3.2.5.1 Principios del Modelo para la Auditoría En Calidad

- **Autocontrol:** Donde cada individuo adquiere destrezas y la disciplina necesaria para que los procesos se ejecuten de acuerdo a los estándares adoptados por la entidad, además de dar solución a los problemas que se puedan presentar.
- **Enfoque preventivo:** Busca prevenir los problemas que se poseen actualmente o futuros, que puedan evitar la consecución de los resultados esperados.
- **Confianza y respeto:** La auditoria de la calidad debe fundamentarse en la seguridad y transparencia del compromiso demostrado para desarrollar e

implementar los procesos de mejoramiento institucional.

- **Sencillez:** Las acciones deben ser fáciles de entender y aplicar, para realizar de forma efectiva las actividades del proceso.
- **Confiabilidad:** Los métodos e indicadores utilizados en los procesos deben garantizar la obtención de los mismo resultados, sin importan quién lo realice.
- **Validez:** Los resultados obtenidos deben reflejar el comportamiento de las variables evaluadas.

3.2.5.2 Mejoramiento Continuo de la Calidad

Es un conjunto de principios y acciones que deben llevar a las organizaciones a establecer la calidad, está basada en la estandarización de guías y protocolos de salud, indicadores y sistemas estándares que les permitan precisar los parámetros de la calidad esperada en los procesos de atención con base en los cuales se realizarán acciones preventivas y de seguimiento, consistentes en la evaluación continua y sistemática para buscar el cumplimiento de sus funciones.

Debe ser visto como un proceso de autocontrol que se desarrolla progresivamente, centrado en el paciente y sus necesidades. Desarrollan acciones de búsqueda permanente de procesos que sean susceptibles de mejora para realizar ajustes y superar las expectativas del usuario. En el desarrollo de una cultura organizacional del mejoramiento de los procesos, se trabaja en las personas de una organización y se asignan como dueños de los procesos, para que descubran las fallas, las irregularidades y sean participes de las mejoras y perfeccionamiento. Los responsables del sistema deben establecer instrumentos que garanticen el cumplimiento de parámetros mínimos de calidad de la atención en salud, como punto de partida para el mejoramiento de los servicios, los cuales son condiciones del sistema único de habilitación.

3.2.5.2.1 Formulación del Plan de Mejoramiento

Para poder hacer la formulación del plan de mejoramiento se deberá contar con la

información necesaria para poder generar los planes de acción que se encargaran de corregir las fallas de calidad encontradas, entre estos los que fundamentalmente se deben atacar primero, son los procesos que sean prioritarios.

Ya detectados estas fallas, que no permiten lograr los resultados esperados se deberán aplicar métodos como: la matriz de evaluación, que se encargará de oponerse ante las causas, solucionando los problemas, y mediante indicadores, se podrá hacer un seguimiento para posteriormente evaluar los resultados.

3.2.5.2.2 Ejecución del Plan de Mejoramiento

A partir del anterior ítem se debe realizar las actividades contenidas en el plan de acción y sacar un espacio con los responsables del grupo de estándares para que brinden apoyo, evalúen los criterios y analicen los planes de acción y los resultados que se esperan obtener a través de los indicadores.

3.2.5.2.3 Aprendizaje Organizacional

El aprendizaje organizacional consiste en realizar un control o seguimiento continuo, para evitar que se presente una brecha entra la calidad esperada y la observada.

Cuando se realiza esto, se garantiza que las brechas se hayan disminuido y sirvan para fortalecer el proceso de mejoramiento continuo.

3.2.5.2.4 Evaluación del mejoramiento

Se debe evaluar si los indicadores están generando resultados positivos, confirmando que las actividades que se están ejecutando son efectivas. En el caso en que si sea efectiva, se implementará el modelo de mejoramiento, en caso contrario se deberá evaluar la formulación del plan de mejoramiento.

3.2.5.3 Modelo Colombiano Para El Mejoramiento Continuo Y Mantenimiento De La Calidad En El Sistema De Salud

Este modelo está basado en el modelo de auditoría de la calidad para los servicios

de salud que propuso el Ministerio de la Protección Social Colombiano, donde se requiere que la calidad sea real y sostenida, para poder garantizar el cumplimiento de los pasos de la ruta critica (Figura 2) empleada en el PAMEC. Dicha ruta consta de cuatro pasos esenciales:

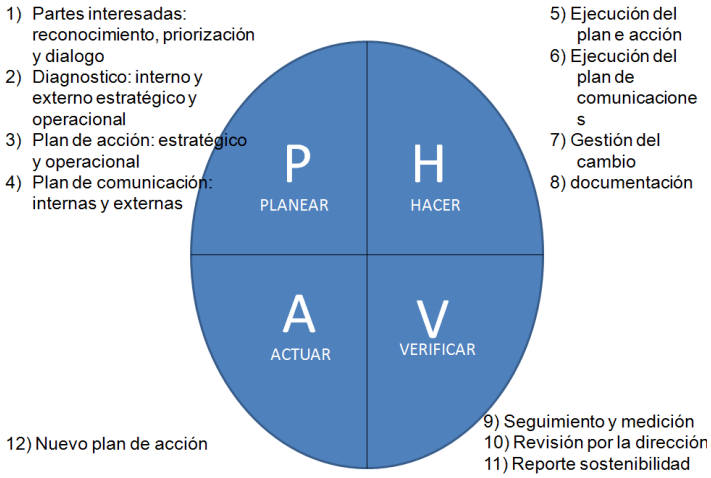
a) Planear: Establecer metas para los indicadores de resultado y establecer la manera (el camino, el método) para alcanzar las metas propuestas.

b) Hacer: Ejecución de las tareas exactamente de la forma prevista en el plan y en la recolección de datos para la verificación del proceso. En esta etapa es esencial el entrenamiento en el trabajo resultante de la fase de planeamiento.

c) Verificar: Tomando como base los datos recolectados durante la ejecución, se compara el resultado obtenido con la meta planificada.

d) Actuar: Esta es la etapa en la cual el usuario detectó desvíos y actuará de modo que el problema no se repita nunca más.

Todos estos pasos deben estar en constante seguimiento, con el fin de realizar acciones correctivas, de continuidad o de mejora, durante y después, para garantizar el correcto flujo del ciclo PHVA.



Grafica 1: Ciclo PHVA

Fuente: Recursos propios

De esta ruta el paso más importante comienza con la autoevaluación, donde se identifican los problemas de calidad, los aspectos que se deben vigilar y los problemas de calidad, los cuales se pueden consultar a partir de diversas fuentes que permitan obtener información que ayude a delimitar las brechas de calidad; algunas de las fuentes pueden ser, la opinión del usuario, informes de gestión, proveedores de servicios y observación directa. Con esta información se espera poder definir los procesos prioritarios, y así comenzar con un buen fundamento el proceso.

3.2.5.4 Características Del Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad

Para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención de salud, el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención de salud, cuenta con las siguientes características:

- **Accesibilidad:** Es la posibilidad con la que cuentan los usuarios de poder utilizar los servicios de salud garantizados por el sistema de seguridad social.
- **Oportunidad:** Es la posibilidad que se le brinda al usuario de obtener a tiempo los servicios que requiere, sin poner en riesgo su salud o su vida. Esta característica se ve afectada por la oferta de los servicios y la demanda que haya en la institución.
- **Seguridad:** Es la ausencia de lesiones o daños en los pacientes. Con esto se busca minimizar la posibilidad de que los pacientes sufran eventos adversos mientras son atendidos o mitigar sus consecuencias; por lo que se deben implementar procesos, instrumentos y metodologías.
- **Pertinencia:** Es el grado de obtención de los servicios requeridos por los usuarios.
- **Continuidad:** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones que necesitan.

Adicional a esto se debe tener en cuenta que la calidad en la atención en salud se

logra con la orientación e integración de esfuerzos, que lleven a la promoción de actividades que ayuden a cumplir los estándares mínimos y los obligatorios para la prestación de servicios de salud. Posteriormente es importante ejecutar procesos de atención con estándares de calidad e indicadores previamente definidos, que permitan medir el desempeño, analizarlo e identificar las brechas entre lo observado y lo esperado; para poder enfrentar los problemas y apuntar hacia el mejoramiento continuo.

3.2.6 Clasificación de Hospitales según Complejidad

3.2.6.1 Hospitales de Primer Nivel de Atención (Baja Complejidad)

Son aquellos donde se llevan a cabo actividades de promoción y prevención, prestación de actividades del Plan Local de Salud, consultas de medicina general, odontología general, laboratorio clínico e imagenología de baja complejidad, hospitalización, atención de urgencias y de partos de baja complejidad. Adicionalmente, se realizan en este nivel actividades prioritarias en Salud Publica, tales como vacunación, toma y entrega de resultados de citología vaginal, actividades de regulación de fecundidad (asesorías y entrega de métodos de planificación), y la suplementación de micro nutrientes a menores de edad y gestantes, entre otras.

3.2.6.2 Hospitales de Segundo Nivel de Atención (Complejidad Media)

Son aquello donde se realiza consulta médica, hospitalización y atención de urgencias de especialidades básicas (ginecoobstetricia, pediatría, medicina interna, ortopedia, cirugía); atención de partos y cesarías de mediana complejidad, laboratorio e imagenología de mediana complejidad, atención odontológica general y especializada, consultas de nutrición, psicología, optometría y terapias de apoyo para rehabilitación funcional.

3.2.6.3 Hospitales de Tercer Nivel de Atención (Complejidad Alta)

Son aquello que brindan atención medica a las actividades encaminadas a

restaurar la salud y rehabilitar a usuarios referidos por los otros niveles (primer y segundo nivel), que presentan padecimientos de alta complejidad diagnostica y de tratamiento, a través de una o varias especialidades medicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas. Este nivel puede comprender también funciones de apoyo especializado para la vigilancia epidemiológica; actividades de investigación y desarrollo de recursos humanos altamente capacitados.

3.2.6.4 Hospitales de Cuarto Nivel de Atención (Complejidad Alta)

Son centros de atención en salud con infraestructura y personal capaz de brindar atenciones complejas a la población. Presta servicios medico quirúrgicos en hospitalización o ambulatoria a las personas afectadas de patología compleja que requiere cuidados especializados sofisticados. Puede comprender especialistas como Hemato-oncologos, Radiólogos intervencionistas, Equipo de Trasplantes, Cirujanos Cardiovasculares, Pediatras endocrinos Neuro-pediatras, etc.

3.2.7 AMEF

Es una metodología de un equipo sistemáticamente dirigido que identifica los modos de falla potenciales en un sistema. También identifica características de diseño o de proceso críticas o significativas que requieren controles especiales para prevenir o detectar los modos de falla. AMEF es una herramienta utilizada para prevenir los problemas antes de que ocurran. Los AMEF's son desarrollados en tres distintas fases donde las acciones pueden ser determinadas.

- **Paso 1** es determinar todos los modos de falla con base en los requerimientos funcionales y sus efectos. Si la severidad de los efectos es de 9 o 10 (impactando aspectos de seguridad o regulatorios) las acciones deben ser consideradas para cambiar el diseño o el proceso eliminando el Modo de Falla si es posible o protegiendo al cliente de su efecto.
- **Paso 2** describir las causas y Ocurrencias para cada Modo de Falla. Esto es el desarrollo detallado en la sección del AMEF de proceso. Revisando el nivel

de la probabilidad de ocurrencia para las severidades más altas y trabajando hacia abajo, las acciones son determinadas si la ocurrencia es alta (> 4 para lo que no es seguridad y nivel de ocurrencia <1 cuando la severidad es 9 o 10)

- **Paso 3** considerar pruebas, verificación del diseño y métodos de inspección. Cada combinación de los pasos 1 y 2 los cuales sean considerados como riesgo requieren un número de detección. El número de detección representa la habilidad de las pruebas e inspecciones planeadas para quitar defectos o evitar los modos de falla.

Después de que cada uno de estos pasos es desarrollado, después los **Números Prioritarios de Riesgo (RPN)** son calculados. Es importante notar que los RPNs son calculados después de que tres posibles oportunidades para tomar acciones han ocurrido. Las acciones no son solamente determinadas con base en los valores RPN. El valor de RPN como tal no juega un rol importante en las acciones, solamente en la evaluación de las acciones cuando han sido terminadas.

Seleccionar un valor de RPN arbitrariamente no es efectivo para dirigir los cambios si el orden de las mejoras no es controlado (severidad, ocurrencia, detección) en los pasos 1, 2,3 descritos anteriormente.

Beneficios del AMEF

- Mejora la calidad, confiabilidad y seguridad de los productos / servicios / maquinaria y procesos
- Mejora la imagen y competitividad de la compañía
- Mejora la satisfacción del cliente
- Reduce el tiempo y costo en el desarrollo del producto / soporte integrado al desarrollo del producto
- Documentos y acciones de seguimiento tomadas para reducir los riesgos

- Reduce las inquietudes por Garantías probables
- Integración con las técnicas de Diseño para Manufactura y Ensamble

Equipo Médico y entrega de medicamentos ha incorporado AMEF como una medida para entender los riesgos no considerados por el personal de diseño y procesos. El AMEF permite a un equipo de personas revisar el diseño en los puntos críticos del desarrollo del producto y hacer comentarios y cambios ya sea al diseño del producto o del proceso anticipándose a las fallas potenciales. La "Food and DrugAdministration (FDA)" de USA ha reconocido al AMEF como un método de verificación del diseño para los Equipos Médicos y Farmacéuticos.

Los Hospitales también empezaron a utilizar AMEF para prevenir la posibilidad de errores y fallas relacionados con una cirugía o administración de medicamentos incorrectos. El uso es impulsado por la "Joint Comisión of Accreditation of HealthCareOrganizations (JCAHO)".

3.3 MARCO LEGAL (Ver Anexo 2: Marco Legal)

3.4 INGENIERIA INDUSTRIAL

Para el desarrollo de este proyecto de grado es necesario contar con las bases teóricas en Ingeniera Industrial. Herramientas y metodologías que permitirán llevar a cabo y culminarlo satisfactoriamente. A continuación se relacionan dichas herramientas de acuerdo a las áreas o materias a las que pertenecen.

3.4.1 Procesos y Procedimientos[9]

- **Ciclo PHVA:** es una herramienta de mejora continua, mediante un ciclo de cuatro pasos: Planificar (P), Hacer (H), Verificar (V) y actuar(A). comúnmente usada en la implementación de sistemas de gestión de calidad, de tal manera que permite aplicarla en la política y objetivos de calidad aso como en la red

[9]http://www.icesi.edu.co/portal/pls/portal/psiaepre.pprecon_contactual?pdescripmat_codigo=05180

de procesos la probabilidad de éxito sea mayor. Mejora integralmente la competitividad, tanto de productos y servicios, mejorando continuamente la calidad.

- **Análisis de Procesos:** El análisis de procesos es una metodología para examinar la dinámica de las organizaciones, teniendo como punto de partida el hecho de que éstas, las organizaciones, se crean para llevar a cabo ciertos propósitos u objetivos perdurables, mediante la ejecución de una secuencia articulada de actividades.

  Un proceso es una secuencia de actividades que transforman de manera coordinada unos insumos en productos o servicios con valor agregado para un beneficiario; un proceso bien diseñado, con información acerca de lo que ocurre y controles de calidad incorporados a lo largo del mismo, producirá calidad en los resultados. El diseño de los procesos hace referencia a la manera como se organizan los distintos factores que conducen al logro de los resultados.
- **Ingeniería de Métodos:** es la técnica que asegura el mejor aprovechamiento posible de los recursos humanos y materiales para llevar a cabo una determinada tarea. Mediante dos pasos: el primero es el Estudio de Métodos que se concibe como el registro, análisis y examen crítico de las maneras actuales y propuestas de llevar a cabo un trabajo, y el desarrollo y aplicación de maneras más sencillas y eficaces. El segundo es la Medición del Trabajo, como la aplicación de técnicas para determinar el contenido de trabajo de una tarea definida, fijando el tiempo requerido para un trabajador calificado pueda ejecutarla y cumpla así una norma de rendimiento preestablecido.
- **Diagrama Ishikawa:** también llamado **diagrama de causa-efecto**, Se trata de un diagrama que por su estructura ha venido a llamarse también: **diagrama de espina de pescado**, que consiste en una representación gráfica sencilla en la que puede verse de manera relacional una especie de

espina central, que es una línea en el plano horizontal, representando el problema a analizar, que se escribe a su derecha. Y una seria de espinas diagonales hacia la izquierda que representan cada aspecto el problema central y en cada una de ellas ramificaciones que especifican las diferentes causas que se presentan Es una de las diversas herramientas surgidas a lo largo del siglo XX en ámbitos de la industria y posteriormente en el de los servicios, para facilitar el análisis de problemas y sus soluciones en esferas como lo son; calidad de los procesos, los productos y servicios.

- **Diagrama de Pareto:** también llamado **curva 80-20** o **Distribución A-B-C**, es una gráfica para organizar datos de forma que estos queden en orden descendente, de izquierda a derecha y separados por barras. Permite, pues, asignar un orden de prioridades. El diagrama permite mostrar gráficamente el principio de Pareto (pocos vitales, muchos triviales), es decir, que hay muchos problemas sin importancia frente a unos pocos graves. Mediante la gráfica colocamos los "pocos vitales" a la izquierda y los "muchos triviales" a la derecha. Hay que tener en cuenta que tanto la distribución de los efectos como sus posibles causas no es un proceso lineal sino que el 20% de las causas totales hace que sean originados el 80% de los efectos.
- **Diagrama de Flujo:** Un **diagrama de flujo** es una representación gráfica de un algoritmo o proceso. Estos diagramas utilizan símbolos con significados bien definidos que representan los pasos del algoritmo, y representan el flujo de ejecución mediante flechas que conectan los puntos de inicio y de término. Permitiendo realizar un sencillo análisis sobre todo proceso.

3.4.2 Procesos Estocásticos

- **Teoría de colas:** es el estudio matemático de las líneas de espera o colas dentro de un sistema. Su objetivo principal es el análisis de varios indicadores tales como tiempos entre arribos, tiempo de servicio, tamaño de la cola, tamaño del sistema, tiempo en cola, tiempo en sistema y utilización

del sistema, entre otros.

3.4.3 Gestión de Calidad

- **Sistema de Gestión de Calidad:** es el conjunto de normas interrelacionadas de una organización por los cuales se administra de forma ordenada la calidad de la misma, en la búsqueda de la mejora continua. Entre dichos elementos, los principales son:

  1. Estructura de la organización: responde al organigrama de los sistemas de la empresa donde se jerarquizan los niveles directivos y de gestión. En ocasiones este organigrama de sistemas no corresponde al organigrama tradicional de una empresa.
  2. Estructura de responsabilidades: implica a personas y departamentos. La forma más sencilla de explicitar las responsabilidades en calidad, es mediante un cuadro de doble entrada, donde mediante un eje se sitúan los diferentes departamentos y en el otro, las diversas funciones de la calidad.
  3. Procedimientos: responden al plan permanente de pautas detalladas para controlar las acciones de la organización.
  4. Procesos: responden a la sucesión completa de operaciones dirigidos a la consecución de un objetivo específico.
  5. Recursos: no solamente económicos, sino humanos, técnicos y de otro tipo, deben estar definidos de forma estable y circunstancial.

- **Certificación:** Existen una pluralidad de estándares de gestión de la calidad normalizados, es decir, definidos por un organismo normalizador, como ISO, DIN o EN, etc. que permiten que una empresa con un sistema de gestión de la calidad pueda validar su efectividad mediante una auditoría de una organización o ente externo. Una de las normas más conocidas para gestionar la calidad, es la norma ISO 9001 (última revisión ISO 9001:2008).

También existen normas específicas para determinados sectores o actividades, por ejemplo la norma ISO/IEC 17025:2005 que aplica para el diseño de un sistema de gestión de la calidad en Laboratorios.

En ocasiones, dependiendo del tipo de empresa y de la complejidad de su sistema de gestión, se utiliza un sistema integrado para la gestión de la calidad, el medio ambiente (según norma ISO 14001) y la seguridad, (según norma OHSAS 18000). Cabe destacar a manera de resumen que los 3 pilares básicos en los que se basa un buen sistema de gestión de la calidad son:

- Planificación de gestión de la calidad.
- Control de la gestión de la calidad.
- Mejora continua de gestión de la calidad.

- **Filosofía de Calidad:** es todo un conjunto de filosofías, que en su conjunto permiten disminuir la variabilidad de un proceso y la satisfacción del cliente. Entre las filosofías más representativas están: Deming, Juran, Ishikawa, Crosby y la filosofía Toyota.

3.5 APORTE CRÍTICO

Con este proyecto se pretende diseñar una metodología que permita detectar algunos procesos susceptibles a mejora, por medio de un sistema de priorizacion utilizando los criterios del AMEF, para los procesos criticos se realizaran planes de accion.

El PAMEC, programa de mejoramiento de la calidad de la atención en salud se utilizara como un componente indispensable para implementar la auditoria como elemento de mejoramiento y mecanismo de evaluación interna para lograr la

calidad esperada, utilizaremos ICONTEC, como entidad acreditadora para realizar procesos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa. Para crear nuestro modelo nos enfocaremos en la seguridad del paciente que es uno de los ejes del Sistema Único en Acreditación en Salud, el cual implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud.

La Joint Commission es nuestro eje temático principal usándolo como marco de referencia para desarrollar nuestro modelo que servirá de guía para que la Fundación Hospitalaria XYZ pueda llegar a la Acreditación internacional bajo los estándares de la Joint Commission. Utilizaremos como apoyo los procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa de la SUA, Sistema Único de Acreditación para evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad.

También nos serviremos continuar con la gestión que hoy ya se está implementando en la Fundación como lo es la búsqueda de la acreditación por excelencia. Este es un aspecto muy importante de analizar ya que es el comienzo de un proceso de cierre de brechas que nos permitirá no solo darle una guía, sino una herramienta a la Fundación para que logre alcanzar su objetivo.
Todo esto con el fin de que la Fundación sea reconocida como una clínica de referenciación, y garantizar la seguridad y confiabilidad de los pacientes.

4 METODOLOGIA

La metodología se desarrollara en seis etapas en las cuales se pretenderá realizar una serie de actividades para el cumplimiento de los objetivos planteados.

4.1 Contextualizarse con el objeto de estudio

Para llevar a cabo este objetivo se realizo la investigación necesaria para iniciar satisfactoriamente el proyecto. Se determino la forma en que la Fundación Hospitalaria XYZ desarrolla su plan de mejora continua. Especialmente en el área de laboratorio clínico.

4.2 Análisis del proceso actual de mejoramiento y del nivel actual de acreditación.

Para llevar a cabo con la culminación de este objetivo se visito la Fundación Hospitalaria XYZ, para conocer sus instalaciones incluyendo los diferentes departamentos y procesos que están encaminados a alcázar la acreditación internacional.

Verificando de esta manera el estado y proceso actual de acreditación que tenga la Fundación. Para este objetivo se tendrá en cuenta toda la información que nos brinde el contacto que se tiene en la Fundación para llevar a cabo el proyecto, además de la consulta del proyecto de grado anterior que se encamino al cierre de brechas para lograr la acreditación con excelencia. Todo esto para culminar ese proceso y lograr realizar un empalme y poder continuar con nuestro proyecto, también se revisaron los resultados de la anterior acreditación obtenida por la fundación con ICONTEC (resultados que no podemos divulgar por confidencialidad de la fundación).

4.3 Determinar una metodología que permita analizar los procesos susceptibles a mejora en el área de Laboratorio Clínico, bajo los estándares de la Joint Commission.

En este objetivo se llevo a cabo un lineamiento con el proyecto anterior para así asegurar una continuidad de todo el proceso de acreditación. Posteriormente se llevara a cabo el diseño de una metodología que permita dar propuestas de mejora que permitan cumplir con los estándares, como también una propuesta de mejora en un futuro para los procesos que actualmente no son muy susceptibles a mejora. Para así lograr encaminar todos los procesos para que se acoplen a los estándares que exige la Joint Commission como ente Acreditador y la PAMEC como ente regulador.

4.4 Realizar una prueba piloto de la metodología en el Laboratorio Clínico.

Para llevar a cabo con este objetivo se realizara una prueba al modelo desarrollado en el punto anterior, durante un tiempo de dos semanas en el primner semestre del año 2012. En el área de Laboratorio Clínico correspondiente al grupo 1. Con el fin de verificar la viabilidad de la aplicación de la metodología para que la fundación pueda continuar con el proceso de acreditación y de re acreditación en un futuro.

4.5 Consolidar el trabajo investigativo y propuesto en un documento final para presentarlo ante el comité de aprobación

Para llegar a cabo este objetivo se documentara todo lo correspondiente al desarrollo del proyecto. Desde su inicio en la recolección de información hasta el final que consiste en la aplicación de la prueba piloto. Incluyendo marco de referencia, antecedentes, marco legal y las diferentes actividades que se lleven a cabo para el desarrollo del mismo.

5 ADMINISTRACION DEL PROYECTO

Recursos disponibles

Para la realización del proyecto se contara con recursos financieros, tecnológicos y humanos.

5.1 Recursos Financieros

Para llevar a cabo el proyecto se dispone de recursos financieros propios del grupo de investigación. Para cubrir el desplazamiento y adquisición de implementos necesarios para acceder a la Fundación Hospitalaria XYZ, las reuniones previstas con el tutor temático y las reuniones entre los integrantes del grupo de investigación

5.2 Recursos Tecnológicos

Se contara con computadores y todo el software necesarios para la búsqueda de información y la documentación de la misma. Como Microsoft Office que incluye Microsoft Word, Microsoft Excel, Microsoft PowerPoint, Microsoft Project, Microsoft Visio. Como el acceso que tengamos a internet para realizar las consultas pertinentes.

Documentación bibliografía como el material que sea facilitado por la Fundación Hospitalaria XYZ, libros y artículos sobre procesos de acreditación.

5.3 Recursos Humanos

- **Equipo investigador:** conformado por dos grupos cada uno con dos integrantes, que se encargaran de recolectar la información, documentarla y realizar la prueba piloto
  - **Grupo 1**
    - **Juan Sebastián Montoya Perlaza:** Estudiante de Ingeniería Industrial

de la Universidad Icesi, Noveno semestre.

- **Alan Jacob Jaimes Ramírez:** Estudiante de Ingeniería Industrial de la Universidad Icesi, Noveno semestre.

- **Tutor Temático:** es el responsable de dar las bases que servirán de direccionamiento al equipo investigador en el desarrollo del proyecto para lograr culminar todos los objetivos planteados

  Helena María Cancelado Carretero: Ingeniera Industrial, Especialista en Administración de Calidad, formación en Aseguramiento de Calidad, Buenas prácticas de Manufactura, Mejoramiento Continuo, Análisis de Proceso y Aplicación de Sistemas Integrados de Gestión bajo los estándares ISO 9000, ISO 14001, OSHAS 18001, BPM, HACCP y QS 9000, con experiencia en dirección de proyectos de consultoría de calidad, auditorias de calidad y capitación en empresa pequeñas, medianas y grandes, de los sectores de Manufactura y servicios. Así mismo experiencia en el diseño de seminarios relacionados con el tema de docencia en la Universidad. Con experiencia docente en Gerencia de Calidad, Gerencia de Procesos, Sistemas Integrados de Gestión y Dirección y Despliegue Estratégico en las especializaciones de Gerencia de Producción y Gerencia de Calidad para la Competitividad.
- **Tutor metodológico:** es el responsable de servir como guía sobre la correcta redacción del documento y dar las bases para una sustentación satisfactoria.
- **Jairo Guerreo Bueno:** Ingeniero Industrial con especialización en gerencia de Producción, actualmente se desempeña como docente de Fundamentos de Producción, Procesos y procedimientos, proyecto de grado I y proyecto de grado II.

6 DESARROLLO DEL PROYECTO

6.1 Contextualizar con el Objeto de estudio

El servicio de Laboratorio Clínico constituye una unidad funcional cuyo principal objetivo es proporcionar datos de análisis cualitativos y cuantitativos realizados a muestras biológicas, con fines de contribuir a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades humanas.

A los laboratorios acuden pacientes externos, puesto que los exámenes que se requieren de los enfermos hospitalizados se hacen mediante muestras que se toman en las unidades de hospitalización. En consecuencia su ubicación será preferentemente en la planta baja, con fácil acceso a la sección de recepción del Archivo Clínico y en menor grado con el departamento de Consulta Externa. Este servicio deberá ubicarse en relación cercana a los servicios de consulta externa, urgencias, terapia intensiva, quirófano y con fácil acceso hacia las áreas de hospitalización.

Razones para utilizar los servicios del Laboratorio Clínico:

- Descubrir enfermedades en etapas clínicas
- Ratificar un diagnostico sospechado clínicamente.
- Obtener información sobre el pronóstico de una enfermedad.
- Establecer un diagnóstico basado en una sospecha bien definida.
- Vigilar un tratamiento o conocer una determinada respuesta terapéutica.
- Precisar factores de riesgo.
- Controles periódicos.
- Atención profesional con cálida humana.

Las áreas de servicio:

1 Sala de Espera y Recepción. Donde los pacientes esperarán cómodamente a ser atendidos.

2 Cubículos de Toma de Muestras. En este punto se obtienen las muestras para luego ser distribuidas a las diversas secciones del laboratorio.

3 Secciones de Laboratorio:

3.1 Hematología: En este se efectúan diversas pruebas que se resumen para el objeto que persigue este estudio en tres: pruebas de coagulación, pruebas de contabilidad sanguínea y morfología.

3.2 Química Clínica: Aquí se realizan análisis que se clasifican de la siguiente forma:

3.2.1 Química sanguínea de rutina

3.2.2 Exámenes generales de orina

3.2.3 Determinación de reserva electrolítica y bióxido de carbono en la sangre

3.2.4 Microbiología: Las diversas labores que se realizan aquí pueden clasificarse en la siguiente forma:

3.2.4.1 Coproparasitología: Tiene por objeto investigar la presencia de parásitos en materias fecales.

3.2.4.2 Bacteriología: Consiste en examinar directa o indirectamente la presencia o actividad de organismos microscópicos en sangre, orina, materia fecal, jugo gástrico y exudados orgánicos.

3.2.4.3 Inmunología: Realiza pruebas sobre los anticuerpos que revelan la presencia y actividad de microorganismos en el cuerpo humano

6.1.1 Diagrama de Flujo del Laboratorio Clínico Pacientes Hospitalizados

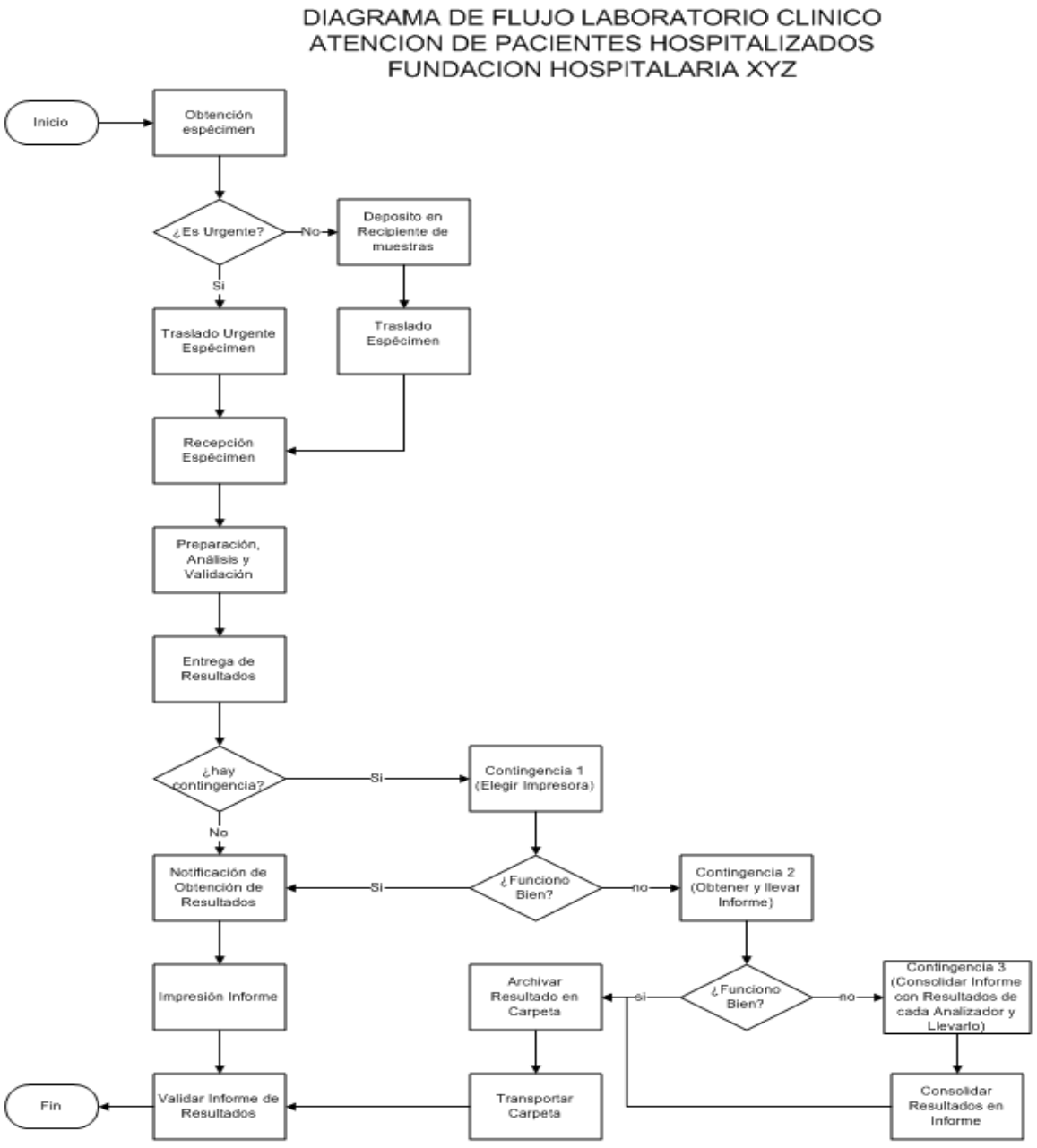


Grafico 2: Diagrama de Flujo del Laboratorio Clínico Pacientes Hospitalizados.

Fuente: Manuales laboratorio clínico y propios

Ver anexo 3: Descripción Diagrama de Flujo Diagrama de Flujo Laboratorio Clínico para Hospitalización)

6.1.2 Diagrama de flujo del Laboratorio Clínico Pacientes ambulatorios

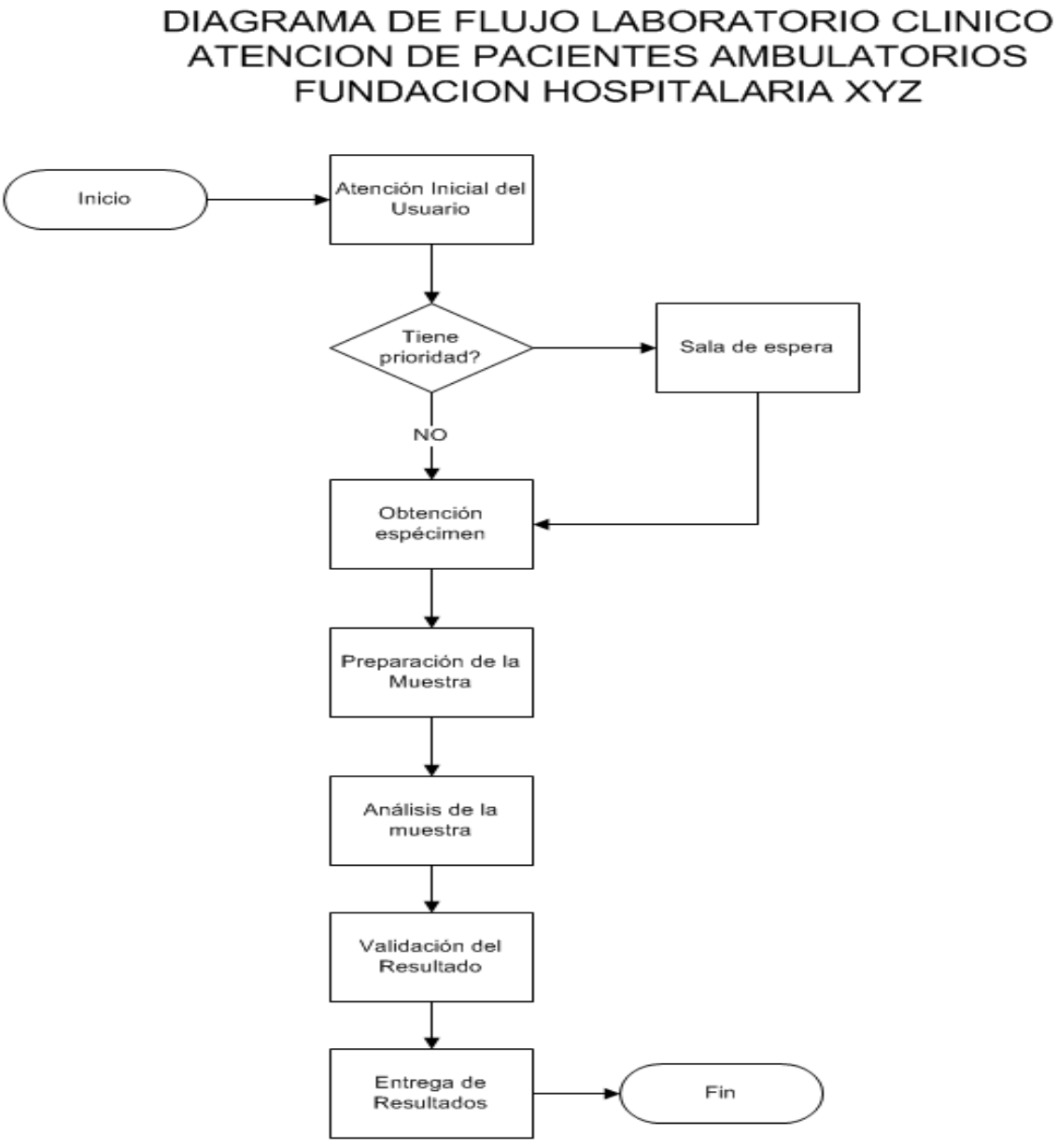


Grafico 3: Diagrama de Flujo del Laboratorio Clinico Paciente Ambulatorio

Fuente: Manuales Laboratorio clinico y propios

Ver anexo 4: Descripción Diagrama de Flujo Diagrama de Flujo Laboratorio Clínico para Ambulatoria)

6.1.3 Requisitos Absolutos Especímenes

Las muestras se aceptan para procesamiento si cumple con las siguientes especificaciones:

INFORMACIÓN EN LA MUESTRA Y LA ORDEN CLÍNICA/MEDICA	**ESPECIFICACIONES DE LA MUESTRA**
Nombres y Apellidos del Paciente (Sin abreviaturas)	Muestra sin Coágulos (si es sangre anti coagulada)
No de Documento de Identidad o de Historia o de Episodio o de Orden Clínica (al menos uno de esos datos)	Muestra sin hemolisis (si es plasma o suero)
Ubicación de la Cama del Paciente	Muestra sin aire (si es para gases sanguíneos)
Identidad del Medico Solicitante	Volumen optimo
Edad, Sexo e Información Clínica Relevante	Contenedor adecuado, sin rotura ni derrame de contenido
Marcación, señalando cuando se trata de urgencia vital	

Tabla 1: Requisitos Especímenes

Fuente: Manual Gestión de Mejoramiento

6.1.4 Criterios de Rechazo de Especímenes no Conformes

Si los datos de la muestra no coincide con los datos de la orden, o en aquellos en el que el contenedor, o no se cumple algún requisito arriba definido, la muestra es rechazada y retenida con el fin de evitar correcciones que no garantizan la identidad e idoneidad del espécimen, salvo en las siguientes excepciones en que se acepta la muestra de manera forzada.

1	Muestra cuyo paciente haya sido difícil de sangrar (paciente pediátrico o de avanzada edad)

2	Muestra obtenida mediante procedimiento invasivo o quirúrgico
3	Muestra de Paciente dado de alta o que no consiente a la retoma
4	Muestra con tiempo definido

Tabla 2: Excepciones para recibir muestra si no se tiene espécimen idóneo

Fuente: Manual Gestión Mejoramiento

6.2 Análisis del Proceso Actual de Mejoramiento

6.2.1 Implementación Ciclo PHVA

Planeación de la Prestación del Servicio

Se parte de la identificación de sus usuarios:

- Paciente
- Entidades en convenio
- Proveedores/contratistas
- Donante (sangre u órganos)
- Entidades de estudios clínicos/investigación
- Cuerpo medico
- Familia/acompañante del paciente
- Instituciones académicas
- Unidades/servicios de la Fundación Hospitalaria XYZ

	Características	**Sistema de Garantía de Calidad de la Atención de Salud Decreto 1011 de 2006**	**definición**
1	Actitud de Servicio	Aceptabilidad	Disposición para brindar solución a las necesidades de los Usuarios con calidez, consideración y amabilidad

2	Adherencia a Normas y Requisitos	pertinencia	Cumplimiento a lo que esta reglamento por entes regulares
3	Alta Tecnología		Equipos y técnicas de trabajo que permiten ofrecer la mejor medicina de acuerdo al entorno
4	Cobertura	Accesibilidad y continuidad	Cubrimiento por parte de las entidades en convenio con la Fundación Hospitalaria XYZ y/o disponibilidad de todos los servicios
5	Comodidad		Instalaciones básicas y accesibles que brinden un servicio acorde a la situación
6	Cumplimiento de Acuerdos	Aceptabilidad	Obrar, hacer y/ejecutar aquellos que se ha convenido
7	Disponibilidad	Accesibilidad y continuidad	atención al usuario las 24 horas del día
8	Educación	competencia	Al paciente y la Familia: Entrenamiento y coordinación de actividades del cuidado del paciente, a la familia, paciente, acompañante y/o entidad en convenio para asegurar la continuidad del tratamiento en las patologías definidas
			Continuada: Aprendizaje y actualización continua para el personal Médico, Paramédico y Asistencial tanto interno como externo

9	Flexibilidad	Accesibilidad y continuidad	Capacidad de adaptación a los cambios
10	Idoneidad	pertinencia	Competencia de personas y calificación de procesos, productos y de equipos para la prestación del servicio
11	Información y Orientación		Información precisa, oportunidad, veraz y completa sobre trámites administrativos y diagnostico, recomendaciones generales.
12	Oportunidad	Oportunidad	Realizar la atención, tratamiento, diagnostico, intervención en el momento en que su prioridad lo requiera
13	Responsabilidad	Eficiencia	Utilizar los recursos en función de la necesidad del Paciente con base en la evidencia clínica evitando su desperdicio
14	Respeto	Accesibilidad y continuidad	Trato digno y justo al Usuario
15	Seguridad	seguridad	Garantía de la integridad del Paciente, sus bienes y recursos
16	Tarifas Razonables	Eficiencia	Tarifas acordes con el servicio prestado y al nivel competitivo del mercado.
17	integralidad	efectividad	todas las características

Tabla 3: Características e la atención al paciente

Fuente: Manual Gestión de Mejoramiento

Implementación de la Prestación del Servicio

Macro proceso: Atención Medico Asistencial
Propósito: Prestar servicios de salud idoneidad y competencia del Personal involucrado en la ejecución del proceso.
Directriz: Atención integral en salud con oportunidad seguridad, eficiencia y calidad.
Proceso: Atención al Usuario en el Laboratorio Clínico La unidad comprende los servicios de Laboratorio Clínico, Patología y Banco de Sangre. El propósito es asistir al equipo de salud en atender integralmente al paciente, en Unión de su Familia, en la necesidad de promover, mantener y mejorar su estado de salud. En la prestación del servicio se busca garantizar la integralidad y confidencialidad de la información, el control y estandarización de los procesos y sus entradas, eliminar actividades que no aportan valor y hacer interacción oportuna y sincrónica con el equipo de salud, el paciente y sus acudientes. Los especímenes de aceptan conforme a requisitos claramente definidos y se mide y ajusta periódicamente al desempeño de los sistemas analíticos y del recurso humano para maximizar la exactitud del resultado. Se hacen esfuerzos continuos en capacitación de recurso humano y en regular los procesos para minimizar el riesgo de seguridad para nuestros colaboradores y usuarios, y en erradicar el impacto adverso en la comunidad y el ambiente.
Abarca tres etapas: 1. **Pre-analítica:** atención del paciente y/o toma o recepción del espécimen. 2. **Analítica:** Preparación de los sistemas analíticos, acondicionamiento y procesamiento de la muestra.

3. **Post-analítica:** Validación del ensayo y del resultado, entrega del usuario.
Indicadores de Procesos Internos • Error total fase analítica en pruebas cuantitativas • Falla en oportunidad a Ambulatorios • Falla en oportunidad de resultados a Cirugía • Falla en oportunidad de resultados a Hospitalización • Falla en oportunidad de resultados a UCI´s • Falla en oportunidad de resultados urgentes.

Tabla 4: Macro proceso y Proceso

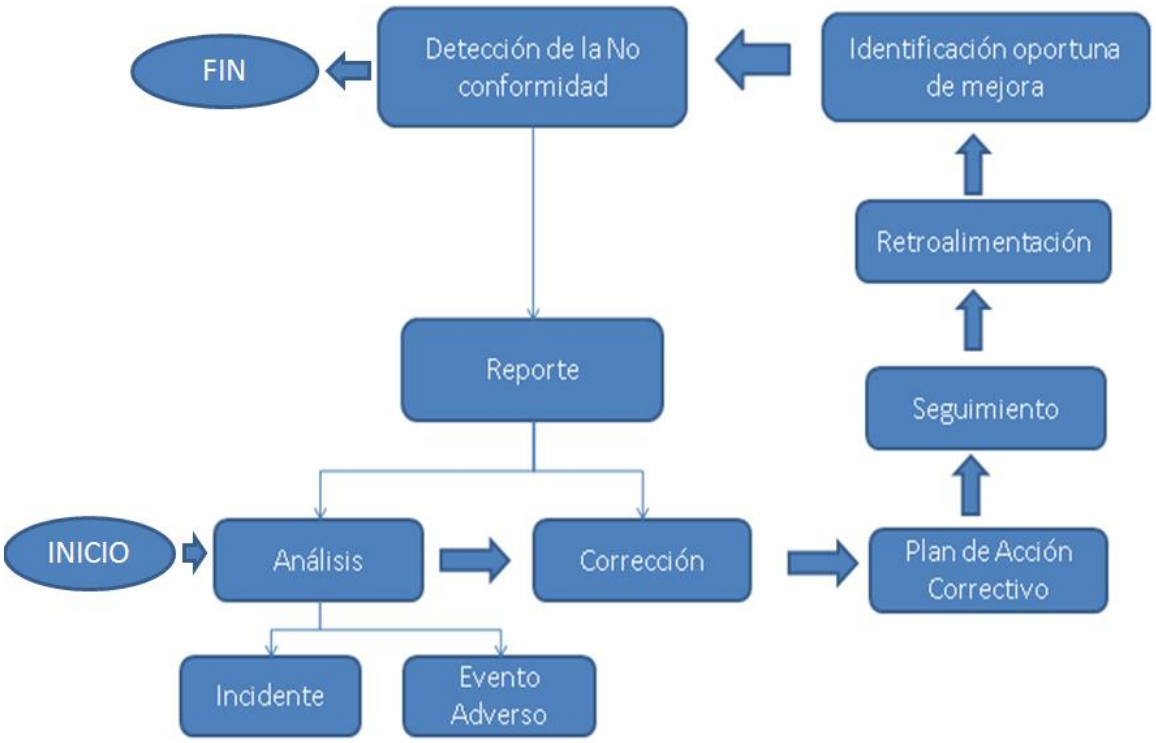
Fuente: Manual Gestión de Mejoramiento

Seguimiento de la Prestación del Servicio

Institucionalmente se maneja el reporte de incidentes (no conformes) que permite analizar la operación de los procesos que intervienen en la situación presentada, estableciendo correcciones y/o generando las acciones correctivas en los casos que se requieran. Estos se clasifica según su impacto en el Usuario como: Incidente por proceso, incidente institucional, evento adverso y evento centinela.

Acción correctiva: Se analiza la situación no conforme, estableciendo alternativas de solución. Para cada causa detectada se definen las acciones que eviten la reincidencia de la no conformidad; igualmente se establece Responsable, fecha de cumplimiento y fecha de seguimiento.

Acción Preventiva: si se identifican problemas potenciales, se proceden a instaurar el plan de acción preventivo para eliminar causas que lo puedan provocar.



Grafica 4: Proceso de no conformidad. Fuente Propia

Fuente: Manual Gestión de Mejoramiento

Toma de acciones de la prestación de servicios.

La cultura de mejoramiento continuo de los procesos apunta a alcanzar la satisfacción de nuestros Usuarios. Para esto contamos con una metodología que facilita la planeación, evaluación, clasificación y seguimiento de las mejoras ya sean de carácter institucional o por proceso.

Las mejoras por proceso son los definidos de carácter focal en los cuales los objetivos del mismo se relacionan con los objetivos del macro proceso o del área que lo ejecuta, incluso pueden apuntar al beneficio de otra área diferente a la que lo lidera. Estas mejoras son definidas por los responsables y su seguimiento y análisis será realizado al interior del área o servicio al que pertenece.

6.2.2 Informe De Evaluación y seguimiento

6.2.2.1 Conclusiones Generales Primer Informe[10]

El servicio de laboratorio clínico, patología y banco de sangre, en relación con el primer seguimiento, continuo manteniendo sus procedimientos, avanzando en la automatización, en la estandarización de sus procesos, en la adecuación de su infraestructura, en la renovación de tecnología y en la realización de esfuerzos por mejorar la oportunidad del proceso de atención mediante contratación de recurso humano y ajuste de sus procedimientos y herramientas informáticas; no obstante, como parte del proceso de mejoramiento continuo debe avanzar en los siguientes aspectos u oportunidades de mejoramiento.

1. Completar la evaluación de la comprensión de los derechos y deberes del paciente mediante validación de la información recibida por este e identificar las barreras de acceso del paciente al suministro de información (culturales, idioma, cognitivas, auditivas, visuales entre otras) e implementar las acciones pertinentes según resultados.
2. Implementar la medición, análisis y toma de decisiones de la oportunidad en la toma y entrega de exámenes en servicios ambulatorios y hospitalarios teniendo en cuenta exámenes críticos y el ciclo total de atención en el servicio de laboratorio clínico, patología y banco de sangre y laboratorios externos, a partir de estándares definidos y consensuados con el personal asistencial que participa en el proceso de atención.
3. Implementar mecanismos o barreras de seguridad para identificar por parte del laboratorio clínico, banco de sangre y patología, muestras correspondientes a pacientes homónimos o gemelos, así como para realizar seguimiento periódico y sistemático a las barreras de identificación implementadas para muestras de exámenes o toma de especímenes de pacientes ambulatorios, hospitalizados y de urgencias.

[10]Informe De Evaluación Del Segundo Seguimiento Al A Fundación Hospitalaria XYZ 2010

4. Implementar la identificación, intervención, análisis y seguimiento proactivo, periódico y sistemático de riesgos durante el proceso de atención de laboratorio clínico, patología y banco de sangre en el marco de eventos adversos potenciales o presentados y la política de seguridad institucional.
5. Finalizar la automatización del proceso de laboratorio clínico.
6. Implementar estrategias o mecanismos orientados a garantizar y evaluar el suministro al paciente ambulatorio y hospitalizado de información suficiente, oportuna y pertinente relacionada con la preparación para la toma de exámenes de laboratorio clínico, banco de sangre y patología, según aplique.
7. Consolidar el equipo de autoevaluación en relación con el seguimiento periódico y sistemático de los planes de mejoramiento producto de la evaluación de los estándares de acreditación y la interacción con los demás equipos de autoevaluación.

6.2.2.2 Conclusiones Generales Segundo Informe[11]

El servicio de laboratorio clínico, patología y banco de sangre, continuo manteniendo sus procedimientos, avanzando en la automatización, en la estandarización de sus procesos, en la adecuación de su infraestructura, en la renovación de tecnología y en la realización de esfuerzos por disminuir los tiempos del ciclo de atención para mejorar la oportunidad del proceso de atención mediante ajuste· de sus procedimientos, desarrollo de las rondas del laboratorio clínico en el servicio de hospitalización, desarrollo de herramientas informáticas; no obstante, como parte del proceso de mejoramiento continuo debe avanzar en los siguientes aspectos u oportunidades de mejoramiento:

1. Implementar mecanismos que permitan realizar seguimiento al suministro oportuno y pertinente y suficiente de información relacionada con la preparación para la toma de exámenes de laboratorio clínico, banco de

[11] Informe De Evaluación De Nuevo Ciclo Fundacion Hospitalaria XYZ 2011

sangre y patología al paciente ambulatorio y hospitalizado.

2. Implementar mecanismos o reforzar los existentes que garanticen la medición y el Cumplimiento del ciclo total de atención del laboratorio clínico en los servicios hospitalarios especialmente en el servicio de urgencias y garantizar el conocimiento por parte de todos los servicios de los tiempos del ciclo total de atención del laboratorio clínico, y los resultados de la monitorización. (teniendo en cuenta el tiempo transcurrido entre la solicitud y la emisión del resultado).
4. Garantizar el consenso para la determinación y actualización permanente de los estándares del ciclo total de atención de laboratorio clínico, banco de sangre, entre las áreas asistenciales y el laboratorio clínico y banco desangre.
5. Implementar mecanismos que permitan realizar trazabilidad periódica (en el día a día) y sistemática por los servicios de laboratorio clínico, banco de sangre y patología a las barreras de seguridad existentes para la toma de la muestra de exámenes o toma de especímenes que le tomen el examen al paciente que es, reporten y entreguen el resultado al paciente que es, de los servicios ambulatorios, hospitalizados y de urgencias, consolidar información, analizar resultados e implementar las acciones pertinentes.
6. Completar la actualización de los protocolos de los servicios de laboratorio clínico, patología y banco de sangre en el marco de una planeación establecida, integrarlos a las guías de práctica clínica médica e implementar la evaluación periódica y sistemática de los mismos (teniendo en cuenta una planeación establecida y los instrumentos requeridos), consolidar la información, analizar los resultados e implementar las acciones pertinentes.
7. Evaluar la viabilidad de aumentar la cobertura de las rondas de laboratorio clínico a 24 horas mecanismos que contribuyan a disminuir el N° de muestras no conformes en el marco de la seguridad del proceso de atención.

8. Implementar la medición de la oportunidad en la entrega de resultados de exámenes de laboratorio referidos a otros laboratorios, tabular la información, emitir el indicador correspondiente, analizar e implementar las accionas según correspondan.
9. Garantizar el seguimiento sistemático y periódico a la remisión de las muestras de exámenes referidas a otros laboratorios clínicos en relación con condiciones de transporte y condiciones de llegada de las mismas.
10. Trascender de la auditoria de la transfusión sanguínea basada en el registro hacia la auditoria basada en la evaluación y verificación de la actuación de tal forma que permitan evidenciar la coherencia entre lo registrado y lo realizado por el personal e incluir en esta evaluación variables asociadas con la adecuada y pertinencia prescripción de la transfusión por el médico así como el entendimiento del consentimiento informado por parte del paciente.
11. Fortalecer la formulación del plan de acción del comité de transfusiones, de tal forma que se pueda realizar trazabilidad cuantitativa periódica y sistemática al cumplimiento de las funciones del mismo y al avance de la gestión del comité.
12. Fortalecer la periodicidad, la documentación, la participación y la gestión de los integrantes de las reuniones, del equipo de autoevaluación de laboratorio clínico, patología y banco de sangre en el marco de los lineamientos institucionales existentes

6.3 Determinar una metodología que permita analizar los procesos susceptibles a mejora tanto en área de Laboratorio Clínico, bajo los estándares de la Joint Commission.

La metodología propuesta en el presente proyecto es la integración de AMEF, como el modo de encontrar fallas potenciales en el sistema, y estándares de acreditación de la Joint Commission. Se divide en una seria de etapas que pretenden es la identificación y análisis procesos susceptibles a mejora, por lo que

se requiera su intervención y así cumplir con los estándares requeridos. Esta metodología se divide en cinco etapas las cuales contemplan la Preparación, Matriz de Validación, Resultado, Priorización y Plan Estratégico de Mejora. Las cuales se describen a continuación.

6.3.1 Etapa Uno: Preparación

1. Definir el área a evaluar: especificar un área de la Fundación Hospitalaria XYZ en donde se realizara la auditoria.
2. Conformar un Equipo Multidisciplinario y realizar el cronograma de trabajo Se debe llevar a cabo por un grupo mínimo de tres (3) personas el cual está con formado por:
    - Subdirector Asistencial: Es la persona que representa a la dirección en el proceso de auditoría.
    - Jefe de Gestión Clínica: es la persona que asegura la prestación del servicio con Calidad.
    - Jefe de Mejoramiento: Es la persona que se encarga de capacitar al personal de la Fundación en Cuanto a estándares y proceso de certificación de la Joint Commission.
3. Definir Estándares a Evaluar dentro del Área determinada: específica capítulo de estándares se van a evaluar en la auditoria.
4. Determinar la escala de calificación de los elementos medibles
   Esta Escala de Calificación está dada por cuatro ítems
    - NA (Sin Valor): significa que no aplica el elemento medible, es decir no corresponde con el servicio que se está evaluando y reduce el denominador para calcular adecuadamente el porcentaje de cumplimiento
    - Cero (0): significa que no cumple, si la respuesta es “rara vez” o “nunca” al requerimiento específico del elemento medible en caso de que sea entrevista o que no se tenga la evidencia en caso de que se requiera documentación.

- Cinco (5): Significa que cumple parcialmente, si la respuesta es “habitualmente” o “a veces” al requerimiento especifico del elemento medible en caso de que sea entrevista o que se tenga la evidencia pero esta no estandarice el proceso, en caso de que se requiera documentación.
- Diez (10): Significa que Cumple totalmente, si la respuesta es “si” o “siempre” al requerimiento especifico del elemento medible en caso de que sea entrevista o que se tenga la evidencia suficiente para demostrar que el proceso esta estandarizado en caso de que se requiera documentación.

6.3.2 Etapa Dos: Matriz de Validación

1. Generación de matriz de análisis.

   Se emplea Microsoft Excel como sistema informático para el tratamiento eficiente de la información. Las variables que se consignaron fueron: estándar, intención, elementos medibles, calificación, hallazgos y procedimiento de la siguiente manera:

Estándar	**Intención**	**Elementos Medibles**	**Calificación**	**Hallazgos**	**Procedimiento**
…	…	…	…	…	…

Tabla 5: Bosquejo Matriz de Validación de Estándares

Fuente: Recursos Propios

- Estándar: Requisito que establece la Joint Commission, que define las expectativas de funcionamiento con respecto a la estructura, proceso y a los resultados que deben estar sólidamente en un lugar apropiado en la organización para alcanzar la seguridad y la calidad para el cuidado del paciente.

- Intención: especifica la razón de ser del estándar de la Joint Commission.
- Elementos medibles: son requisitos del estándar dado por la Joint Commission, que serán revisados y a los que se les asignara una calificación durante el proceso de auditoría para acreditación. Los elementos medibles simplemente enumeran lo que es necesario a fin de cumplir en forma absoluta el estándar.
- Calificación: es la escala numérica que se le dará a cada elemento medible de acuerdo a su cumplimiento. Ver Etapa Uno: Preparación, fase cuatro Determinar la escala de calificación de los elementos medibles
- Hallazgos y procedimiento hace referencia a ciertas situaciones fuera de lo común que se perciben a la hora de evaluar el estándar, haciendo énfasis el procedimiento en que ocurre.

2. Validación de Matriz de Análisis.

   Por medio de reuniones del grupo multidisciplinar se valida la viabilidad de la implementación de la matriz, verificando que los estándares y el área a evaluar sean los correctos.

3. Tipo de Evidencias.
   - Físicas: se obtienen mediante inspección u observación directa de la infraestructura, los recursos, las actividades o los servicios.
   - Documentales: Consiste en información elaborada, como la obtenida en: manuales, guías, algoritmos, protocolos, contratos registros, notas médicas, gráficas y reporte de información relacionada con la productividad y desempeño de la atención médica, oficios, minutas y otros.
   - Testimoniales: se obtiene mediante entrevistas a pacientes, familiares y personal de establecimiento.

   Con base a lo anterior es importante tener en cuenta que de acuerdo a cada estándar se debe elegir el tipo de evidencia indicado a utilizar para

que sirva de prueba del cumplimiento del estándar.

4. Calificar Matriz.

   De acuerdo a la escala de calificación se le da esta puntuación a cada elemento medible

5. Calcular Porcentajes de Cumplimiento

   El porcentaje de cumplimiento se procede a calcular por cada Sub estándar, por cada estándar, y la globalidad del grupo de estándares. Así:

$$\%cumplimiento = \frac{\sum Calificaion\ del\ elemnto\ medible}{numero\ de\ elementos\ medibles * 10}$$

6.3.3 Etapa tres: Resultados

1. Análisis de resultados globales.

   Se emplean Tablas y Gráficos dinámicos para expresar los resultados obtenidos en el trabajo con la matriz.

2. Criterio para determinar Estándares de mayor riesgo.

   Una vez obtenidos los resultados en tablas y gráficos se procede a determinar que estándares requieren análisis y una priorización mediante una metodología basada en AMEF.

- Se considera que el estándar se aplica sistemáticamente y tiene oportunidades de mejora que no afectan los objetivos de servicio, cuando este obtiene un porcentaje de cumplimiento igual o superior al 90% de sus elementos medibles. Este estándar debería ser intervenido, en caso de ser necesario, con una prioridad baja.
- Se considera que el estándar cumple parcialmente cuando este obtiene un porcentaje que este entre el 75% y el 90%, este estándar debe ser tratado pero con una prioridad media.
- Se considera que el estándar es crítico y tiene una prioridad alta, por ende de atención inmediata, si el porcentaje de complimiento de sus elementos

medibles es inferior al 75%.

6.3.4 Etapa Cuatro: Priorización[12]

Por medio de la priorización se establece el orden en que deben ser tratados los problemas encontrados en la auditoria y posterior calificación. La elección del problema crítico se realiza dando una calificación de tres criterios dentro de una matriz de criterios.

1. Criterios a tener en cuenta.
    - Severidad (S): Califica que tan grave es el problema según si afecta el cumplimiento de una norma interna o externa de la entidad, el cliente final, y los procesos de la Entidad.
    - Detección (D): Califica el problema según la facilidad con que la empresa puede darse cuenta de que el problema existe.
    - Frecuencia (F): es el número de veces que se presenta por mes.
2. Tablas de Calificación de Criterios.

Calificación de Severidad (S)	**Valor asignado**
Genera muerte o evento adverso, genera contaminación de difícil recuperación, Genera reclamo o parada de la prestación del servicio por más de 1 semana o perdida del cliente	10
Genera o casi evento adverso (incidente), queja, genera contaminación medianamente controlable, genera lesión permanente.	7
Genera parada de la prestación del servicio por 3 días, genera sugerencia del cliente, genera una contaminación leve y controlable por el proceso, genera incapacidad por más de 30 días.	5
Indiferente al cliente, Contaminación muy leve, genera incapacidad	3

[12]Fuente: Mejora De La Central De Esterilización De Una Entidad De Salud, Luisa Fernanda Pérez Martínez y Oriana Lozano Laguna

menor a 15 días.	
Indiferente al cliente, no genera Contaminación, no genera incapacidad.	1

Tabla 6: Calificación de Severidad

Fuente: Proyecto Mejora De La Central De Esterilización De Una Entidad De Salud

Calificación de Detección (D)	**Valor asignado**
Internamente existe un sistema que permite detectar el problema	1
El problema es detectado por personal de la empresa sin que exista un sistema de control.	3
El cliente externo o final es quien detecta el problema	9

Tabla 7: Calificación de Detección

Fuente: Proyecto Mejora De La Central De Esterilización De Una Entidad De Salud

Calificación de Ocurrencia (O)	**Valor asignado**
Improbable	2
Rara	4
Factible	6
Probabilidad alta	8
Probabilidad muy alta	10

Tabla 8: Calificación Ocurrencia

Fuente: Proyecto Mejora De La Central De Esterilización De Una Entidad De Salud

3. Nivel Prioritario de Riesgo

El Nivel Prioritario de Riesgo (NPR) es un indicador que permite determinar el orden de prioridad que se le da a cada estándar, este es el resultado de multiplicar los criterios de Severidad, Detección y Ocurrencia, así:

$$NPR = (S) * (D) * (O)$$

4. Matriz de NPR

   La Matriz de Priorización de problemas es un instrumento que permite para cada estándar darle una calificación NPR que se obtiene de multiplicar los criterios de evaluación de riesgo (S, D, O). Al determinar el NPR se puede determinar la prioridad que se le daría a cada estándar

Matriz de Priorización de Problemas					
Nombre Empresa:					
Encargado:					
Estándar		Calificación			Calificación NPR
		Severidad (S)	Frecuencia(F)	Detección(D)	
1					
2					
n					

Tabla 9: Matriz de Priorización

Fuente: Formato de Proyecto Mejora de la Central de Esterilización de una Entidad de Salud

Según el NPR, el problema crítico es aquel que obtenga el valor más alto; pero el personal de la empresa debe revisar si esto es acorde a su realidad. Es decir, que el problema crítico que se presente, sea considerado así por todos. Lo mismo aplica cuando se presenten dos valores iguales de NPR; se debe discutir sobre la decisión de qué problema debe ser identificado como el más crítico y que requiera atención inmediata. Este se llamará problema crítico de ahora en adelante.

6.3.5 Etapa Cinco: Plan Estratégico de Mejora (PEM)

Es un Plan de Acción escrito que se realiza de acuerdo a las observaciones y resultados que se obtuvieron mediante la implementación de la metodología. El objetivo de este plan es la mejora en los procesos que se les hallo dicha oportunidad, con el fin de volver a aplicar la metodología y encaminar a la institución a estar lista para la acreditación por parte de la Joint Commission. Consiste en establecer estrategias, para realizar ciertas correcciones a estos procesos y asegurar el cumplimiento de los estándares ante la entidad acreditadora. Para consolidar este PEM se establece el siguiente Formato de Plan de Acción.

Plan de acción #1 ***Nombre del plan***	
Nombre Empresa: ***Nombre***	
Encargado: ***Personal responsable de llevar a cabo el plan.***	
Estándar Prioritario	***Estándares a intervenir***
Elemento Medible a intervenir	***Elemento medible con oportunidad de mejora del estándar antes mencionado***
Oportunidad	***Describir brevemente la oportunidad detectada***
Propuesta de mejora	***Detallar paso a paso el Plan de Acción***
Tiempo	***Tiempo de duración del plan, en lo posible incluir la fecha de inicio***
Área de intervención	***Área que será intervenida por el plan***

6.4 Realizar una prueba piloto del modelo en el área de Laboratorio Clínico.

El modelo se implementa en el Área de Laboratorio Clínico de la Fundación Hospitalaria XYZ, debido a que esta es crucial para el desarrollo de los procesos y procedimientos que en la entidad se realizan. Siendo un área que tiene contacto con todos los demás departamentos de la Fundación es importante entrar a evaluar sus procesos y validar si la documentación de estos cumple con los estándares requeridos por la Joint Commission. Del grupo de estándares que evalúa la Joint Commission se elige un grupo catalogado como Accesibilidad y continuidad de la atención (ACC) (Ver Anexo 5: Estándares de Accesibilidad y Continuidad en la Atención de la Joint Commission), debido a que su objetivo es hacer coincidir correctamente las necesidades de atención sanitaria del paciente con los servicios disponibles, coordinar los servicios proporcionados al paciente en la organización y planificar el alta y el seguimiento. Este grupo está compuesto por veintisiete (23) estándares con su respectiva intención y elementos medibles.

Con respecto a la implementación del modelo que ya se describió anteriormente, se procede a realizarla.

6.4.1 Etapa Uno: Preparación

1. El Área en la que se desarrolla el proyecto actual es el Laboratorio Clínico, por su relevancia para la Fundación, sirviendo de soporte a muchos de los procesos que en la institución se desarrollan. Tiene contacto directo con las aéreas de Urgencias, Hospitalización, Gestión humana, Facturación, entre otras.
2. El grupo multidisciplinario será conformado por:
    a. Facilitadores: Juan Sebastián Montoya y Alan Jacob Jaimes
    b. Responsables: personal de la Fundación encargado de dar pruebas y mostrar la evidencia que permita determinar el cumplimiento de los estándares.

    Este grupo será el encargado de realizar la prueba piloto que en este caso será una auditoria (Ver Anexo 6: Plan de Auditoria) interna para determinar

el porcentaje de cumplimiento de los estándares dados por la Joint Commission, y posteriormente realizar una priorización de los hallazgos junto con un plan de mejora y recomendaciones.

3. Los estándares que serán utilizados para la auditoria son del capítulo de Accesibilidad y Continuidad en la Atención (ACC) (Ver Anexo 5: Estándares de Accesibilidad y Continuidad en la Atención de la Joint Commission) el cual está conformado por 5 estándares de primer nivel, 14 estándares en segundo nivel y 4 en tercer nivel. Incluye también 103 elementos medibles. Estos estándares se eligieron debido a que son de gran Importancia para el Laboratorio Clínico debido a que esta área recibe pacientes ambulatorio, hospitalaria y de Urgencias.
4. La calificación determinada para la medición del porcentaje de cumplimiento como se menciono anteriormente, es:
    - NA (Sin Valor)
    - Cero (0)
    - Cinco (5)
    - Diez (10)

6.4.2 Etapa Dos: Matriz de Validación

1. Por medio de Microsoft Excel se generó una matriz que permite calificar cada elemento medible de acuerdo al estándar que se está tratando. (Ver Anexo 5: Accesibilidad y Continuidad en la Atención ACC).
2. La Matriz se validó en conjunto con el grupo de mejoramiento de la Fundación y aprobada por la tutora temática.
3. El tipo de evidencias que se tiene en cuenta para la validación del proyecto fueron documentales y físicas, debido a la facilidad de acceder y observar tanto las instalaciones como los documentos de soporte de la Fundación. La evidencia testimonial no se tuvo en cuenta para la prueba piloto del presente proyecto debido a que se requieren ciertos permisos para llevarse a cabo. Y en el momento la Fundación Hospitalaria XYZ considero que no

era necesaria para la validación de la metodología.

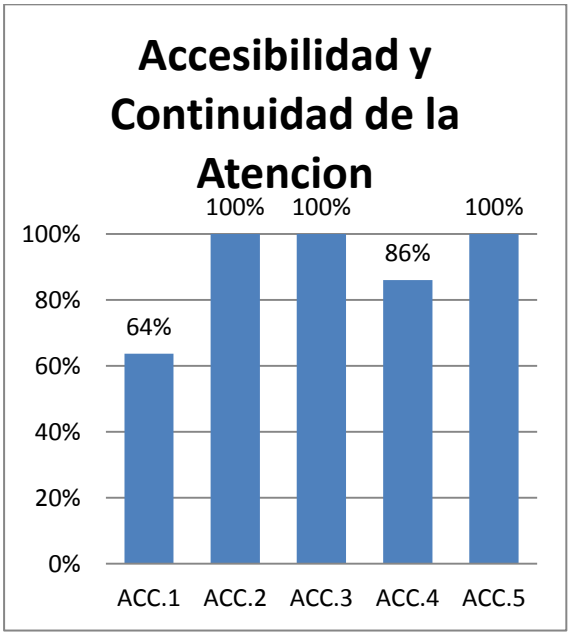
6.4.3 Etapa Tres: Resultados

1. Análisis de resultados globales

El proceso de auditoría (Ver Anexo 6: Plan de Auditoria) se llevo a cabo la semana del 18 de noviembre el 2011. En el transcurso del día se realizo la validación de los estándares de Accesibilidad y Continuidad en la Atención (ACC) por medio del seguimiento de la atención en el Laboratorio Clínico de la Fundación, la trazabilidad se llevo a cabo tomando la historia clínica de usuarios del laboratorio y verificando todo el proceso. A la vez que se validaron los respectivos documentos de soporte que sirven de evidencia del cumplimiento del estándar.

La implementación de la Matriz de validación (Ver Anexo 6: Matriz de Validación de Estándares de la Joint Commission) arrojo los siguientes resultados:

Para los estándares de Accesibilidad y Continuidad de la Atención (ACC) se obtuvieron los siguientes resultados de cumplimiento general. (Ver Anexo 6: Matriz de Validación de Estándares de la Joint Commission)

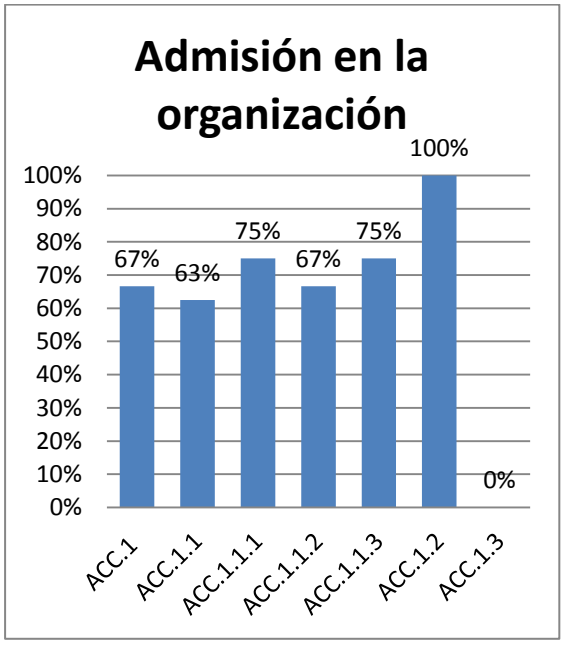


Accesibilidad y Continuidad de la Atención	
Estándar	% Cumplimiento
ACC.1	64%
ACC.2	100%
ACC.3	100%
ACC.4	86%
ACC.5	100%

Tabla 9: Porcentaje de cumplimiento ACC
Grafico 5: Porcentaje de cumplimiento ACC
Fuente: Recursos Propios

Se observa que de los cinco grupos de estándares se cumple totalmente con tres de ellos, los otros dos requerirán cierta atención debido a su bajo cumplimiento.

A continuación se muestran los resultados e acuerdo a cada grupo:
Para los estándares ACC.1 Admisión en la organización.



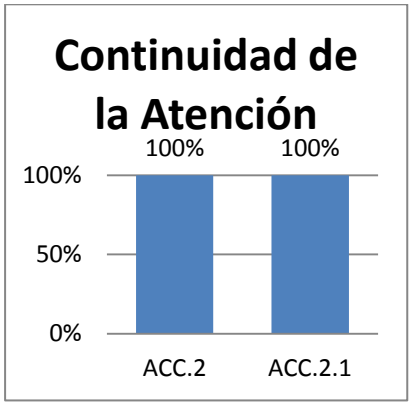
Admisión en la organización	
Estándar	% Cumplimiento
ACC.1	67%
ACC.1.1	63%
ACC.1.1.1	75%
ACC.1.1.2	67%
ACC.1.1.3	75%
ACC.1.2	100%
ACC.1.3	0%
ACC.1.4	NA

Tabla 10: Porcentaje de cumplimiento ACC.1
Grafico 6: Porcentaje de cumplimiento ACC.1
Fuente: Recursos Propios

Se observa que en cuanto a la Admisión en la Organización solo un estándar se cumple totalmente, mientras que los demás están por debajo del 75% de cumplimiento. Por lo que se evidencia una gran oportunidad de

mejora en los procesos que soportan este estándar.

Para los estándares ACC. 2 Continuidad de la atención



Continuidad de la Atención	
Estándar	% Cumplimiento
ACC.2	100%
ACC.2.1	100%

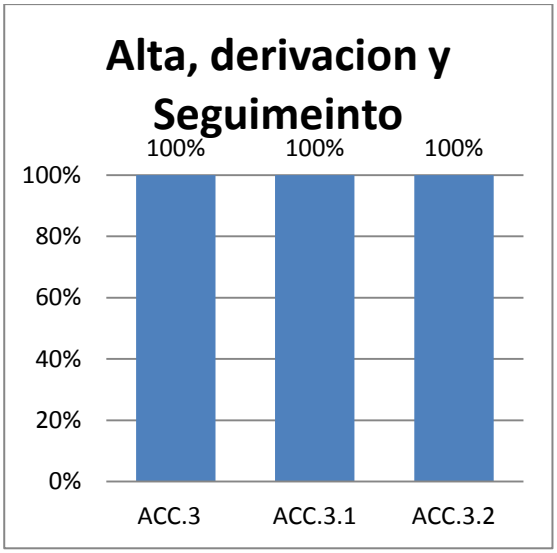
Tabla 11: Porcentaje de cumplimiento ACC.2

Grafico 7: Porcentaje de cumplimiento ACC.2

Fuente: Recursos Propios

Se observa que en cuanto a la Continuidad en la Organización los dos estándares se cumplen totalmente.

Para los estándares ACC.3 Alta, derivación y Seguimiento



Alta, derivación y seguimiento	
Estándar	% Cumplimiento
ACC.3	NA
ACC.3.1	100%
ACC.3.2	NA
ACC.3.2.1	NA
ACC.3.3.	100%
ACC.3.4	100%
ACC.3.5	NA

Tabla 12: Porcentaje de cumplimiento ACC.3

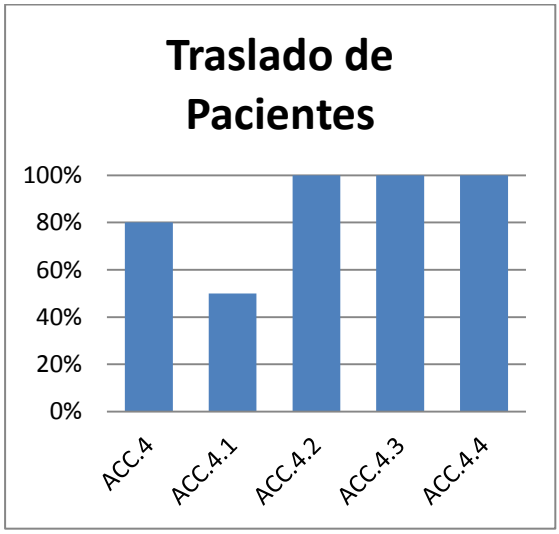
Grafico 8: Porcentaje de cumplimiento ACC.3

Fuente: Recursos Propios

Se observa que en el Alta, derivación y Seguimiento de los siete estándares

solo tres aplican para el área de Laboratorio Clínico, y los tres se cumplen totalmente.

Para los estándares ACC.4 Traslado de pacientes



Traslado de pacientes	
Estándar	% Cumplimiento
ACC.4	80%
ACC.4.1	50%
ACC.4.2	100%
ACC.4.3	100%
ACC.4.4	100%

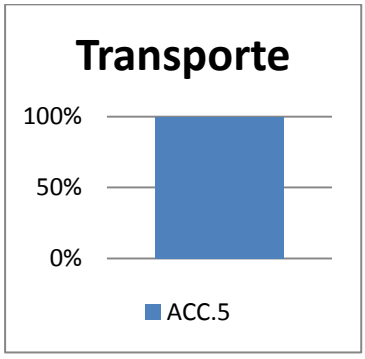
Tabla 13: Porcentaje de cumplimiento ACC.4

Grafico 9: Porcentaje de cumplimiento ACC.4

Fuente: Recursos Propios

Se observa que de los cinco estándares tres se cumplen totalmente y dos están con cierto porcentaje de cumplimento que se analizara más adelante.

Para los estándares ACC.5 Transporte



Transporte	
Estándar	% Cumplimiento
ACC.5	100%

Tabla 14: Porcentaje de cumplimiento ACC.5

Grafico 10: Porcentaje de cumplimiento ACC.5

Fuente: Recursos Propios

Se observa que el único estándar de este grupo se cumple totalmente.

De los cinco grupos de estándares, tres cumplen totalmente con los indicadores, mientras que dos grupos tienen oportunidades en algunos estándares para poder cumplir al 100%. Entre ellos se destaca los estándares ACC1, ACC 1.1, ACC 1.1.2 y ACC 4.1, por estar por debajo del 70% de cumplimiento.

2. Estándares de mayor riesgo**.**

De a cuerdo al criterio de evaluación de estándares can base a su porcentaje de cumplimiento se determina que los estándares ACC. 2 Continuidad en la Atención, ACC3. Alta, Derivación y Seguimiento y ACC.5 Transporte se cumplen totalmente por lo tanto no es necesaria realizar una priorización para determinar un plan de acción que permita cumplir con ellos.

Prioridad baja	
Estándar	% Cumplimiento
ACC.1.2	100%
ACC.2	100%
ACC.2.1	100%
ACC.3.1	100%
ACC.3.3.	100%
ACC.3.4	100%
ACC.4.2	100%
ACC.4.3	100%
ACC.4.4	100%
ACC.5	100%

Prioridad Media	
Estándar	% Cumplimiento
ACC.4	80%

Prioridad alta	
Estándar	% Cumplimiento
ACC.1	67%
ACC.1.1	63%
ACC.1.1.1	75%
ACC.1.1.2	67%
ACC.1.1.3	75%
ACC.1.3	0%
ACC.4.1	50%

Tabla 15: Priorización

Fuente: Recursos Propios

De acuerdo los resultados anteriores se consolidan tres grupos los cuales están caracterizados por la prioridad. Con base en eso se clasifica como prioridad baja a los estándares que están por encima del 90% e cumplimiento, a los estándares que están entre el 75% y el 90% se consideran como prioridad media y a los estándares que están por debajo o igual al 75% se consideran como prioridad baja. Los estándares críticos o de prioridad alta son seis del grupo ACC. 1 Admisión en la Organización y uno del grupo ACC.4 Traslado de pacientes. A los cuales se les realizaría una priorización de acuerdo a la adaptación de la metodología AMEF.

6.4.4 Etapa Cuatro: Priorización

Sobre los estándares ACC. 1 Admisión en la Organización y ACC.4 Traslado de Pacientes se determina una priorización de acuerdo a la metodología AMEF, la cual actualmente es implementada en la Fundación Hospitalaria XYZ, por lo tanto se obtuvieron los siguientes resultados.

Matriz para Priorización de Problemas							
Nombre Empresa: Fundación Hospitalaria XYZ							
Encargado: Alan Jacob Jaimes y Juan Sebastián Montoya							
Estándar		**Calificación**			**Cal.NPR**	**%**	**% Acumulado**
		Severidad (S)	Frecuencia(F)	Detección(D)			
1	ACC.1.1	7	8	3	168	25.7%	25.7%
2	ACC1.1.3	3	6	9	162	24.8%	50.5%
3	ACC.1	5	8	3	120	18.3%	68.8%
4	ACC.1.1.1	10	6	1	60	9.2%	78.0%
5	ACC.1.3	5	4	3	60	9.2%	87.2%
6	ACC.1.1.2	7	8	1	56	8.6%	95.7%

7	ACC.4.1	7	4	1	28	4.3%	100.0%
				TOTAL	654		

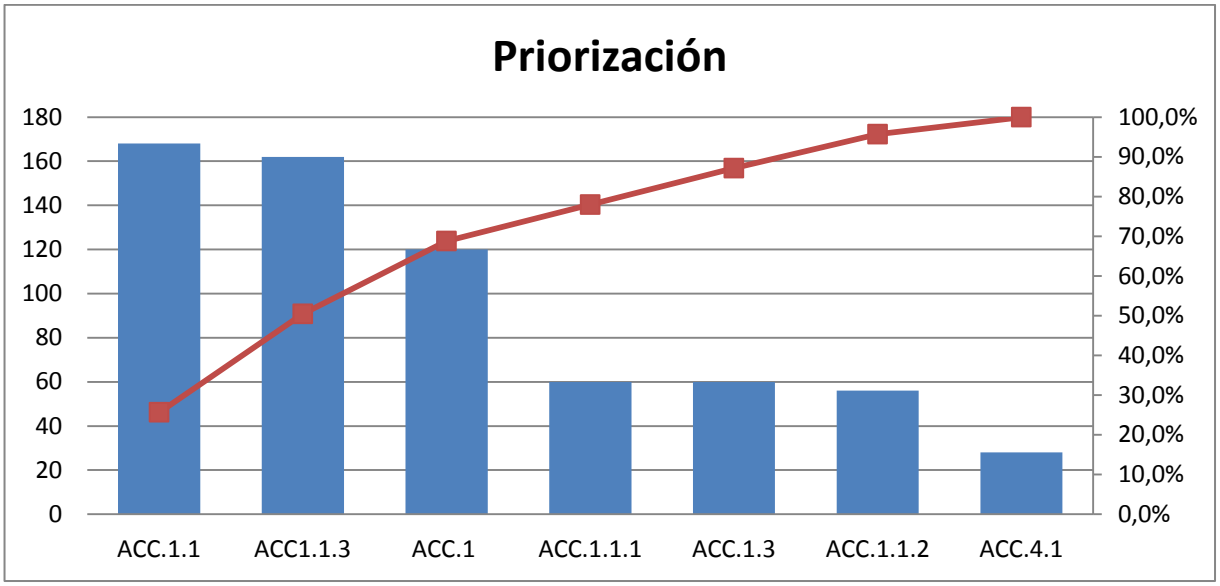


Tabla 16: Matriz NPR

Grafico 11: Diagrama de pareto NPR

Fuente: Recursos Propios

De acuerdo a los resultados obtenidos en la matriz de calificación NPR y el diagrama pareto adaptado al análisis de la priorización de los estándares considerados críticos se obtiene que tres estándares ACC.1.1, ACC 1.1.3 y ACC.1 son de gran importancia y deben ser tomados en cuenta en primer lugar ya que en ellos se refleja aproximadamente el 80% de calificación NPR la cual contempla, severidad, ocurrencia y detección. Cumpliendo así la estipulación de pareto de que aproximadamente el 20% de los estándares críticos ocasionan aproximadamente el 80% de Nivel Prioritario de Riesgo.

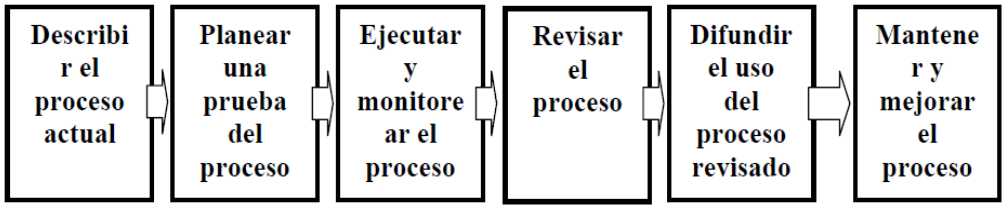
Por lo tanto se deben realizar planes de acción que permitan adecuar los procesos y contar con los documentos que la organización requiere para cumplir con estos estándares y así estar un paso más adelante en el proceso de acreditación por parte de la Joint Commission.

6.4.5 Etapa Cinco: Plan Estratégico de Mejora

Los planes de acción presentados a continuación tienen como prioridad mejorar los siguientes estándares de la JIC; ACC1: los pacientes son ingresados para obtener atención hospitalaria o ambulatoria, según sus necesidades de atención sanitaria y la misión y los recursos de la organización. ACC1.1: La organización cuenta con un proceso de admisión de pacientes para hospitalización y atención ambulatoria. ACC 1.1.3: La organización tiene en cuenta las necesidades de atención de los pacientes cuando hay listas de espera o retrasos para acceder a servicios diagnósticos y tratamientos, respectivamente.

Se desarrollan dos planes de acción implementando el formato establecido en el proyecto.

Plan de acción #1 Estandarización	
Nombre Empresa: FUNDACIÓN HOSPITALARIA XYZ	
Encargado: Jefe de Gestión Clínica y Jefe de Mejoramiento	
Estándar Prioritario	ACC1Los pacientes son ingresados para obtener atención hospitalaria, o inscritos para obtener atención ambulatoria, según sus necesidades de atención sanitaria y la misión y los recursos de la organización. ACC1.1La organización cuenta con un proceso de admisión de pacientes para hospitalización y atención ambulatoria.
Elemento Medible a intervenir	ACC1: 1. El cribado se inicia en el momento del primer contacto, dentro o fuera de la organización. 2. Según los resultados del cribado, se determina si las necesidades del paciente coinciden con la misión 3. Existe un proceso para proporcionar los resultados de las pruebas diagnósticas a los responsables de determinar si el paciente deberá ser admitido, transferido o derivado.

	ACC1.1: 1. El proceso de inscripción de pacientes de atención ambulatoria está estandarizado. 2. El proceso de ingreso de pacientes para hospitalización está estandarizado 3. El personal está familiarizado con las políticas y los procedimientos y los cumple
Oportunidad	La Fundación no cuenta con los procesos de cribado, inscripción de pacientes e ingreso de pacientes, estandarizados.
Propuesta de mejora	Aplicar una metodología de estandarización de procesos que consiste en 6 pasos:  **1. Describir el proceso actual** El objetivo es describir como se realiza en el presente el proceso, no como debería realizarse. Es conveniente utilizar diagramas de flujo, fotografías o dibujos que describan el proceso. **2. Planear una prueba del proceso:** Se requiere crear un equipo que realice una prueba del proceso como mejor se le conoce en la actualidad. Requiere decidir: • ¿Cuánta gente se involucrará en la prueba? Si son muchos los que realizan el proceso, seleccionar a los que mejor lo conozcan. • ¿Cómo serán entrenados los participantes? ¿Quién los entrenará? • ¿Cómo registrarán los participantes sus progresos? ¿Cómo sabrás que funciona y que no? • ¿Cómo se documentarán el proceso y los cambios que se le hagan? ¿Cómo se mantendrá actualizada la documentación? **3. Ejecutar y monitorear la prueba:** Se requiere recolectar información y obtener ideas de mejora de los integrantes del equipo: • ¿Hay instrucciones poco claras o innecesarias? • ¿Cuáles son los problemas que ocurren? • ¿Qué cosas ocurren que no están descritas en el diagrama del

	proceso? • ¿Se puede reducir el desperdicio? ¿Puede reducirse más? Conviene revisar la estrategia “eliminar el desperdicio” • ¿Han mejorado los resultados? ¿Se ha reducido la variación en el proceso? ¿Podría reducirse más? Conviene consultar la estrategia “Reducir las causas de variación” **4. Revisar el Proceso:** Utiliza la información que has obtenido para mejorar el proceso. Trabaja duro para simplificar la documentación, tratando de mantenerla lo más simple y gráfica posible. Detecta maneras de probar o ensayar el proceso y enfatiza los aspectos claves de él. Conviene consultar las siguientes estrategias: 1 Eliminación del desperdicio 2 Reducir los errores en el proceso 3 Simplificar procesos 4 Reducir fuentes de variación 5 Someter los procesos a control estadístico. **5. Difundir el uso del proceso revisado:** Si solo unas cuantas personas fueron involucradas en la prueba del proceso, se requiere difundir el uso del nuevo proceso a los demás. Para hacerlo es conviene desarrollar estrategias de capacitación y evaluación del proceso al personal involucrado, y asegurar su total conocimiento. **6. Mantener y Mejorar el proceso:** Asegúrate que todos utilizan el proceso mejorado; anímalos a buscar nuevas mejoras en él. Desarrolla métodos para capturar, probar e implementar las ideas de la gente. Desarrolla procedimientos para revisar sistemáticamente el proceso y mejorarlo por lo menos cada seis meses. Mantén los documentos actualizados y asegúrate de que son usados, particularmente para entrenar a los nuevos empleados.
Tiempo	1 mes
Área de intervención	Laboratorio Clínico

Plan de acción #2 Análisis de tiempo de espera en cola y divulgación	
Nombre Empresa: FUNDACIÓN HOSPITALARIA XYZ	
Encargado: Jefe de Mejoramiento	
Estándar Prioritario	ACC 1.1.3 La organización tiene en cuenta las necesidades de atención de los pacientes cuando hay listas de espera o retrasos para acceder a servicios diagnósticos y tratamientos, respectivamente.
Elemento Medible a intervenir	ACC 1.1.3: 1. Se informa a los pacientes ingresados y en tratamiento ambulatorio sobre las esperas en la atención. 2, Se informa a los pacientes sobre los motivos del retraso o la espera y se proporciona información sobre alternativas disponibles para cubrir sus necesidades.
Oportunidad	La fundación no cuenta con algún proceso por el cual se pueda medir y comunicar al cliente el tiempo promedio de espera.
Propuesta de mejora	Con respecto al ACC 1.1.3 actualmente la Fundación Hospitalaria XYZ prioriza la atención dependiendo del tipo de EPS que este posea, sin tener en cuenta las necesidades de atención de los pacientes cuando hay listas de espera o retrasos para acceder a servicios diagnósticos y tratamientos, respectivamente. Para tener en cuenta los retrasos y listas de espera proponemos implementar un sistema que lleve la cuenta del tiempo esperado en cola por cada usuario, para el análisis y solución de este problema se debe aplicar todo lo correspondiente a teoría de colas para lograr cuantificar los siguientes indicadores: **Landa:** número de usuarios que arriban en una unidad de tiempo. **Mu:** tasa de servicio por unidad de tiempo. **L:** usuarios en el sistema **Lq:** usuarios en cola **W:** tiempo en sistema

Wq: tiempo en cola

Para lograr obtener estos indicadores se debe analizar el comportamiento de llegada de los usuarios y realizar un análisis estadístico para determinar la distribución (poisson, exponencial, binomial) con la cual se comportan los arribos de los usuarios al sistema, se debe realizar este mismo procedimiento para determinar la tasa de servicio del sistema.

Luego de tener la tasa de arribos, la tasa de servicio del sistema y el número de servidores se recomienda utilizar WinQSB, módulo Queuing Analysis. El cual nos ayudara a cuantificar todos los indicadores anteriormente mencionados.

Ejemplo:

- Se asume población infinita y capacidad de cola infinita.
- Se introduce en el programa número de servidores, tasa de arribos y tasa de servicio.

Data Description	ENTRY
Number of servers	6
Service rate (per server per hour)	5
Customer arrival rate (per hour)	28
Queue capacity (maximum waiting space)	M
Customer population	M
Busy server cost per hour	
Idle server cost per hour	
Customer waiting cost per hour	
Customer being served cost per hour	
Cost of customer being balked	
Unit queue capacity cost	

- Se corre el programa y se analizan los indicadores cuantificados:

05-06-2012	Performance Measure	Result
1	System: M/M/6	From Formula
2	Customer arrival rate (lambda) per hour =	28,0000
3	Service rate per server (mu) per hour =	5,0000
4	Overall system effective arrival rate per hour =	28,0000
5	Overall system effective service rate per hour =	28,0000
6	Overall system utilization =	93,3333 %
7	Average number of customers in the system (L) =	17,1185
8	Average number of customers in the queue (Lq) =	11,5185
9	Average number of customers in the queue for a busy system (Lb) =	14,0000
10	Average time customer spends in the system (W) =	0,6114 hours
11	Average time customer spends in the queue (Wq) =	0,4114 hours
12	Average time customer spends in the queue for a busy system (Wb) =	0,5000 hours
13	The probability that all servers are idle (Po) =	0,1281 %
14	The probability an arriving customer waits (Pw) or system is busy (Pb) =	82,2751 %
15	Average number of customers being balked per hour =	0
16	Total cost of busy server per hour =	$0
17	Total cost of idle server per hour =	$0
18	Total cost of customer waiting per hour =	$0
19	Total cost of customer being served per hour =	$0
20	Total cost of customer being balked per hour =	$0
21	Total queue space cost per hour =	$0
22	Total system cost per hour =	$0

- Actualmente uno de los inconvenientes de la fundación xyz es no poder informarle al usuario el tiempo de espera.
  Aplicado WinQSB se le puede brindar la información al usuario de cuánto va a ser su tiempo promedio de espera en la cola (Wq).
- Se puede realizar un análisis de sensibilidad amentando la tasa de servicio o el número de servidores para reducir el tiempo de espera.
  Ejemplo:
  Para realizar el análisis de sensibilidad cambiando el número de servidores, se debe tener en cuenta el costo de servidor ocupado y ocioso, y el costo de espera en cola, también se puede tener en cuenta el costo de cliente perdido, pero para nuestro caso no aplica debido a que el tamaño de cola es infinito.

Data Description	ENTRY
Number of servers	6
Service rate (per server per hour)	5
Customer arrival rate (per hour)	28
Queue capacity (maximum waiting space)	M
Customer population	M
Busy server cost per hour	20
Idle server cost per hour	20
Customer waiting cost per hour	12
Customer being served cost per hour	12
Cost of customer being balked	
Unit queue capacity cost	

Análisis de sensibilidad con número de servidores:

05-06-2012 Value	Effective Arrival Rate	System Utilization	L	Lq	Lb	W	Wq	Wb	P0	Pw	Average Balked	Busy Server Cost	Idle Server Cost	Waiting Customer Cost	Served Customer Cost	Balked Customer Cost	Queue Capacity Cost	TOTAL COST
1	Unstable	System!																
2	Unstable	System!																
3	Unstable	System!																
4	Unstable	System!																
5	Unstable	System!																
6	28,0000	0,9333	17,1185	11,5185	14,0000	0,6114	0,4114	0,5000	0,0013	0,8228	0	112,0000	8,0000	138,2222	67,2000	0	0	325,4222
7	28,0000	0,8000	7,5438	1,9438	4,0000	0,2694	0,0694	0,1429	0,0028	0,4859	0	112,0000	28,0000	23,3250	67,2000	0	0	230,5250
8	28,0000	0,7000	6,2314	0,6314	2,3333	0,2226	0,0226	0,0833	0,0034	0,2706	0	112,0000	48,0000	7,5769	67,2000	0	0	234,7769
9	28,0000	0,6222	5,8332	0,2332	1,6471	0,2083	0,0083	0,0588	0,0036	0,1416	0	112,0000	68,0000	2,7987	67,2000	0	0	249,9986
10	28,0000	0,5600	5,6884	0,0884	1,2727	0,2032	0,0032	0,0455	0,0037	0,0695	0	112,0000	88,0000	1,0610	67,2000	0	0	268,2610
11	28,0000	0,5091	5,6331	0,0331	1,0370	0,2012	0,0012	0,0370	0,0037	0,0319	0	112,0000	108,0000	0,3974	67,2000	0	0	287,5974
12	28,0000	0,4667	5,6120	0,0120	0,8750	0,2004	0,0004	0,0313	0,0037	0,0138	0	112,0000	128,0000	0,1444	67,2000	0	0	307,3444
13	28,0000	0,4308	5,6042	0,0042	0,7568	0,2002	0,0002	0,0270	0,0037	0,0066	0	112,0000	148,0000	0,0504	67,2000	0	0	327,2504

	Para el ejemplo se realiza un análisis de sensibilidad de uno a trece servidores se puede apreciar cómo se reduce el tiempo de espera en la cola (wq) y aumenta el costo total del sistema, dependiendo de las necesidades de la fundación con respecto al costo y el tiempo de espera en cola necesarios se puede tomar una decisión sobre el número de servidores. Teniendo en cuenta el indicador Wq tiempo de espera en la cola se le puede informar al usuario el tiempo estimado de espera en el momento en que se acerque al turnero.
Tiempo	6 meses
Área de intervención	Laboratorio clínico

6.5 Objetivo Cinco: Consolidar el trabajo investigativo y propuesto en un documento final para presentarlo ante el comité de aprobación.

El presente documento fue realizado por Juan Sebastián Montoya y Alan Jacob Jaimes, estudiantes de la Universidad Icesi. Consolida y evidencia el trabajo investigativo y el modelo propuesto, junto con los resultados obtenidos y las conclusiones de la prueba piloto. Con el fin de que no solo el comité de aprobación dé el visto bueno sobre este proyecto de grado, sino también que sirva de guía metodológica para la Fundación hospitalaria XYZ para apoyar la acreditación internacional por parte de la Joint Commission. Además que permita brindar información para futuras investigaciones de las personas que lo requieran.

7 RECOMENDACIONES

Uno de los objetivos primordiales de este estudio era el determinar los aspectos susceptibles de mejora con respecto a los estándares exigidos por la JCI, después de evaluar cada estándar y priorizarlo se estableció lo siguiente:

Generales:

- La metodología pretende detectar que estándares son los más relevantes a intervenir, por lo que permite desarrollar planes de acción encaminados a mejorar los procesos que soportan dicho estándar. Después de ejecutados los planes de acción se vuelve a aplicar la metodología para determinar que nuevos estándares deben ser intervenidos de acuerdo a los resultados de la nueva priorización.
- La metodología debe ser implementada por un área a la vez y por categoría de estándares (en este caso se evaluaron los estándares y Accesibilidad y Continuidad de la Atención), con el fin de que los resultados sean lo más acertados posibles y poder desarrollar planes de acción específicos.
- Se debe contar con un equipo multidisciplinario para llevar a cabo la ejecución exitosa de la metodología, entre los cuales se destacan, el Jefe de Mejoramiento, el Jefe de Gestión de Calidad y el personal de cada área a intervenir.

Especificas de los planes de acción:

- Es indispensable contar con un equipo de capacitación para llevar a cabo la estandarización de los procesos, así asegurar que el personal tenga el conocimiento necesario para llevar a cabo la exitosa ejecución de las

diferentes tareas.

- Se recomienda evaluar y examinar el comportamiento de llegada de los usuarios en diferentes épocas del año y realizarlo mínimo una vez cada 2 años, de esta manera el comportamiento del tiempo entre arribos se determinara de una manera más precisa lo cual nos da una mejor apreciación de la realidad, también poner funcionarios antiguos que tengan la misma velocidad de servicio por cliente.

- Esta metodología para identificar el tiempo en cola se puede implementar en varias áreas de la fundación con el fin de mejorar cualquiera de los indicadores necesarios en el área o áreas correspondientes, para realizar la correcta implementación de este plan de acción se debe encargar una persona del área de mejoramiento que lidere las actividades que sean necesarias.

8 CONCLUSIONES

- Debido a que el sector de la salud es crítico para el desarrollo de toda comunidad, este debe estar en continuo mejoramiento implementando metodologías enfocadas a la seguridad del paciente.
- Una acreditación por parte de la Joint Commission Internacional permite a una entidad prestadora de salud ser reconocida a nivel mundial como una organización que valora la calidad y la seguridad del paciente, que acerca al paciente y lo integra como parte importante del proceso de atención, que construye una cultura de aprendizaje a partir de eventos adversos para poder evitarlos en futuras situaciones, que garantiza un eficiente ambiente de trabajo, que está entre sus prioridades brindarle un servicio de calidad al paciente y que está en proceso continuo de mejoramiento.
- El proceso de acreditación internacional por parte de la Joint Commission es extenso debido a que se debe disponer de toda la evidencia para demostrar que se cumple con cada uno de los estándares, por lo tanto se debe iniciar un proceso de pre acreditación en el cual la Entidad de Salud se prepare para la auditoria de acreditación por parte de la Joint Commission. El camino para estar preparados debe ser una evaluación continua de estos estándares en cada área de la Fundación para así determinar y corregir a tiempo que estándares no se cumplen a cabalidad e implementar la metodología que el este proyecto presenta.
- La metodología que propone el presente proyecto es una herramienta que sirve de guía para que la Fundación Hospitalaria XYZ, evalúe mediante auditorías internas su porcentaje de cumplimiento de los estándares internacionales como lo dicta la Joint Commission Internacional.
- La acreditación de la Joint Commission brinda plena seguridad al paciente, pues avala que todos los procedimientos del hospital acreditado cumplen con

rigurosos estándares internacionales, cuenta con instalaciones de calidad e higiene, así mismo garantiza que todo el personal clínico y no clínico es competente para la asignación del trabajo que está desempeñando.

- La metodología propuesta en este documento es una integración de diferentes metodologías como valoración de la Joint Commission, AMEF y Diagrama de Pareto, adaptadas a esta con el fin de que su implementación permita una adecuada validación del cumplimiento de los estándares de la Joint Commission y una eficiente priorización para así contar con evidencia suficiente para obtener la acreditación y el reconocimiento internacional.
- Una barreras que se pueden presentar cuando se vaya a implementar la metodología es que la matriz de validación debe ser adaptada a cada grupo de estándares por lo tanto sus dimensiones y formulas para calcular el porcentaje ya están estipuladas para estos estándares.
- Otra barrera importante es el caso en que se presente que de un grupo de estándares, no apliquen muchos por lo que el resultado de calcular el cumplimiento tal vez estaría muy restringido.
- Para llevarse a cabo la metodología propuesta, se debe tener una cultura organizacional que valla encaminada a la atención y seguridad del paciente, donde se busque estar preparado ante eventos adversos y no estar apagando incendios, pero en el caso de que ocurran aprender de ello. Para poder destinar la mayor parte de los recursos a llevar una integración del personal clínico y no clínico en pro de brindar un mejor servicio.

9 TABLAS

Tabla 1: Requisitos Especímenes 50
Tabla 2: Excepciones para recibir muestra si no se tiene espécimen idóneo 50
Tabla 3: Características e la atención al paciente 52
Tabla 4: Macro proceso y Proceso 53
Tabla 5: Bosquejo Matriz de Validación de Estándares 60
Tabla 6: Calificación de Severidad 63
Tabla 7: Calificación de Detección 63
Tabla 8: Calificación Ocurrencia 64
Tabla 9: Porcentaje de cumplimiento ACC 68
Tabla 10: Porcentaje de cumplimiento ACC.1 68
Tabla 11: Porcentaje de cumplimiento ACC.2 69
Tabla 12: Porcentaje de cumplimiento ACC.3 69
Tabla 13: Porcentaje de cumplimiento ACC.4 70
Tabla 14: Porcentaje de cumplimiento ACC.5 70
Tabla 15: Priorización 71
Tabla 16: Matriz NPR 72
Tabla 17: plan de acción numero 1 74
Tabla 18: plan de acción numero 2 74
Tabla 19: plan de acción numero 3 75
Tabla 20: diagramar procesos 79

10 GRAFICAS

Grafica 1: Ciclo PHVA 31
Grafica 2**:** Diagrama de Flujo del Laboratorio Clínico Pacientes Hospitalizados 48
Grafica 3: Diagrama de Flujo del Laboratorio Clinico Paciente Ambulatorio 49
Grafica 4: Proceso de no conformidad 55
Grafica 5: Porcentaje de cumplimiento ACC 68
Grafica 6: Porcentaje de cumplimiento ACC.1 68
Grafica 7: Porcentaje de cumplimiento ACC.2 69
Grafica 8: Porcentaje de cumplimiento ACC.3 69
Grafica 9: Porcentaje de cumplimiento ACC.4 70
Grafica 10: Porcentaje de cumplimiento ACC.5 70
Grafica 11: Diagrama de pareto NPR 72

11 BIBLIOGRAFIA

El congreso de la república de Colombia, Ley 100 de 1993, Disponible en: <http://www.colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley100.pdf>. [Citado 7 de abril del 2011].

Ministerio de sanidad y consumo de Madrid, estrategia en seguridad del paciente, Disponible en:< http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec03.htm>. [citado7 de abril del 2011].

La Sociedad Internacional de Calidad en la Atención Sanitaria (ISQua), programa de acreditación internacional, Disponible en:< http://www.isqua.org>. [citado7 de abril del 2011].

Joint Commission International, Acreditación y certificación, Disponible en:< http://es.jointcommissioninternational.org/enes/Why-Become-Accredited>. [citado7 de abril del 2011].

Icontec, Certificación de Sistemas de Gestión Disponible en:< http://www.icontec.org.co/index.php?section=187>. [citado7 de abril del 2011].

Pamec, Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud, Disponible en:< http://www.hospitalesdecaldas.com/index.php?option=com_content&view=article&id=78>. [citado7 de abril del 2011].

Fundación valle del Lili, reseña histórica Disponible en:< http://www.valledellili.org/sitio/index.php?option=com_content&view=article&id=53&Itemid=145&lang=es>. [citado7 de abril del 2011].

Sistema Único de Acreditación (SUA), Disponible en:< http://www.acreditacionensalud.org.co/acreditacion.php?IdSub=220&IdCat=29>.

[citado7 de abril del 2011].

Guía de servicios analíticos del laboratorio clínico, código del documento AN –LAB 001 al AN-LAB007, área de mejoramiento y estandarización de la fundación xyz

Evaluación y análisis de los riesgos asociados al proceso de utilización de medicamentos mediante la aplicación de la herramienta de análisis en servicios de salud de HFMEA, Daniel Mauricio Sánchez pineda, José Enrique guarín Ramírez.

Manual del proceso para la certificación de hospitales, comisión para la certificación de establecimientos de atención médica, Dr. José ángel córdoba Villalobos, Dr. Enrique rúelas barajas.

Manual de Gestión de Mejoramiento año 2009 (actual), Fundación Valle del Lili

Proyecto de grado “Mejora de la central de esterilización de una entidad de salud”, autoras Luisa Fernanda Pérez Martínez y Oriana Lozano Laguna

Estándares para la acreditación de hospitales de la Joint Commission International, cuarta edición, primero de enero del 2011.karen Timmons, presidenta JCI.

12 ANEXOS

12.1 Anexo 1: Matriz de Marco Lógico

	resumen narrativo	**indicadores verificables objetivamente**	**medios de verificación**
objetivo general	Apoyar la acreditación internacional de la Fundación Hospitalaria XYZ bajo los estándares de la Joint Commission.		
objetivo del proyecto	Desarrollo de un modelo con el cual la Fundación Hospitalaria XYZ use como ayuda y guía para apoyar la acreditación internacional bajo los estándares de la Joint Commission.	objetivos específicos alcanzados/objetivos específicos	aprobación por parte del comité evaluador
objetivo especifico uno	Contextualizarse con el objeto de estudio	Cantidad de información encontrada que nos sirva de soporte para el desarrollo de nuestro proyecto.	tutor temático
actividad uno	Determinar cuál es el proceso de mejora continua en el que se basa la Fundación Hospitalaria XYZ.	Información obtenida por parte de la de Fundación Hospitalaria XYZ.	tutor temático

actividad dos	Documentar sobre los procesos que se desarrollan en el área acordada	Información obtenida satisfactoria para determinar los diferentes procesos	tutor temático
objetivo específico dos	Análisis del proceso actual de mejoramiento y del nivel actual de acreditación.	Actividades realizadas/actividades esperadas	
actividad uno	Realizar una matriz como instrumento de diagnóstico	Número de ítems relacionados con los procesos encontrados.	Tutor temático
actividad dos	Realizar la validación de diagnóstico con la matriz.	Información recolectada	Tutor temático
objetivo específico tres	Determinar una metodologia que nos permita analizar los procesos susceptibles a mejora tanto en área de Laboratorio Clínico, bajo los estándares de la Joint Commission.	Actividades realizadas/actividades esperadas	
actividades uno	Definir las metodologías de validación de estándares consignados en la matriz		
actividad dos	Definir modelo de priorización	Procesos diseñados/procesos totales	
actividad	Priorizar los estándares hallados como críticos		

tres			
actividad cuatro	Validar el modelo con expertos	100% del modelo aprobado	Personal encargado del estándar asistencial y tutora de proyecto de grado
objetivo específico cuatro	Realizar una prueba piloto del modelo en el área de laboratorio clínico	Número de actividades completadas/actividades propuestas	Entregable aprobado por el comité y el lector
actividad uno	Determinar el plan de Auditoria	Modelo aplicado	Evaluación de los diagramas de flujo por la tutora temática
actividad dos	Documentar las mejoras realizadas y los resultados obtenidos	100 % del documento terminado	Entregable aprobado por el comité y el lector

objetivo específico cinco	Consolidar el trabajo investigativo y propuesto en un documento final para presentarlo ante el comité de aprobación	documento final	comité de aprobación
actividad uno	investigar y aplicar normas Icontec para la presentación de un trabajo	documento final	tutor temático
Actividad dos	Realizar el documento final para el lector y comité de aprobación	documento final	Aprobación lector y comité

12.2 Anexo 2: Marco Legal

República de Colombia

Ministerio de protección social.

Decretos	**Descripción**
Decreto 452 de 2000	Por el cual se modifica la estructura de la superintendencia nacional de salud.
Decreto 2140 de 2000	Por el cual se crea la comisión intersectorial para la protección de la salud de los trabajadores.
Decreto 2400 de 2002	los cotizantes dependientes o afiliados adicionales, de que trata el artículo 40 del decreto 806 de 1998, sólo podrán ser inscritos o continuar como afiliados adicionales, siempre que el cotizante pague en forma mensual anticipada a la entidad promotora de salud, un aporte equivalente en términos de las unidades de pago por capitación fijadas por el consejo nacional de seguridad social en salud que correspondan al grupo etéreo y zona geográfica de influencia al que pertenece el beneficiario adicional,.
Decreto 2400 de 2002	los cotizantes dependientes o afiliados adicionales, de que trata el artículo 40 del decreto 806 de 1998, sólo podrán ser inscritos o continuar como afiliados adicionales, siempre que el cotizante pague en forma mensual anticipada a la entidad promotora de salud, un aporte equivalente en términos de las unidades de pago por capitación fijadas por el consejo nacional de seguridad social en salud que correspondan al grupo etéreo y zona geográfica de influencia al que pertenece el beneficiario adicional, de acuerdo con la siguiente tabla
Decreto 2309	las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los prestadores de servicios de salud, a las

de 2002	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 no se aplicarán las normas del sistema obligatorio de garantía de la calidad de servicios de salud del sistema general de seguridad social en salud, a los bancos de sangre, a los grupos de práctica profesional que no cuenten con infraestructura física para prestación de servicios de salud, a las unidades de biomedicina reproductiva y todos los demás bancos de componentes anatómicos, así como las demás entidades que producen insumos de salud y productos biológicos, correspondiendo de manera exclusiva al instituto de vigilancia de medicamentos y alimentos Invima, de conformidad con lo señalado por el artículo 245 de la ley 100 de 1.993, la vigilancia sanitaria y el control de calidad de los productos y servicios que éstas organizaciones prestan
Decreto 1755 de 2002	La subcuenta de compensación interna del régimen contributivo del fondo de solidaridad y garantía, fosyga, de que tratan los artículos 219 y 220 de la ley 100 de 1993, tiene por objeto permitir el proceso de compensación interna entre las entidades promotoras de salud, eps, y demás entidades obligadas a compensar, eoc, en el régimen contributivo del sistema general de seguridad social en salud.
Decreto 1703 de 2002	El presente decreto establece reglas para controlar y promover la afiliación y el pago de aportes en el sistema general de seguridad social en salud, de manera que se garanticen los recursos que permitan desarrollar la universalidad de la afiliación.
Decreto 1281 de 2002	Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación.

Decreto 1280 de 2002	Por el cual se organiza el sistema de vigilancia, inspección y control del sector salud.
Decreto 1566 de 2003	la revocatoria de autorización de funcionamiento de uno o varios negocios de las entidades promotoras de salud de carácter público
Decreto 3085 de 2003	la revocatoria de autorización de funcionamiento de uno o varios negocios de las entidades promotoras de salud de carácter público, la medida de intervención para liquidar total o parcialmente dicha s entidades y la resolución definitiva de tales decisiones por parte de la entidad competente, requerirá el concepto previo no vinculante del consejo nacional de seguridad social en salud.
Decreto 1700 de 2003	Suprímase las funciones de prestación de servicios de salud del fondo de previsión social del congreso de la república, que cumplía a través de la división de prestaciones médico asistencial y las secciones de asistencia médica y de servicios odontológicos.
Decreto 205 de 2003	El ministerio de la protección social tendrá como objetivos primordiales la formulación, adopción, dirección, coordinación, ejecución, control y seguimiento del sistema de la protección social, establecido en la ley 789 de 2002, dentro de las directrices generales de la ley, los planes de desarrollo y los lineamientos del gobierno nacional.
Decreto 050 de 2003	El presente decreto tiene por objeto regular el flujo financiero de los recursos del régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en salud, desde el origen de cada una de las fuentes que lo financian hasta su pago y aplicación para garantizar el acceso efectivo de la población a los servicios de salud y otros aspectos relacionados con el manejo de recursos del

	sistema general de seguridad social en salud.
Decreto 027 de 2003	en desarrollo de lo dispuesto en el parágrafo del artículo 44 de la ley 715 de 2001, los municipios certificados a 31 de julio de 2001 que hayan asumido la prestación de los servicios de salud, podrán continuar haciéndolo, siempre y cuando demuestren el cumplimiento de las siguientes condiciones que acrediten su capacidad de gestión
Decreto 2193 de 2004	que de acuerdo con el artículo 42 de la ley 715 de 2001, es competencia de la nación definir y aplicar sistemas de evaluación y control de gestión técnica, financiera y administrativa a las instituciones que participan en el sector y en el sistema general de seguridad social en salud
Decreto 2493 de 2004	Regular la obtención, donación, preservación, almacenamiento, transporte, destino y disposición final de componentes anatómicos y los procedimientos de trasplante o implante de los mismos en seres humanos.
Decreto 2280 de 2004	tiene por objeto permitir el proceso de compensación interna entre las entidades promotoras de salud, eps, y demás entidades obligadas a compensar
Decreto 516 de 2004	que de acuerdo con la ley 100 de 1993, resulta indispensable garantizar la auto sostenibilidad del régimen contributivo de salud, con cargo a las cotizaciones y los pagos moderadores que son las fuentes de financiación de este régimen
Decreto 515 de 2004	El presente decreto tiene por objeto definir las condiciones y procedimientos de habilitación y revocatoria de habilitación de las entidades administradoras del régimen subsidiado.
Resoluciones	**Descripción**
Resolución 1745del 2000	Por la cual se modifica la fecha de entrada en vigencia de la resolución 412 de 2000que establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y

	adopta las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
Resolución 412 del 2000	Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
Resolución 1895del 2001	la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud - décima revisión
Resolución 1474del 2002	Por la cual se definen las funciones de la entidad acreditadora y se adoptan los manuales de estándares del sistema único de acreditación.
Resolución 1439 del 2002	Por la cual se adoptan los formularios de inscripción y de novedades para el registro especial de prestadores de servicios de salud, los manuales de estándares y de procedimientos, y se establecen las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera del sistema único de habilitación de prestadores de servicios de salud y los definidos como tales.
Resolución 1541 del 2003	Por la cual se reglamentan los procedimientos para elaborar los planes bienales de inversión en salud.
Ley	**Descripción**
Ley 60 de 1993	Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.
Ley 100 de	

1993	Sistema de Seguridad Social Integral. El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.
Ley 715 de 2001	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (acto legislativo 01 de 2001) de la constitución política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.
Ley 657 de 2001	La radiología e imágenes diagnósticas es una especialidad de la medicina basada en la obtención de imágenes de utilidad médica para efectos diagnósticos y terapéuticos, mediante la utilización de ondas del espectro electromagnético y de otras fuentes de energía. También podrán realizar las imágenes diagnósticas aquellos médicos especialistas quienes en su pensum o formación académica hayan adquirido los conocimientos del manejo e interpretación del espectro electromagnético, del ultrasonido especialmente, así como de las radiaciones ionizantes para establecer el diagnóstico y/o el tratamiento de las enfermedades inherentes a sus especialidades. Para lo cual deberán acreditar el respectivo certificado.
Ley 1122 de 2007	La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al sistema general de seguridad social en salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

12.3 Anexo 3: Descripción de Diagrama de Flujo de Laboratorio Clínico Para Hospitalización

PROCESO	RESPONSIBLE	SECUENCIA	ACCION
OBTENCIÓN DEL ESPÉCIMEN	**MÉDICO TRATANTE / DELEGADO**	**1**	Emite una orden clínica clara con los siguientes datos: Nombres y apellidos del paciente. Nº de historia clínica u otros identificadores únicos. Ubicación (unidad, cama o sitio de solicitud). Enumeración de los exámenes Identidad del Médico solicitante. Nota: se evita en lo posible el uso de abreviaturas, acrónimos y siglas para minimizar errores de interpretación. Nota: si el examen es un procedimiento no incluido en el plan de beneficios del Plan Obligatorio de Salud (POS): - El médico diligencia el formato de justificación para Comité Técnico Científico en caso de prestaciones No POS, para soportar la solicitud de autorización a la entidad aseguradora. - El liquidador del piso hace la gestión de autorización, o en su defecto, el Paciente o su representante: Entrega pago de excedente. En última instancia se oferta descuento para facilitar el acceso del paciente al servicio solicitado

	ENFERMERA / AUXILIAR DEL SERVICIO SOLICITANTE	**2**	Verifica que la orden médica contenga la información correcta y estén debidamente diligenciados los datos anotados en el paso 1. Verifica si hay exámenes No POS con su respectivo formato de justificación, en cuyo caso los entrega a liquidación para su correspondiente autorización. Retiene la Orden Clínica correspondiente hasta que exista visto bueno administrativo para proceder con la toma o recolección de la muestra.
		3	Toma la muestra con base en la Orden Clínica y marca claramente el contenedor con los siguientes datos: Nombres y apellidos del paciente. Nº de historia clínica y otros identificadores únicos. Ubicación. Sigue las especificaciones de preparación del paciente y/o de la muestra.
		4	Ruta urgente: envía con el sistema de correo neumático / Patinador camillero / Auxiliar de Enfermería del servicio solicitante, la Orden Clínica y espécimen del Paciente al Laboratorio Clínico, al área de recepción / alistamiento de muestras. Se marca la Orden Clínica con el nivel de urgencia requerido en el sistema de información. Ir a paso 7.
		5	Rutina: una vez tomada la muestra la deposita con la respectiva Orden Clínica en el sitio designado por la Unidad Clínica para las muestras, para enviar por el correo neumático o patinador camillero.

TRASLADO DEL ESPÉCIMEN	**PATINADOR / AUXILIAR DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO CLÍNICO / AUXILIAR DE LABORATORIO**	**6**	Envía la muestra al Laboratorio Clínico
RECEPCIÓN DEL ESPÉCIMEN	**AUXILIAR DE LABORATORIO CLÍNICO EN REGISTRO DE HOSPITALIZA**	**7**	Recibe y verifica la conformidad de la(s) órdenes(s) clínica(s) y de la identificación primaria de la(s) muestra(s) recibida(s) con las especificaciones requeridas. Notas: - Cuando se recibe una Orden Clínica sin la respectiva muestra se notifica la novedad al servicio clínico solicitante. - En casos de Orden Clínica de pruebas con muestra pendiente se registra el hallazgo en el sistema de información.

	DOS	**8**	Si la muestra cumple con las condiciones requeridas, ir a paso 9. Si la muestra no cumple con las condiciones requeridas o existen discrepancias entre la información de la muestra y la Orden Clínica, se retiene espécimen y se devuelve la solicitud. Si se cumple un criterio de salvedad por ser muestra insustituible, se acepta la muestra recibida, registrando el hecho en el sistema de información y remitiendo la información al analista encargado para incluirla como observación en el informe del resultado.
		9	En casos excepcionales, al carecerse codificación para el servicio solicitado en el sistema de información, y de ser médicamente necesario proceder con el análisis, se hace digitación manual / directa en el sistema de información del laboratorio, anotando la causal en el campo de comentarios del Sistema de Información del Laboratorio.
		10	Marca la muestra con el número de registro del sistema de información en caso de que el rótulo no esté adecuadamente colocado.
		11	Verifica la congruencia de información entre orden clínica, y la marcación primaria y secundaria de espécimen en lo relativo a: Datos personales del Paciente. Identificadores únicos del paciente y el evento. Exámenes solicitados. Ubicación.

PREPARACIÓN, ANÁLISIS Y VALIDACIÓN	**AUXILIAR DE LABORATORIO CLÍNICO REGISTRO DE HOSPITALIZADOS**	**12**	
ENTREGA DE RESULTADOS CONTINGENTE	**ANALISTA**	**13**	Imprime el informe en el servicio solicitante. Ir a 19. Nota: en casos de contingencia (caída de la red de impresión primaria) ir a 14.
UTILIZACIÓN DE LA RED SECUNDARIA DE IMPRESIÓN CONTING		**14**	Acción de contingencia por falla de impresión 1: Nota: en esta situación la impresora debe ser seleccionada por quien imprime. -Ingresar al sistema de información utilidades de Laboratorio Clínico. - Seleccionar la opción "Forma de impresión por Winlab". -Seleccionar la opción "Tipo de impresión local". -Salir del sistema de utilidades. Si la contingencia 1 funciona bien, ir a 19. En caso de falla de la contingencia 1, ir a 15.

ENTE		**15**	Acción de contingencia por falla de impresión 2: Nota: en esta situación los informes se generan en la Unidad (en la impresora de entrega de resultados) y se deben trasladar físicamente a las diversas ubicaciones. -Notificar a todos los servicios que se activa esta contingencia y que todo informe llega físicamente y no por impresión en red. -Notificar a Servicios Generales la necesidad de soporte especial para el transporte oportuno de informes a cada Unidad Clínica. -Conectar cables de impresora por puerto serial/ USB del computador de entrega de resultados a la impresora -Hacer impresión local directa. Si la contingencia 1 funciona bien, ir a 17. En caso de falla de la contingencia 2, ir a 16.
		16	Acción de contingencia por falla de Impresión 3: Nota: en esta situación los informes se generan en la Unidad (en cada analizador) y se deben trasladar físicamente a las diversas ubicaciones. -Notificar a todos los servicios que se activa esta contingencia y que todo informe llega físicamente y no por impresión en red. -Notificar a Servicios Generales la necesidad de soporte especial para el transporte oportuno de informes a cada Unidad Clínica. -Imprimir informes desde cada analizador. Si la contingencia 3 funciona bien, ir a 17.

		17	Se archiva el resultado en la carpeta del servicio correspondiente para ser recogido por el patinador
	PATINADOR	**18**	Recoge el(los) informe(s) de resultado(s) de la carpeta. Traslada el(los) informe(s) de resultado(s) al servicio solicitante.
	SECRETARIA DE LA UNIDAD CLÍNICA / DELEGADO	**19**	Recibe informe impreso y entrega al personal a cargo del Paciente.
	ENFERMERA / AUXILIAR DEL SERVICIO SOLICITANTE	**20**	Recibe y verifica que el(los) informe(s) de resultado(s) coincidan con lo solicitado.

	SECRETARIA DE LA UNIDAD CLÍNICA / ENFERMERA / DELEGADO	**21**	Notifica llegada del informe para validación por el enfermero de turno. Informa al médico tratante aquellos resultados de exámenes que cumplan un criterio de notificación inmediata: -De alto interés clínico por instrucción médica. -Por estar por fuera del rango permitido (anormales o críticos/ pánico). -Si está contemplado en alguna Guía Médica o protocolo de investigación.
FI N			

12.4 Anexo 4: Descripción de Diagrama de Flujo de Laboratorio Clínico Para Ambulatorio

PROCESO	RESPONSIBLE	SECUENCIA	ACCION
ATENCIÓN INICIAL DEL USUARIO (ORIENTACIÓN / ADMISIÓN / FACTURACIÓN)	PACIENTE / USUARIO Y/O SU DELEGADO	1	Acude a la sala de espera, previa orientación ofrecida en el puesto de información. Nota: se ubican avisos informativos para orientar al usuario desde todas las entradas, anunciando el punto de atención inicial y los elementos requeridos para su atención.
	ORIENTADOR DEL SERVICIO	2	Desde el primer contacto con el Usuario identifica toda situación que impida una adecuada atención. Detecta casos de falta de preparación para la muestra y de falta de documentos / soportes / autorizaciones cuando son requeridos para la atención, según los requisitos de las aseguradoras. Notas: - En caso de que no se cumplan las condiciones de preparación del Usuario o de espécimen, se brindan opciones de atención y asesoría para asegurar un espécimen idóneo para análisis: se entrega y explica el respectivo formato de "Instrucciones de espécimen o de preparación del Usuario". - En caso de que no se cumplan los requisitos convenidos con las entidades/ aseguradoras, se informa al Usuario de inmediato y se le brinda una alternativa que preserve su derecho a ser atendido.

		3	Aplica una atención preferencial a toda solicitud de Usuario en situación apremiante, Usuario menor de edad, persona en condición de discapacidad, embarazada, persona de avanzada edad o en caso de muestra ya tomada y lista para entregar. Nota: cuando el Usuario presenta condiciones que no le permiten comprender sus Derechos y Deberes, la comunicación se delega a personal profesional de la unidad para dedicar una atención especial.
		4	Asigna el turno de atención.
		5	Indica al Usuario el punto de atención de acuerdo con el turno correspondiente (desplegado en la pantalla de turnos).
	PACIENTE / USUARIO Y/O SU DELEGADO	6	Solicita los servicios en la caja presentando la OM y los documentos de soporte que apliquen.

	CAJERO DE LABORATORIO CLÍNICO / ASESOR DE SERVICIO	7	Verifica las adecuadas condiciones del Usuario, Notas: - En caso de que no se cumplan las condiciones de preparación del Usuario o de espécimen se brindan opciones de atención y asesoría para asegurar un espécimen idóneo para análisis: se entrega y explica el respectivo formato de "Instrucciones de espécimen o de preparación del Usuario", dejando registro de entrega en archivo. - En caso de que no se cumplan los requisitos convenidos con las entidades/ aseguradoras, se informa al Usuario de inmediato y se le brinda una alternativa que preserve su derecho a ser atendido. - En caso de solicitud de entrega especial (fax, correo electrónico, remitir al médico tratante). El usuario diligencia el formato "Autorización de entrega a terceros" y se registra el dato en el Sistema de Información del Laboratorio.
		8	Agrupa la factura impresa, la etiqueta adhesiva con código de barras (denominada en adelante etiqueta), el tiquete de turno asignado, y los pone a disposición del Usuario. Invita al Usuario a verificar datos demográficos y exámenes a tomar para que pueda identificar algún error de digitación en la admisión. De no haber dudas por parte del Usuario sobre la información en el sistema de información, se notifica a la auxiliar de laboratorio correspondiente que el usuario se encuentra listo para ser atendido.

OBTENCIÓN / RECEPCIÓN DEL ESPÉCIMEN	AUXILIAR DE LABORATORIO CLÍNICO	9	Recepción asistencial y traslado: Invita al siguiente Usuario a ser atendido y lo acompaña al módulo asistencial para la toma de muestras. Confirma la identidad del Usuario según los datos demográficos impresos en los documentos.
		10	Verificación de integridad de la información: Verifica en los documentos que la información entre todos los documentos, los sistemas de información y las etiquetas coincida en lo que se refiere a: Datos personales del Paciente. Exámenes solicitados. Fecha y hora del evento. Nota: en caso de presentarse alguna discrepancia en la información, devuelve los documentos al cajero para las respectivas correcciones en el sistema y su reimpresión
		11	Verificación de preparación del Paciente: Verifica los requisitos de preparación del Usuario/ Paciente y la conformidad de espécimen. Nota: en caso de que no se cumplan las condiciones de preparación del Paciente o de espécimen, se brindan opciones de atención y asesoría para asegurar un espécimen idóneo para análisis: se entrega y explica el respectivo formato de "Instrucciones de espécimen o de preparación del Usuario", dejando registro de entrega en archivo. En todos los casos en que al Usuario no se le haya recibido / tomado muestra alguna, se registra la novedad en el Sistema de Información de Laboratorio.

		12	Registro de muestra pendiente: Se solicita al Usuario la factura y se anota claramente lo que queda pendiente en la factura, al igual que en el Sistema de Información del Laboratorio.
		13	Recepción de muestra pendiente/ previamente tomada: Se imprimen etiquetas para marcar las muestras pendientes recibidas y se registra en el Sistema de Información del Laboratorio la fecha y hora de recepción de muestra pendiente. Al recibirse la muestra pendiente el/la auxiliar solicita la factura y verifica a que orden clínica / registro de muestra corresponde. Al carecer de factura, se confirma la orden clínica en el Sistema de Información Hospitalario para evidenciar el pago del servicio.
		14	Entrevista al Usuario: Se pregunta de forma cordial: El cumplimiento de la preparación para exámenes que lo requieran. Diagnósticos expresados por el médico solicitante, si es del caso. Medicamentos que haya tomado en las últimas 48 horas. Preferencia para la entrega del informe de resultados (prioridad, fax, correo electrónico, medico tratante, un tercero). Nota: en casos de solicitud de prioridad por necesidad del Usuario ("urgidos") se consulta al analista encargado para determinar la hora prevista de entrega del resultado y proceder con un manejo acelerado.

		15	Explicación del procedimiento y obtención del consentimiento verbal: Se explica al Usuario el procedimiento de recepción o toma de la muestra, resolviendo cualquier duda o aprehensión y logrando su consentimiento verbal para hacerlo. Nota: en todo momento se dispone de profesionales de Laboratorio Clínico que pueden ser consultados para aclarar dudas o dar explicaciones especiales.
		16	Protección del derecho a la confidencialidad: Se comunican al Usuario las políticas de seguridad, de confidencialidad y la disponibilidad del resultado. Se informa al Usuario que la entrega del resultado se hace solamente al mismo o a quien éste delegue por escrito
		17	Autorización de entrega a terceros o de informe electrónico: En caso de solicitud de entrega especial (fax, correo electrónico, remitir al médico tratante), el usuario diligencia el formato "Autorización de entrega a terceros" y se registra el dato en el Sistema de Información del Laboratorio.
		18	Obtención / recepción y marcación de muestra(s): -Obtiene el espécimen del Usuario -Rotula el contenedor con la etiqueta con los datos del Usuario y del evento.
		19	Verificación de muestra conforme: Se determina si las muestras obtenidas cumplen con los requisitos de muestra a conformidad.

		20	Trazabilidad de la entrega: Registra el número de espécimen generado por el Sistema de Información del Laboratorio en el DER.
		21	Instrucciones para reclamar el resultado: Entrega el DER al Usuario y le instruye que con éste debe reclamar el informe de resultados, indicando el horario de entrega del mismo. Enfatiza sobre la política de entrega a terceros. Registra la fecha estimada de entrega del resultado en caso de que haya pruebas que no se entregan en el curso de 8 horas hábiles.

		22	Verificación de hemostasia en sitio de venopunción y manejo de posible evento adverso: En Usuarios a quienes se haya hecho punción vascular se verifica que el sitio de punción no presente sangrado activo. Se coloca apósito si el Usuario consiente. En todo caso se retiene la torunda de algodón contaminada con sangre para la adecuada clasificación en la fuente y disposición final. Se resuelven dudas y se entregan recomendaciones sobre el cuidado del sitio de punción (si aplica), antes de despedir al usuario. Se maneja según el caso: 1. Situación: hematoma en sitio de punción. Acción: estabilización del sangrado con presión directa por 5 minutos. Acompañamiento del Paciente, recomendaciones generales entregadas por un médico patólogo. 2. Situación: lipotimia por hiperglicemia (carga de glucosa), reflejo vasovagal y/o probable estado conversivo. Acción: ubicación en camilla (si requiere elevación de miembros inferiores) o en silla de ruedas; traslado al servicio de urgencias con acompañamiento si no presenta inmediata mejoría; presentación a un médico del servicio. 3. Situación: lesión de estructuras perivasculares (punción): Acción: acompañamiento y manejo con médico especialista.
		23	Soporte de facturación: Coloca en la bandeja "Soportes de facturación" la OM/OC con los respectivos soportes.

		24	Traslado a alistamiento: Traslada los especímenes al área de procesamiento pre-analítico para acondicionarlas, atendiendo el orden de llegada (secuencia: primero entra – primero sale).
PREPARACIÓN DE LA MUESTRA		25	Verificación de conformidad: Verifica el cumplimiento de las especificaciones de la(s) muestra(s); (ver políticas y fichas técnicas).
		26	Clasificación y distribución: -Verifica la conformidad de cada muestra según especificaciones. -Presenta la(s) muestra(s) al lector de código de barras del Sistema de Información de Laboratorio para definir su ruta y destino analítico. -Distribuye cada muestra (guardando la prioridad de cada muestra según aparezca en el SIL) hacia cada destino analítico.
		27	Acondicionamiento final: Acondiciona muestra(s) manualmente para el procesamiento pre-analítico en pruebas que no estén automatizadas.
ANÁLISIS DE LA MUESTRA	ANALISTA	28	Acondicionamiento suplementario (opcional): Finaliza el proceso de acondicionamiento de la muestra (si aplica).
		29	Concordancia ordenes vs muestras: Consulta la carga de trabajo usando el Sistema de Información del Laboratorio y la coteja con las muestras disponibles para análisis.

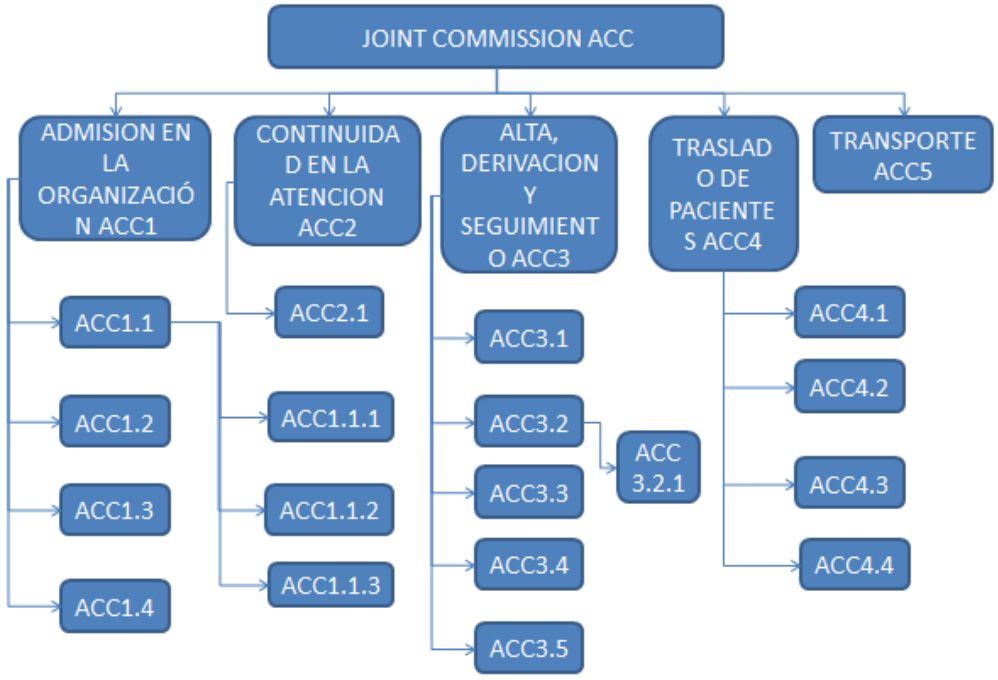
		30	Conformidad de muestras: Verifica la correcta identificación y especificaciones de las muestras, asegurando que cumplen requisitos para análisis (ver políticas y fichas técnicas).
		31	Manejo de no conformes: En caso de faltar muestra o al haber una dificultad técnica con una muestra, se notifica al Usuario interno de forma directa y/o al Usuario externo a través de la secretaria de unidad
		32	Análisis: Cumple con el proceso de análisis para generar el resultado respectivo
VALIDACIÓN DEL RESULTADO		33	Aplicación de reglas de validación: Una vez generado el resultado, lo revisa, aplicando el instructivo
ARCHIVO Y ENTRE	SECRETARIA DE ENTREGA	34	Validación del derecho y entrega del informe de resultados: Una vez un Usuario solicita un resultado, se verifica su identidad o el derecho que éste ha delegado en quien le representa.

GA DE RESULTADOS	DE RESULTADOS / AUXILIAR DE LABORATORIO CLÍNICO	35	Entrega a terceros: Si se trata de un acudiente / representante del Usuario, se debe acreditar su autorización presentando la forma "Autorización de entrega a terceros" o su equivalente (escrito firmado por el usuario que delegue autoridad para reclamar). Se registra en el Sistema de Información del Laboratorio especificando: número de cédula y relación. En caso en que el Usuario se presente sin la debida autorización escrita, se ofrece la opción de: Contactar por teléfono para actuar como testigo y diligenciar la autorización en su nombre. Presentar el documento de identidad del usuario.
FIN			

12.5 Anexo 5: Estándares de Accesibilidad y Continuidad en la Atención de la Joint Commission

Los estándares implementados para el desarrollo de este proyecto son del capítulo de Accesibilidad y Continuidad en la Atención (ACC) el cual está conformado por 5 estándares de primer nivel, 14 estándares en segundo nivel y 4 en tercer nivel. Incluye también 103 elementos medibles que serán calificados y posteriormente priorizados para diseñar un plan de mejora.

A continuación se representa la distribución de los estándares:



Fuente: autores

12.6 Anexo 6: Matriz de Validación de Estándares de la Joint Commission

Estándar	Intención	Elementos medibles	Ca	Hallazgos	Calf.
ADMISION EN LA ORGANIZACION					
ACC.1 Los pacientes son ingresados para obtener atención hospitalaria, o inscritos para obtener atención ambulatoria, según sus necesidades de atención sanitaria y la misión y los recursos de la organización.	Sólo ingresarán o iniciarán tratamiento ambulatorio aquellos pacientes a quienes la organización pueda proporcionar los servicios necesarios conforme a su misión.	1. El cribado se inicia en el momento del primer contacto, dentro o fuera de la organización.	5	no existe claridad sobre los procesos estandarizados por parte de los funcionarios. El cribado se realiza por medio de una calificación ABC el proceso está documentado pero no está estandarizado	67%
		2, Según los resultados del cribado, se determina si las necesidades del paciente coinciden con la misión	5		
		3, Sólo se acepta a los pacientes si la organización puede proporcionar los servicios necesarios y el entorno adecuado para la atención, tanto para pacientes ambulatorios como hospitalizados	10		
		4, Existe un proceso para proporcionar los resultados de las pruebas diagnósticas a los responsables de	0		
		5, Las políticas identifican las pruebas diagnósticas que se consideran necesarias antes de admitir al	10		

		6, Los pacientes no son admitidos, transferidos ni derivados antes de que estén disponibles los resultados de las pruebas necesarias para tomar estas decisiones	10	y se está realizando hace unos pocos meses.	
ACC.1.1 La organización cuenta con un proceso de admisión de pacientes para hospitalización y atención ambulatoria.	Proceso estandarizado y el personal responsable del proceso está familiarizado con los procedimientos normalizados y los cumple.	1. El proceso de inscripción de pacientes de atención ambulatoria está estandarizado.	5	se evidencia documentación de los procesos, pero no están estandarizados	63%
		2, El proceso de ingreso de pacientes para hospitalización está estandarizado	5		
		3, Hay un proceso para la admisión de los pacientes de urgencias en unidades de hospitalización.	NA		
		4, Hay un proceso para mantener a los pacientes en observación.	NA		
		5, Hay un proceso para gestionar a los pacientes cuando no hay camas disponibles en el servicio o unidad deseados ni en ningún otro lugar de la instalación.	NA		
		6, Para estandarizar el proceso de admisión de pacientes ingresados e inscripción de pacientes	10		

		7, El personal está familiarizado con las políticas y los procedimientos y los cumple	5		
ACC.1.1.1 Los pacientes con necesidades de emergencia, urgentes o inmediatas tendrán prioridad en su evaluación y tratamiento.	Los pacientes con necesidades de emergencia, urgentes o inmediatas (como por ejemplo infecciones respiratorias) son identificados mediante un proceso de triage basado en la evidencia.	1. La organización utiliza un proceso de triage basado en la evidencia para priorizar a los pacientes con necesidades inmediatas.	NA	se realiza una priorización de teniendo en cuenta si es de Urgencias, Hospitalario o ambulatorio, este ultimo a su vez se prioriza de a cuerdo a su EPS. El personal es capacitado pero no se realiza una verificación de la asimilación e la	75%
		2, Se capacita al personal para aplicar los criterios	5		
		3, Los pacientes son priorizados según la urgencia de sus necesidades.	10		
		4, Los pacientes con necesidades de emergencia son estabilizados en la medida de lo posible antes de trasladarlos a otra organización.	NA		

				información por medios evaluativos.	
ACC.1.1.2 Se da prioridad a las necesidades de servicios preventivos, paliativos, de curación y de rehabilitación según el estado del paciente en el momento del ingreso en la organización.	Cuando se valora al paciente en el momento de ingreso en la organización, la evaluación ayuda al personal a identificar y priorizar los servicios preventivos, paliativos, de curas y de rehabilitación que el paciente necesita y seleccionar el servicio o unidad más adecuado para atender sus necesidades más urgentes o prioritarias.	1. El cribado ayuda al personal a identificar las necesidades del paciente.	10	no se realiza una priorización d acuerdo a si el paciente es e servicios preventivos, paliativos, de curación y rehabilitación	67%
		2, El servicio o las unidades seleccionadas para atender estas necesidades se basan en los resultados del cribado.	10		
		3, Se priorizan las necesidades del paciente relacionadas con servicios preventivos, paliativos, de curación y rehabilitación.	0		

ACC.1.1.3 La organización tiene en cuenta las necesidades de atención de los pacientes cuando hay listas de espera o retrasos para acceder a servicios diagnósticos y/o tratamiento.	Se informará a los pacientes cuando los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos o la obtencin de la atención planificada requieran su inclusión en una lista de espera.	1. Se informa a los pacientes ingresados y en tratamiento ambulatorio sobre las esperas en la atención.	0	no se estipula ni se comunica al paciente el tiempo estima e espera	75%
		2, Se informa a los pacientes sobre los motivos del retraso o la espera y se proporciona información sobre alternativas disponibles para cubrir sus necesidades.	10		
		3, La información proporcionada se documenta en la historia clínica.	10		
		4, Se utilizan políticas y/o procedimientos para estandarizar la práctica.	10		
ACC.1.2 Al ingreso, los pacientes y las familias reciben información sobre la	Durante el proceso de admisión, los pacientes y sus familias reciben información suficiente para poder tomar	1. Se proporciona información al paciente y a la familia en el momento de la admisión.	10	Desde el ingreso del paciente, se informa sobre la atención que se le	100%
		2, La información proporcionada incluye información sobre la atención propuesta	10		
		3, La información proporcionada incluye información sobre los resultados esperados	10		

atención propuesta, los resultados esperados y cualquier costo esperado para el paciente por la atención.	decisiones informadas.	4, La información proporcionada incluye información sobre cualquier costo esperado para el paciente o la familia.	10	brindar mediante folletos. El cajero es el encargado de brindar la información sobre los costos para que tanto el paciente como al familia tomen una decisión.	
		5, La información proporcionada es suficiente para que los pacientes o la familia puedan tomar decisiones informadas.	10		
ACC.1.3 La organización intenta reducir las barreras físicas, lingüísticas,	Las organizaciones con frecuencia atienden a comunidades con una población diversa. Los	1. Los líderes y el personal de la organización identifican las barreras más comunes en su población de pacientes.	0	No se evidencia un proceso donde el personal calificado pueda	0%
		2, Existe un proceso para superar o limitar las barreras para los pacientes que solicitan atención.	0		

culturales y demás barreras al acceso y a la prestación de servicios.	pacientes pueden ser personas mayores, tener discapacidades, hablar varios idiomas o dialectos, presentar una diversidad cultural u otras barreras que hagan muy difícil el proceso de acceso y obtención de atención.	3, Existe un proceso para limitar el impacto de las barreras sobre la prestación de servicios.	0	identificar y superar las barreras más comunes.	
		4, Se implementan estos procesos.	0		
ACC.1.4 El ingreso o traslado a o desde unidades que prestan servicios intensivos o especializados	Cada organización debe establecer criterios para determinar los pacientes que necesitan el nivel de atención proporcionado en sus	1. La organización ha establecido criterios de ingreso y/o traslado para sus servicios o unidades intensivas y especializadas, incluida la investigación y otros programas, para atender las necesidades especiales de los pacientes.	NA		
		2, Los criterios tienen base fisiológica, dentro de lo posible y adecuado.	NA		

viene determinado mediante los criterios establecidos.	unidades.	3, En la elaboración de los criterios participan los profesionales adecuados	NA		
		4, El personal recibe capacitación para aplicar los criterios.	NA		
		5, Las historias clínicas de los pacientes admitidos en unidades o servicios intensivos y especializados contienen evidencia que indica que reúnen los criterios para acceder a esos servicios.	NA		
		6, Las historias clínicas de los pacientes transferidos o dados de alta de las unidades de cuidados intensivos o servicios especializados contienen evidencia que indica que ya no cumplen los criterios para necesitar dichos servicios.	NA		
CONTINUIDAD DE LA ATENCION					
ACC.2 La organización diseña y desarrolla procesos que	A lo largo de la estancia del paciente en una organización sanitaria, desde el ingreso hasta el alta	1. Los líderes de servicios y áreas diseñan e implementan procesos que respaldan la continuidad y la coordinación de la atención, incluidos aquellos identificados en la declaración de intención.	10	se evidencia la continuidad y coordinación de la atención y coordinación	100%

permiten la continuidad de la atención al paciente dentro de la propia organización y entre diferentes profesionales sanitarios.	o traslado, pueden participar en la atención distintos departamentos, servicios y profesionales sanitarios.	2, La continuidad y la coordinación son evidentes durante todas las fases de atención al paciente.	10	del servicio prestado al paciente, de acuerdo al seguimiento realizado	
		3, La continuidad y la coordinación son evidentes para el paciente.	10		
		4, La continuidad y la coordinación son evidentes para el paciente.	10		
ACC.2.1 Durante todas las fases de la atención a pacientes hospitalizados, existe un profesional cualificado identificado como	Identificación de un profesional con responsabilidad sobre toda la atención al paciente o sobre una fase de la atención. Este profesional podrá ser un médico u otra persona cualificada. La identificación del	1. Se identifica al profesional responsable de coordinar la atención del paciente y está disponible durante todas las fases de hospitalización del paciente	10	Se evidencia al profesional responsable de la coordinación el laboratorio (jefe de laboratorio), presente en todas las fases del proceso. A	100%
		2, El profesional está cualificado para asumir la responsabilidad de la atención.	10		
		3, El profesional está identificado ante el personal de la organización.	10		
		4, El profesional aporta documentación a la historia clínica sobre el plan de atención del paciente.	10		

responsable de la atención del paciente.	profesional responsable figura en la historia clínica del paciente o en otro lugar conocido por el personal de la organización.	5, El proceso para traspasar la responsabilidad de un profesional a otro está definido en la política de la organización.	10	su ev se evidencia que estos profesionales están cualificados debido a que el mínimo grado de escolaridad necesario para pertenecer a la fundación es profesional o técnico. A si mismo se evidencia pertinencia de acuerdo al cargo.	
ALTA, DERIVACION Y SEGUIMIENTO					

ACC.3 Existe una política o procedimiento para dar el alta o derivar a los pacientes.	El alta o la derivación de un paciente se realiza en función del estado de salud y la necesidad de atención o servicios continuados.	1. Se da de alta o deriva al paciente en base a sus necesidades de atención continuada.	NA		
		2, Se determina si el paciente está listo para el alta utilizando criterios predeterminados que garantizan la seguridad del paciente.	NA		
		3, Cuando así se indique, la planificación para la derivación y/o el alta comienzan temprano en el proceso de atención y, cuando corresponda, incluye a la familia.	NA		
		4, Se deriva y/o da el alta a los pacientes en función de sus necesidades.	NA		
		5, La política de la organización establece el proceso de los pacientes que pueden salir de la organización durante el proceso de atención “con permiso de salida” para un período de tiempo definido.	NA		

ACC.3.1 La organización coopera con los profesionales sanitarios y con agencias externas para garantizar derivaciones oportunas y adecuadas.	La derivación oportuna al facultativo, organización o agencia que se adapte lo máximo posible a las necesidades de continuidad de la atención del paciente requiere una planificación. La organización conoce profesionales sanitarios, los posibles centros de derivación en su comunidad para comprender los tipos de pacientes tratados y los servicios	1. El proceso de panificación del alta tiene en cuenta la necesidad tanto de servicios de apoyo como de servicios médicos continuados.	NA	se evidencia que la entidad tiene establecido parámetros para identificar profesionales y organizaciones en su comunidad que están asociados con los servicios que esta brinda	100%
		2, La organización identifica a los profesionales sanitarios y organizaciones en su comunidad que están más asociados con los servicios de la organización y la población del paciente.	10		
		3, Las derivaciones fuera de la organización se realizan a profesionales y centros específicos en la comunidad del paciente, cuando sea posible.	10		
		4, Siempre que sea posible, los pacientes se derivan a estructuras de apoyo.	10		

	prestados y para establecer relaciones formales e informales con dichos centros.				
ACC.3.2 Las historias clínicas de los pacientes contienen una copia del informe del alta.	Se prepara un informe de la atención del paciente en el momento del alta de la organización. Un profesional cualificado elabora el informe el alta, como por ejemplo el médico del paciente.	1. Una persona cualificada prepara un informe de alta, en el momento del alta.	NA		
		2, El informe de alta contiene instrucciones de seguimiento.	NA		
		3, Se archiva en la historia clínica del paciente una copia del informe de alta.	NA		
		4, Salvo que contradiga la política de la organización, las leyes o la cultura, se entrega a los pacientes una copia del informe de alta.	NA		
		5, Se entrega una copia del informe de alta al facultativo responsable de la atención continuada o el seguimiento del paciente.	NA		
		6, La política y/o procedimiento de la organización indica el plazo en que debe elaborarse el informe de alta y archivarse en la historia clínica.	NA		

ACC.3.2.1 El informe de alta de los pacientes ingresados esta completo.	El informe de alta proporciona una visión general de la estancia del paciente en la organización.	1. El informe de alta recoge motivo de ingreso, diagnósticos.	NA		
		2, El informe de alta recoge hallazgos significativos, físicos y de otra índole	NA		
		3, El informe de alta recoge procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados	NA		
		4, El informe de alta recoge medicamentos significativos, incluyendo la medicación al alta (es decir, todos los medicamentos que deberá tomarse en el domicilio)	NA		
		5, El informe de alta recoge el estado del paciente al alta.	NA		
		6,.El informe de alta recoge instrucciones de seguimiento	NA		
ACC.3.3. Las historias clínicas de pacientes ambulatorios que reciban una	Es importante tener un resumen actualizado del perfil del paciente para facilitar la continuidad de la atención	1. La organización identifica para qué tipo de pacientes en atención continuada se realizará un resumen.	10	Se evidencia que los cajeros son los encargados de la organización,	100%
		2, La organización identifica cómo y quién actualiza el resumen.	10		
		3, La organización define el formato y el	10		

atención continuada contienen un resumen de todos los diagnósticos significativos conocidos, alergias medicamentosas, medicación actualizada y cualquier procedimiento quirúrgico y hospitalización previa.		contenido del resumen		actualización, clasificación e identificación de la información.	
		4, La organización define qué considera actualizar	10		
		5, La política de la organización define que las historias clínicas tendrán una listado de los resúmenes realizados	10		
ACC.3.4 Los pacientes y, según sea adecuado, sus	Para los pacientes que no son derivados o trasladados directamente a otra	1. Las instrucciones de seguimiento se proporcionan en forma y modo que el paciente y su familia puedan comprender.	10	Todas las instrucciones sobre la atención y los	100%

familias, reciben instrucciones de seguimiento comprensibles.	organización sanitaria es fundamental recibir instrucciones claras sobre dónde y cómo obtener atención continuada, con el fin de garantizar unos resultados de atención óptimos y que atiendan todas las necesidades del paciente.	2, Las instrucciones incluyen cualquier posibilidad de volver por razones de seguimiento.	10	requerimientos del servicio son comunicados al apciente y su familia por medio de folletos.	
		3, Las instrucciones indican en qué casos será necesario obtener atención urgente.	10		
		4, Las familias también reciben instrucciones, según corresponda al estado del paciente.	10		
ACC.3.5 La organización tiene un proceso para la gestión y el seguimiento de los pacientes que solicitan	Cuando los pacientes ingresados o los pacientes en seguimiento ambulatorio deciden interrumpir el tratamiento en el hospital en contra del	1. Hay un proceso para la gestión y el seguimiento de los pacientes ingresados o en seguimiento ambulatorio que interrumpen el tratamiento en contra del consejo médico.	NA		
		2, Cuando se conoce el médico de atención primaria del paciente, se informa a dicho profesional.	NA		

alta voluntaria en contra del consejo médico.	consejo médico, se corren riesgos relacionados con el tratamiento inadecuado que pueden producir daño permanente o muerte.	3, El proceso es consistente con la normativa y legislación vigente.	NA		
TRASLADO DE PACIENTES					
ACC.4 Se traslada a los pacientes a otras organizaciones en base a su estado y para atender sus necesidades de atención continuada.	El traslado de un paciente a una organización externa se basa en su estado y en la necesidad de continuar recibiendo atención sanitaria.	1. Los traslados se basan en las necesidades de atención continuada del paciente.	10	la entidad cuenta con un protocolo de traslado a otras fundaciones, identificando el destino adecuado, el personal encargado y	80%
		2, El protocolo contempla el modo en que se transfiere la responsabilidad de la continuidad de la atención a otro proveedor u otro entorno.	10		
		3, El protocolo especifica quién es responsable durante el traslado y el equipamiento y material necesario durante el traslado.	10		

		4, El protocolo de traslado especifica las situaciones en que no es posible realizar el traslado.	0	los requerimientos. Pero no especifica en que situaciones no se debe realizar el traslado del paciente.	
		5, Los pacientes se trasladan de manera adecuada a otras organizaciones.	10		
ACC.4.1 La organización que realiza el traslado determina que la organización que recibe al paciente podrá atender las necesidades de atención	Al derivar a un paciente a otra organización, la organización que deriva debe determinar si la organización que recibe proporciona servicios que cubran las necesidades del paciente y si tiene la	1. La organización que deriva determina que la organización que recibe puede atender las necesidades del paciente que se traslada.	5	se tiene documentos que evidencian la validación que se realiza a la entidad receptora. Pero no están estandarizados y no se tiene disponible en	50%
		2, Existen acuerdos formales o informales con las organizaciones receptoras cuando hay que trasladar con frecuencia los pacientes.	5		

continuada del paciente.	capacidad para recibirlo.			SAP donde el personal que lo requiera lo consiga.	
ACC.4.2 Se entrega a la organización que recibe al paciente un informe escrito del estado clínico del paciente y de las intervenciones realizadas por la organización de origen.	A fin de asegurar la continuidad de la atención, la información del paciente se traslada junto con el paciente.	1. Junto con el paciente se traslada su información clínica o un informe clínico.	10	se tiene el proceso y esta estandarizado sobre la información que requiere ser trasladada con el paciente, como un resumen de su historia clínica (epiorisis), donde informa las pruebas que se le realizaron, las	100%
		2, El informe médico incluye el estado del paciente	10		
		3, El informe médico incluye los procedimientos y demás intervenciones realizadas al paciente.	10		
		4, El informe médico incluye las necesidades de atención continuada del paciente.	10		

				necesidades que tiene y estado el paciente, entre otra información pertinente.	
ACC.4.3 Durante un traslado directo, habrá un miembro cualificado del personal supervisando el estado del paciente.	El traslado de un paciente directamente a otra organización sanitaria puede ser un proceso sencillo, cuando se trata de un paciente alerta que puede hablar, o puede implicar el traslado de un paciente en coma que necesita supervisión continua,	1. Todos los pacientes reciben supervisión durante un traslado directo.	10	los pacientes reciben la supervisión necesaria por el personal calificado	100%
		2, Las cualificaciones del miembro del personal que supervisa al paciente se ajustan al estado del paciente.	10		

	ya sea de enfermería o médica. En cualquiera de los casos, el paciente necesitará estar controlado, pero las cualificaciones de la persona que realiza la supervisión difieren significativamente.				
ACC.4.4 El proceso de traslado se documenta en la historia clínica del paciente.	La historia clínica de cada paciente trasladado a otra organización sanitaria contiene documentación sobre el traslado que incluye el nombre de la organización y el nombre de la persona que acuerda	1. Las historias clínicas de los pacientes trasladados indican el nombre de la organización sanitaria y el nombre de la persona que aceptan recibir al paciente.	10	de acuerdo a la trazabilidad realizada por medio del sistema SAP se evidencia que las historias clínicas de los pacientes, tiene toda la	100%
		2, Las historias clínicas de los pacientes trasladados contienen otras notas, según lo requiera la normativa de la organización de origen.	10		
		3, Las historias clínicas de los pacientes trasladados indican el o los motivos del traslado.	10		

	acoger al paciente, el o los motivos de traslado y cualquier circunstancia especial para el traslado (como la disponibilidad de espacio en la organización receptora o el estado del paciente).	4, Las historias clínicas de los pacientes trasladados indican cualquier circunstancia especial relacionada con el traslado.	10	información requerida	
TRASNSPORTE					
ACC5.El proceso de derivación, traslado o alta pacientes, tanto ingresados como ambulatorios,	El proceso de la organización para la derivación, el traslado o el alta del paciente tiene en cuenta sus necesidades de transporte. El tipo de	1. Se realiza una evaluación de las necesidades de transporte cuando un paciente es derivado a otro lugar de atención, cuando se traslada a otra organización sanitaria o cuando está listo para ir a su casa, tanto después de una hospitalización como de una visita de atención ambulatoria.	NA	se tiene estandarizado todo el proceso de recepción y atención de quejas y reclamos, por	100%

tiene en cuenta sus necesidades de transporte.	transporte varía, puede ser una ambulancia u otro tipo de vehículo propio del hospital o puede ser alguna fuente alternativa decidida por la familia, o pueden ser los propios familiares y/o amigos quienes proporcionen el transporte.	2, El transporte proporcionado se adecúa a las necesidades y la condición del paciente.	NA	medio e SAP	
		3. Los vehículos de transporte del hospital cumplen las leyes y normativas pertinentes respecto a su funcionamiento, condición y mantenimiento.	NA		
		4, Los servicios de transporte subcontratados cumplen los requisitos de calidad y seguridad del hospital.	NA		
		5, Todos los vehículos utilizados para el transporte, tanto los propios del hospital como los subcontratados, disponen del equipamiento, el material y la medicación necesaria para dar respuesta a las necesidades de los pacientes trasladados.	NA		
		6, Se ha implementado un proceso para monitorizar la calidad y la seguridad del transporte que el hospital proporciona o gestiona, incluyendo el proceso de gestión de quejas	10		

Fuente: Estándares Accesibilidad y Continuidad en la Atención de la Joint Commission y recursos propios (calificación y hallazgos)

12.7 Anexo 7: Plan De Auditoria

La auditoría se llevara a cabo con un enfoque multidisciplinario durante un día por dos auditores y el personal responsable de la Fundación Hospitalaria XYZ.

El capítulo a evaluar es Accesibilidad y Continuidad en la Atención (ACC) de la Joint Commission el cual está conformado por 5 estándares de primer nivel, 14 estándares en segundo nivel y 4 en tercer nivel. Incluye también 103 elementos medibles que serán calificados y posteriormente priorizados para diseñar un plan de mejora.

<table>
<tr><td colspan="2">PLAN ESPECÍFICO DE AUDITORIA DE LA FUNDACIÓN HOSPITALARIA XYZ</td></tr>
<tr><td colspan="2">OBJETIVO DE LA AUDITORIA: obtener evidencia objetiva necesaria para evaluar el grado de cumplimiento de los estándares de accesibilidad y continuidad en la atención (ACC)</td></tr>
<tr><td colspan="2">ALCANCE: aplica para el área de laboratorio clínico donde se evaluaran los estándares ACC.</td></tr>
<tr><td colspan="2">AUDITORES: Juan Sebastián Montoya Y Alan Jacob Jaimes</td></tr>
<tr><td colspan="2">RESPONSABLES: encargado del área de laboratorio clínico y encargado de mejoramiento</td></tr>
<tr><td>DOCUMENTOS DE REFERENCIA:
Estándares ACC de JC
PR-LAB-001
PR-LAB-002</td><td>FECHA Y LUGAR DE AUDITORIA:
Noviembre 2011-Laboratorio Clínico</td></tr>
<tr><td colspan="2">HORA Y DURACIÓN ESPERADA:
-SEGUIMIENTO A TRES PACIENTES EN CADA UNA DE LAS TRES ETAPAS DEL LABORATORIO CLÍNICO. 8:00AM-11:00PM.
-VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTROS QUE SIRVAN DE EVIDENCIA 2:00PM-5:00PM</td></tr>
<tr><td colspan="2">INFORME DE RESULTADOS: DICIEMBRE 2011</td></tr>
</table>