

**Ejecución de Auditoria Resolución 3100 del 2019 en la Empresa Social del Estado Hospital
San Rafael de Facatativá**

Presentado por:

Aura Giselle Marroquín Linares

Juan Sebastián Gómez Rodríguez

Universidad UNICOC Dirección de Postgrados
Especialización de Gerencia de Servicios de Salud
Bogotá D.C., Colombia 2024

Introducción

En concordancia con los conceptos y experiencias adquiridas durante el desarrollo del diplomado para optar a la opción de grado como especialistas en gerencia de servicios de salud, nuestro equipo de trabajo realizó un informe de la ESE Hospital San Rafael de Facatativá (HSRF), basados en la promesa de valor del hospital “*salud Humanizada en tus manos*” a continuación, nos permitimos presentar el informe de la auditoría realizada al proceso de Laboratorio clínico y patología. El alcance de la auditoría contempla las actividades establecidas en los procedimientos: Admisión del usuario ambulatorio, Recepción y toma de muestras, Preparación de muestras, Procesamiento y análisis de muestras y Entrega de resultados contemplados en el proceso. Además, se hará seguimiento a los contratos de los equipos que se encuentran dentro del Laboratorio Clínico. El informe está compuesto por las generalidades del proceso, que comprende el objetivo, la descripción de la institución, diagnóstico empresarial (Auditoría), presentación y discusión de resultados y recomendaciones.

En pro de una mejor comprensión del informe de auditoría es importante recalcar que la institución HSRF es de IV nivel y ha sido recientemente certificada en las normas ISO 9001/2015 e ISO 45001/2018, adicional fue premiada con el (PNEIG) Premio Nacional a la excelencia y la innovación en gestión; Sin embargo para la ESE Hospital San Rafael de Facatativá la atención humanizada y con calidad constituye una de las principales herramientas gerenciales que tiene la institución para asegurar su propósito misional.

En razón a lo anteriormente descrito la auditoría realizada obedece a una actuación de prevención, con el fin de asegurar el cumplimiento de los objetivos institucionales y la toma de

decisiones para evitar desviaciones que puedan ir en detrimento de la calidad del servicio y por ende la imagen de la institución.

Adicional la política del mejoramiento en los procesos (administrativos y asistenciales) de la institución permite contribuir desde nuestras bases académicas gerenciales, a implementar un conjunto de estrategias y acciones que permitan el mejoramiento de la calidad en salud de cualquier institución del gremio. Los resultados del informe de Auditoria fueron socializados en reunión de cierre con los líderes de Mejoramiento continuo (Calidad), Direccionamiento Estratégico (Planeación) y líder de laboratorio clínico quienes recibieron la correspondiente retroalimentación sobre las recomendaciones y observaciones del informe final.

Objetivo General

Realizar evaluación (auditoria) al proceso de laboratorio clínico de la ESE Hospital San Rafael de Facatativá, validando la conformidad con los requisitos legales (Resolución 3100 del 2019), identificando oportunidades de mejora que contribuyan al mejoramiento del sistema de gestión de calidad para la atención en salud.

Objetivos Específicos

- Determinar si el proceso de laboratorio clínico ha gestionado el manejo del riesgo operacional dentro de los parámetros establecidos.
- Verificar el estado del proceso del laboratorio clínico de la institución.
- Generar conclusiones y recomendaciones relacionadas con el proceso de laboratorio clínico de la institución.

Descripción de la E.S.E. Hospital San Rafael de Facatativá

Por iniciativa del Párroco FRAY PEDRO SALAZAR, se colocó la primera Piedra el 5 de enero de 1884 para la construcción del hospital, bautizándolo en 1890 con el nombre de hospital San Rafael.

La edificación donde hoy se encuentra, se inició el 30 de julio de 1922 en terrenos donados por Emilio Ángel y hermanos y otros adquiridos por el hospital, poniéndose en funcionamiento en el año de 1932.

La E.S.E. Hospital San Rafael de Facatativá, es un centro de atención médica fundado por un grupo de médicos visionarios, con el propósito de prestar servicios de salud de calidad y contribuir con el desarrollo y bienestar de la población de la región Sabana Centro y de toda Cundinamarca. Desde su creación, ha sido considerado como un pilar fundamental en el sistema de salud del departamento y del País.

Desde sus inicios, hasta su expansión y desarrollo, el Hospital ha superado diversos desafíos, convirtiéndose en un referente en el área de la salud. Su enfoque siempre ha estado orientado hacia la innovación, el desarrollo de programas médicos especializados y la atención personalizada para cada paciente.

El Hospital se destaca por su enfoque integral en la atención médica, respaldado por un equipo de profesionales altamente capacitados y comprometidos con el servicio hacia la comunidad. Su infraestructura moderna y tecnología de vanguardia garantizan la prestación de servicios médicos de excelencia. (*Intranet institucional, 2023*)

Servicios Prestados Por la Institución

El Hospital San Rafael de Facatativá ofrece servicios destinados a satisfacer las necesidades de salud de la comunidad. Algunas de sus principales actividades incluyen:

Atención Médica Integral: El Hospital ofrece una amplia gama de servicios médicos y especialidades para abordar las necesidades de salud de la comunidad, para el efecto, ha definido los siguientes procesos misionales que se encargan de la atención:

- Internación.
- Atención Inmediata.
- Consulta Externa.
- Apoyo Diagnostico y Terapéutico (**Laboratorio Clínico**)
- Cirugía y Salas de Partos.
- Salud Pública.
- Referencia y Contrareferencia.
- Transporte Asistencial.
- Servicios Conexos a la Salud.
- Promoción y Prevención.

- **Formación Médica:** El Hospital tiene un compromiso con la formación y capacitación de profesionales. Ofrece programas de entrenamiento y prácticas para estudiantes de medicina, enfermería y otras disciplinas de la salud.

- **Investigación y Desarrollo:** El Hospital promueve la investigación científica y clínica para mejorar la calidad de la atención médica.

- **Prevención y Promoción de la Salud:** El Hospital participa activamente en campañas y programas de prevención de la enfermedad, promoviendo hábitos saludables y concientizando a la comunidad sobre la importancia de la salud preventiva.

Tabla 1

Servicios ofrecidos habilitados.

Sede	Cantidad de servicios habilitados en reps.
Hospital san Rafael de Facatativá	73
Centro de Salud Copihue	7
Centro de salud Cartagena – Manablanca	10
Centro de salud Subachoque	12
Puesto de Salud la Pradera	5
Puesto de Salud Albán	8
Puesto de Salud Guayabal de Siquima	11
TOTAL	126

Nota: Esta tabla muestra la cantidad de servicios habilitados el Reps.

- **Tabla 2**

Capacidad instalada

Camas habilitadas REPS	
Servicio	Cantidad
Pediátrica	24
Adultos	80
Salud Mental Adulto	28
Cuidado Intermedio Neonatal	8
Cuidado Intensivo Neonatal	8
Cuidado básico neonatal	10
Cuidado Intensivo Adulto	27
Cuidado Intermedio Adulto	10
Alto Riesgo obstétrico	8
Observación Pediátrica	8
Observación Adultos Hombres	10
Observación Adultos Mujeres	10
Reanimación Urgencias	6
TOTAL	237

Nota: Esta tabla muestra la cantidad de camas habilitadas en REPS.

Estructura Organizacional

El Hospital cuenta con una estructura orgánica funcional conformada por el área de dirección, integrada por la junta directiva, gerencia, proceso de control interno, proceso gestión jurídica, subgerencia administrativa y financiera, subgerencia de servicios de salud y la dirección de unidades de atención, sustentada en grupos internos de trabajo, dando alcance a su sede central y sedes dependientes que involucra a los 1.100 colaboradores alcanzando una prestación de servicios eficientes, oportunos y humanizados.

Esta estructura jerárquica facilita la toma de decisiones, la coordinación y la gestión eficiente, asegurando una distribución clara de responsabilidades y funciones en cada nivel del Hospital.

La E.S.E. Hospital San Rafael de Facatativá presta servicios de baja, mediana y alta complejidad con altos estándares de calidad, enfocados en humanización, seguridad del paciente, tecnología e innovación. Además, mantiene una dinámica de comunidad organizacional en constante aprendizaje y mejoramiento continuo, siendo una entidad amigable con el ambiente y sostenible financieramente.

Bajo la gerencia actual, el equipo de trabajo adelanta acciones enfocadas al bienestar de los usuarios, velando diariamente por una mejor atención, mayor cobertura y acceso a los servicios de salud. Esto para hacer realidad la promesa de valor “SALUD HUMANIZADA EN TUS MANOS”

El Hospital, presta su servicio en los municipios de Facatativá, Subachoque, Albán y Guayabal de Síquima, del departamento de Cundinamarca. Según la proyección de DANE para el año 2023, el Hospital atiende una población cercana a los 160.000 habitantes. La visión

gerencial, sumada a la capacidad de gestión de la alta dirección, se orienta a garantizar una red solida de atención y mayor comodidad para los usuarios.

Se han puesto al servicio de la comunidad, nuevas especialidades como hospitalización en unidad mental, consultas de cirugía vascular, cardiología pediátrica y toxicología, clínica del dolor y heridas, ampliación de camas de unidad de cuidados intensivos, urgencia dialítica aguda. Éstas permiten al Hospital garantizar acceso y oportunidad a la población objetivo, en cumplimiento de sus competencias y responsabilidades.

El Hospital como institución prestadora de servicios de salud destacada y comprometida con la excelencia en la atención y el bienestar de la región, el departamento y el país, desarrolló actividades integrales obteniendo excelentes resultados en la gestión de los indicadores de salud. Motivación que impulsó a la gerencia y sus colaboradores en la ampliación y apertura de nuevos servicios.

Misión

La ESE Hospital San Rafael de Facatativá, es una institución que brinda servicios de salud con altos estándares de calidad, en continuo crecimiento, con integración y liderazgo regional y departamental, enfocados en la humanización, seguridad del paciente, tecnología e innovación; cuenta con un talento humano altamente calificado, infraestructura, recursos físicos y administrativos óptimos, siendo amigable con el medio ambiente y sostenible financieramente, al servicio de la población de la Región de Salud Sabana Centro Occidente y todo el departamento de Cundinamarca.

Visión

Ser líder en el 2025 en la integración de la red de servicios de salud de la Región Salud Sabana Centro Occidente, y crecer al año 2028 como una institución acreditada, con servicios complementarios de alto nivel de complejidad, consolidándose como líder de red, Hospital Universitario, con enfoque en docencia e investigación, reconocido por la población y sus funcionarios por la humanización, así como por la alta calidad de sus servicios.

Objetivos Estratégicos

- **Fortalecer la prestación de servicios en salud**, ejecutando los proyectos en curso, estudiando y abriendo nuevos servicios de acuerdo con las necesidades de la población, siguiendo el modelo de atención con enfoque integral y diferencial, con la inclusión de estrategias de atención transversales orientadas a la calidad y mejoramiento continuo.
- **Fortalecer la gestión del talento humano**, orientada hacia el logro de los

objetivos institucionales a través del desarrollo humano, el bienestar, la promoción de la salud y la seguridad de los colaboradores.

- **Proyectar el proceso de gestión de la calidad hacia la acreditación institucional**, con enfoque a la resiliencia y transformación organizacional, y la articulación para la orientación hacia un Hospital Universitario, centrando como eje la humanización de servicios de salud.

- **Orientación de los procesos hacia la sostenibilidad financiera** a través de la gestión presupuestal, y el uso transparente de estos.

- **Actualización de los sistemas de información y de gestión documental**, con enfoque de integración de procesos y tecnologías que permitan facilitar la gestión orientada al mejoramiento continuo de la calidad.

- **Fortalecer y modernizar continua y progresivamente la infraestructura existente**, que contribuya a la prestación de servicios de salud con calidad y seguridad del usuario acorde a las necesidades del momento.

- **Fortalecer el modelo de gestión por procesos**, con una planeación orientada a la resiliencia y transformación organizacional, y articulados al impacto de la cultura y clima organizacional.

- **Crear y fortalecer progresivamente el área de gestión académica**, la docencia y la investigación con orientación a alcanzar los requerimientos para **ser un Hospital Universitario en el 2028 con enfoque a la excelencia académica**, la producción científica, y la formación centrada en los valores y propósitos institucionales.

Principios

- **Respeto:** Somos una institución que valora a los otros como sujetos dignos, que merecen nuestro reconocimiento y protección.
- **Honestidad:** Nos comportamos con sinceridad y coherencia respetando el concepto de justicia y verdad.
- **Responsabilidad:** Compromiso individual y colectivo que busca el cumplimiento de la misión y visión institucional.
- **Humanismo:** Respeto a la dignidad y condición humana, de sus creencias, costumbres, credo, raza, y todo aquello que nos hacen únicos e irrepetibles como seres humanos.

Valores

- **Trabajo en equipo:** Aportamos nuestras habilidades y compromisos institucionales en pro de las necesidades de los usuarios.
- **Solidaridad:** Apoyar y defender las causas nobles, especialmente en situaciones difíciles de nuestra comunidad hospitalaria.
- **Tolerancia:** Comprender, aprender, aceptar y respetar las diferencias de unos y otros con el fin de cumplir los propósitos institucionales.
- **Resiliencia:** Con nuestro aprendizaje continuo nos fortalecemos para apoyar al usuario y su familia en el manejo de las afecciones de la vida, aportando para que salgan fortalecidos, a través de la humanización.

- **Lealtad institucional:** Profundo compromiso de los servidores que se manifiesta en acciones positivas que contribuyen al actuar con fidelidad y sentido de pertenencia.
- **Pasión por el logro:** es perseverar diariamente con orientación al éxito.

Web intranet institucional

Cultura Institucional

En la E.S.E. Hospital San Rafael de Facatativá, la cultura organizacional se fundamenta en un conjunto de principios, creencias y valores que buscan garantizar la excelencia en la prestación de servicios de salud, el bienestar de los pacientes y el compromiso con la comunidad. Esta cultura se ha convertido en el pilar fundamental que guía todas las acciones y decisiones del Hospital y está enmarcada por su código de integridad el cual fue establecido por la **Resolución 252 de 26 de septiembre de 2022** y tiene como objetivo ser la base de actuación de todos los trabajadores, promoviendo estándares de conducta ética y profesional afin de preservar la integridad del usuario y su familia, protegiendo los intereses públicos del Hospital. (DE-M-324-V4 CONTEXTO ORGANIZACIONAL, 2022, pag.14)

Entre los elementos básicos de la cultura organizacional se encuentran la integridad, la empatía, el respeto, la calidad y la responsabilidad con el medio ambiente. Estos valores son compartidos y promovidos por todos los miembros del equipo, desde el personal asistencial hasta el personal administrativo y de apoyo.

Estos valores se traducen en conductas y comportamientos visibles en el día a día de los colaboradores. El trato cálido y humanizado hacia los pacientes y sus familias es una característica distintiva en el Hospital mostrando una dedicación excepcional en su labor, trabajando en equipo para garantizar un ambiente de cuidado y confort para los pacientes.

Por último, el Hospital ha estado implementando medidas tangibles para promover la cultura organizacional y la gestión institucional, a través de iniciativas como:

- Un café con la W
- Martes de ISO
- Miércoles de acreditación
- Jueves de habilitación

Procedimientos de Control de Calidad

Desde el proceso de Mejoramiento Continuo (CALIDAD) se proporcionan directrices en el diseño, implementación y seguimiento del sistema de gestión integral (SGI). La alta dirección la cual es responsable de establecer la visión estratégica del Hospital y garantizar que se implementen y mantengan los sistemas y procesos necesarios para lograr esa visión. A continuación, se describen algunos aspectos claves del proceso de Mejoramiento continuo relacionados con un SGI: *(MC-M-001-V4 MANUAL DE CALIDAD,2023, pág.23)*

Diseño del SGI: El proceso es responsable de definir la estructura y el alcance del SGI.

Esto implica identificar los objetivos y metas estratégicas del Hospital, así como los requisitos y estándares aplicables a nivel legal, regulatorio y de buenas prácticas desde la seguridad del paciente. Es por eso que es de gran importancia asegurarse de que el diseño delSGI esté alineado con la estrategia y los valores planteados por el Hospital.

Revisión y mejora continua: se realizan revisiones periódicas del desempeño del SGI para evaluar su eficacia y tomar medidas correctivas y preventivas cuando sea necesario. Esto implica revisar los indicadores clave de desempeño, los informes de auditoría, las quejas de los clientes y otras fuentes de información relevante. Así mismo también promover la cultura de mejora continua, fomentando la participación y el compromiso de todos los colaboradores en la identificación de oportunidades de mejora.

Desde el proceso de Direccionamiento Estratégico (PLANEACION), se realiza seguimiento a los planes, programas y proyectos de forma trimestral a través de fichas de indicadores de las diferentes metas y cuentan con responsable y valor esperado para cada vigencia.

Cada ficha cuenta con un espacio de plan de mejoramiento, con el fin de realizar seguimiento a las posibles desviaciones que se presenten en los indicadores de cada vigencia y se realiza el correspondiente seguimiento de la eficacia y efectividad de las actividades propuestas en el plan de mejoramiento.

El tablero de control permite hacer seguimiento permanente a la información suministrada por cada responsable en cuanto a los indicadores de cada uno de los proyectos, planes y programas. Todas las fichas de seguimiento de cumplimiento de indicadores contemplan un espacio que permite establecer acciones de mejoramiento continuo para el cumplimiento y efectividad de estas.

Adicionalmente, a través del Comité de Gestión y Desempeño (Resolución 193 del 2019), el cual se encuentra orientado por el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), la alta dirección hace seguimiento a temas referentes al cumplimiento de las políticas, desempeño institucional y demás componentes del modelo anteriormente descrito.

En el Comité Coordinador de Control Interno, aprueban el cronograma de las correspondientes auditorías internas a realizar, en cada periodo vigente y una vez se hace el desarrollo de las auditorías internas programadas, reciben los correspondientes planes de mejoramiento de los hallazgos encontrados, así mismo, realizan el correspondiente seguimiento a los planes de mejoramiento.

Una vez consolidado el plan de mejoramiento a las auditorías, se realiza su correspondiente verificación de cumplimiento, para lo cual desde el proceso de Control Interno se tiene un formato especial, para su correspondiente seguimiento y evaluación a dicho plan.

Lo anterior, permite orientar, articular y ejecutar acciones y estrategias para la correcta implementación, operación, evaluación, seguimiento y mejora continua del hospital.

Para cada vigencia se proyecta y ejecutan la sesión de 4 comités de Desempeño y Gestión reglamentado mediante resolución 193 de 2019, lo que hace referencia al seguimiento trimestral a los planes de mejora derivados de los autodiagnósticos realizados y seguimiento a la ejecución de los planes del Decreto 612 que se encuentran inmersos en el Modelo. Desde el proceso de mejoramiento continuo (Calidad) en el seguimiento y evaluación se cumple un impacto significativo en la calidad, productividad y competitividad de una institución.

A continuación, se describen los impactos claves para el seguimiento y mejora para lograr la implementación de la estrategia:

- **Calidad:** El seguimiento es efectivo el cual influye positivamente en la calidad de los productos y servicios del Hospital. Los líderes que fomentan una cultura de excelencia y establecen altos estándares de calidad promueven la atención al detalle, la mejora continua y la satisfacción del cliente. Además, los líderes pueden establecer sistemas de control de calidad,

promover la capacitación y el desarrollo de habilidades, alentando a los colaboradores a asumir la responsabilidad de la calidad en su trabajo. Esto se traduce en una mejora de la calidad de los productos y servicios ofrecidos.

- **Productividad:** La alta dirección aumenta la productividad de los empleados y los equipos.

Los líderes que inspiran motivan y empoderan a sus colaboradores promueven un ambiente de trabajo positivo y fomentan la colaboración y el trabajo en equipo. Así mismo, los líderes establecen metas claras, proporcionando una retroalimentación constructiva, brindando el apoyo necesario para el desarrollo de habilidades y el logro de objetivos. Esto crea un entorno propicio para que los empleados den lo mejor de sí mismos, lo que a su vez se traduce en un aumento de la productividad que se ve reflejada en la facturación.

- **Competitividad:** Se desempeña un papel crucial en la competitividad del Hospital ya que los líderes tienen una visión clara, establecen objetivos estratégicos y toman decisiones acertadas que pueden posicionar al Hospital de manera competitiva en el mercado. Además, los líderes fomentan la innovación, la creatividad y el pensamiento estratégico, lo que ayuda a estar a adaptarse y responder a los cambios del entorno empresarial.

- **Cultura organizacional:** Influye en la cultura organizacional, que a su vez tiene un impacto en la calidad, productividad y competitividad del Hospital. Los líderes establecen el tono y los valores, definen las normas y comportamientos esperados, y establecen el ejemplo a seguir. Una cultura organizacional sólida, basada en la transparencia, la confianza, el trabajo en equipo y la responsabilidad, promueve la excelencia, la innovación y la mejora continua, lo que impacta

positivamente en la calidad, productividad y competitividad.

Metodología Utilizada

Para realizar la auditoria al proceso de laboratorio clínico fue fundamental la interacción con el líder del proceso auditado y gracias a ello se pudo ejecutar la siguiente metodología de trabajo:

Se realizó la reunión de apertura para socializar el programa específico de Auditoría basados en una lista de chequeo que contiene los 7 estándares de la resolución 3100 del 2019 (Habilitación en salud).

- Indagación preliminar con el líder del proceso de laboratorio clínico.
- Entrevista con colaboradores relacionados con el funcionamiento del laboratorio clínico.
- Reunión de cierre para socializar y formalizar el Informe de Auditoría.

Revisión y análisis documental.

- Revisión y análisis de la información.
- Revisión de carpetas (Físicas y/o digitales) con soportes e informes generados.
- Identificación de las observaciones y formulación de las recomendaciones de la auditoría.
- Revisión de la información del avance del plan de mejoramiento de la última auditoría realizada al proceso.

Validación de control de riesgos

- Revisión de los indicadores de gestión para el proceso de laboratorio clínico.
- Implementación de lista de chequeo para evaluar todos los estándares de habilitación.
- Identificación de los controles claves del proceso de laboratorio clínico.
- Verificación de las evidencias.

Preparación y socialización de los resultados de Auditoría.

- Elaboración de Informe Preliminar de Auditoría.
- Envío del Informe Preliminar y posterior socialización.
- Elaboración del Informe Final de Auditoría.
- Elaboración Plan de Mejoramiento de Auditoría Interna (Recomendaciones).

Presentación y Discusión de Resultados de la Auditoria

Modelo de la lista de chequeo Implementada durante la auditoria

LABORATORIO CLÍNICO CONDICIONES DE HABILITACIÓN RESOLUCIÓN 3100/2019									
	TOTAL CUMPLE	TOTAL NO CUMPLE	TOTAL NO APLICA						
NUMERO DE CRITERIOS EVALUADOS	0	0	0						
CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO EVALUADO									

ESTANDAR	COMPLEJIDAD	MODALIDAD	ARTICULO	SECCIÓN	APARTADO	CRITERIO	CUMPL	NO CUMPL	CUMPLIMIENTO
TALENTO HUMANO	No aplica	Modalidades intramural, extramural unidad móvil, jornada de salud y telemedicina - prestador remitir	11.3.12	1		Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente, cuenta con:			
INFRAESTRUCTURA	No aplica	Modalidades intramural, telemedicina - prestador remitir	11.3.12	8	8,2	Ambiente(s) técnico(s) de procedimientos que cuenta con: 8.2.1. Mesón de trabajo, con poceta cuando ésta se requiera.			
INFRAESTRUCTURA	No aplica	Modalidad telemedicina - prestador de referencia	11.3.12	11		Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios			
DOTACIÓN	No aplica	Modalidades intramural, extramural unidad móvil, jornada de salud, telemedicina - prestador remitir	11.3.12	12		Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente, cuenta con:			
DOTACIÓN	No aplica	Modalidades intramural, extramural unidad móvil, jornada de salud, telemedicina - prestador remitir	11.3.12	12	12,1	Equipos biomédicos manuales, semi-automatizados o automatizados para los procedimientos que realice.			
MEDICAMENTOS, DME INSUMOS	No aplica	Modalidad telemedicina - prestador de referencia	11.3.12	15		Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios			
PROCESOS PRIORITARIOS	No aplica	Modalidad telemedicina - prestador de referencia	11.3.12	17		Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios			
HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS	No aplica	Modalidades intramural, extramural unidad móvil, jornada de salud, telemedicina - prestador remitir	11.3.12	18		13. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con:			
INTERDEPENDENCIA	No aplica	Modalidades intramural, extramural unidad móvil, jornada de salud, telemedicina - prestador remitir - prestador de referencia	11.3.12	20		No aplica			

Se anexa archivo Excel que incluye la lista de estándares de habilitación completos (7) para el proceso de Laboratorio Clínico.

Como resultado de la verificación y evaluación al proceso de atención en laboratorio clínico se identificaron oportunidades de mejora en el proceso de laboratorio clínico, razón por la cual y después de los análisis de auditoría se describen las siguientes observaciones y recomendaciones:

Hallazgo número 1:

Al revisar el manual de perfiles de cargo de la institución, el cargo de Líder del laboratorio clínico, no se encuentra actualizado con las funciones que vive a diario, solo se tienen definidas funciones para el laboratorio en general queda pendiente definir las funciones para el líder como tal del Laboratorio Clínico.

Riesgos asociados

- Falencias en el desempeño laboral por parte de los colaboradores.
- Incumplimiento de la normatividad vigente relativa a la evaluación de desempeño.
- Posibles demandas.
- Plan de acción propuesto:

Actualización del perfil de cargo del Líder del laboratorio clínico

No de hallazgo	Plan de acción	Tiempo para la ejecución	Responsable
1	Revisión y actualización del Manual de perfiles de cargo de la institución para incluir funciones específicas para el Líder del laboratorio clínico	8 días posteriores a la fecha del hallazgo	Talento Humano
	Implementación de un programa de revisión y actualización periódica de los	30 días posteriores a	Talento Humano

	perfiles de cargo, con una frecuencia menor de tiempo para mantenerlos alineados con las funciones reales del personal	la fecha del hallazgo	
--	--	-----------------------	--

Hallazgo numero 2:

En el organigrama institucional el proceso de banco de sangre se encuentra separado del proceso del Laboratorio Clínico.

Riesgos asociados

- Falencias en el desempeño laboral por parte de los colaboradores.
- Incumplimiento de la normatividad vigente relativa a la evaluación de desempeño.
- Posibles demandas.

Plan de acción propuesto

Integración del proceso del Banco de Sangre al organigrama institucional del Laboratorio Clínico

No de hallazgo	Plan de acción	Tiempo para la ejecución	Responsable
2	Actualización y ajuste del organigrama institucional conforme al manual de perfiles de cargo de la institución; integrando el proceso del Banco de	30 días posteriores a la fecha del hallazgo	Talento Humano y líder de proceso

	Sangre al Laboratorio Clínico.		
--	--------------------------------	--	--

Hallazgo numero 3:

Se puede evidenciar que el laboratorio clínico no tiene definido en el sistema de gestión de la calidad un plan de auditoría interna, con una periodicidad mínima anual para todos sus procesos.

Riesgos asociados

- Falencias en el desempeño laboral por parte de los colaboradores.
- Incumplimiento de la normatividad vigente relativa a la evaluación de desempeño.
- Posibles demandas.

Plan de acción propuesto

Implementación de un plan de auditoría interna en el sistema de gestión de calidad del laboratorio clínico

No de hallazgo	Plan de acción	Tiempo para la ejecución	Responsable
3	Desarrollo e implementación de un plan anual de auditorías internas al interior del sistema de gestión de calidad del laboratorio clínico, conforme a la normatividad vigente, para evaluar la calidad de los procesos con la	15 días posteriores a la fecha del hallazgo	Calidad, planeación y líder de proceso

	periodicidad establecida.		
--	---------------------------	--	--

Hallazgo numero 4:

Conforme a las directrices gerenciales y de calidad para realizar los inventarios de reactivos, insumos materiales y equipos en el Laboratorio Clínico, se observa que estos fueron realizados con base a un cronograma definido durante la vigencia 2023, para el año 2024 no se ha definido el cronograma, lo que impide tener un control para el ingreso de los insumos al área.

Riesgos asociados

- Falencias en el desempeño laboral por parte de los colaboradores.
- Incumplimiento de la normatividad vigente relativa a la evaluación de desempeño.
- Posibles demandas.
- Debilidades en el modelo de mejoramiento institucional.

Plan de acción propuesto

Diseño de un cronograma para el inventario de insumos del laboratorio clínico.

No de hallazgo	Plan de acción	Tiempo para la ejecución	Responsable
4	Diseño del cronograma 2024 para la ejecución del inventario de insumos del laboratorio clínico, siguiendo los	30 días posteriores a la fecha del	Calidad, planeación y líder de

	lineamientos establecidos por la dirección estratégica y el proceso de mejora continua de la institución.	hallazgo	proceso
--	---	----------	---------

Hallazgo numero 5

Durante la auditoria se evidencia que algunos de los de exámenes no se procesan directamente en la institución ejemplo: (Cultivos de Micobacterias, hematohepatologia, medicina fetal y otros exámenes especializados) que representan un porcentaje significativo del portafolio de servicios del hospital y pueden ser un riesgo para la seguridad del paciente al no tener un control directo de la cadena de custodia.

Riesgos asociados

- Incumplimiento de la normatividad vigente relativa a la evaluación de desempeño.
- Posibles demandas.

Plan de acción propuesto

Evaluación de la posibilidad de realizar todos los exámenes en el hospital o establecer un contrato pleno con un laboratorio de referencia.

N o de hallazgo	Plan de acción	Tiem po para la ejecución	Resp onsable
5	Realizar un análisis detallado	60	Plane

	para evaluar la viabilidad de realizar todos los exámenes directamente en el hospital.	días posteriores a la fecha del hallazgo	acción y líder de proceso
	En caso de no ser viable, buscar la ejecución de un contrato pleno con un laboratorio de referencia para la ejecución de los exámenes	90 días posteriores a la fecha del hallazgo	Planeación y líder de proceso

Seguimiento y evaluación

- Establecer un sistema de seguimiento y evaluación para monitorear la implementación de las acciones propuestas y verificar su efectividad en la mejora de la gestión del laboratorio clínico.
- Realizar revisiones periódicas para identificar áreas de mejora adicionales y realizar ajustes en el plan según sea necesario.

Este plan de mejora aborda los hallazgos identificados y proporciona acciones concretas para fortalecer la gestión del laboratorio clínico y garantizar el cumplimiento de la normatividad vigente.

Conclusiones

Basándonos en las fortalezas y debilidades identificadas en el laboratorio clínico, podemos derivar algunas estrategias para mejorar su funcionamiento:

Estrategias basadas en las fortalezas.

- Promover el desarrollo profesional: Invertir en la formación continua del equipo humano para mantener y mejorar su competencia, lo que puede traducirse en una mayor eficiencia y confiabilidad en los resultados.
- Fomentar una cultura de mejora continua: Reconocer y reforzar el compromiso del personal con el mejoramiento continuo, incentivando la generación de ideas y la implementación de mejoras en los procesos.
- Optimizar la integración de sistemas de información: Continuar fortaleciendo el sistema de información para garantizar una comunicación fluida entre el laboratorio clínico, la historia clínica y otras plataformas del hospital, lo que contribuirá a una gestión más eficiente y segura de la información del paciente.
- Utilizar tecnología para mejorar la seguridad del paciente: Seguir aprovechando la tecnología, como los lectores de códigos de barras en los equipos biomédicos, para mejorar la identificación de muestras y garantizar la seguridad del paciente.
- Fortalecer la colaboración interdisciplinaria: Mantener y fortalecer la colaboración entre el personal del laboratorio clínico y otros departamentos del hospital, especialmente el equipo biomédico, para garantizar una respuesta rápida y eficaz a cualquier requerimiento relacionado con los equipos o la tecnología.

Estrategias basadas en las debilidades:

- Reducción de la dependencia de servicios tercerizados: Evaluar la posibilidad de internalizar algunos servicios actualmente tercerizados para reducir el riesgo potencial para la seguridad del paciente y garantizar un mayor control sobre la calidad y la entrega oportuna de los resultados.
- Actualización y clarificación de perfiles de cargo: Revisar y actualizar los perfiles de cargo del personal del laboratorio clínico para asegurar que estén claramente definidos y describan de manera específica las responsabilidades diarias, lo que ayudará a mejorar el clima laboral y la eficiencia del equipo.
- Mejora de las condiciones físicas: Identificar y abordar oportunidades de mejora en los espacios físicos del laboratorio clínico, como la ampliación de espacios, mejora de la luminosidad y confort térmico, para crear un entorno de trabajo más cómodo y propicio para el personal.

Al implementar estas estrategias, el laboratorio clínico puede fortalecer sus áreas de excelencia y abordar eficazmente las áreas que requieren mejora, lo que contribuirá a una prestación de servicios más segura y de mayor calidad para los pacientes.

Recomendaciones

- Alineación con estándares de calidad y contratación de personal idóneo:
- Establecer una política institucional que promueva el cumplimiento riguroso de los estándares de calidad en el laboratorio clínico, incluyendo la contratación de personal altamente calificado y especializado en el área.
- Implementar programas de formación continua y desarrollo profesional para el personal del laboratorio, asegurando que estén actualizados en las últimas tecnologías y prácticas en el campo de la salud.
- Revisión y optimización de la estructura organizacional:
- Realizar una revisión exhaustiva de la estructura organizacional actual del hospital, incluyendo una evaluación de las cargas laborales y la definición clara de roles y responsabilidades para cada puesto en el laboratorio clínico.
- Ajustar la estructura organizacional según las necesidades específicas del laboratorio clínico, asegurando una distribución eficiente del personal y recursos para mejorar la calidad y eficacia de los servicios.
- Modernización del laboratorio clínico:
- Realizar un análisis detallado de las necesidades y demandas actuales del laboratorio clínico, incluyendo la implementación de nuevas tecnologías y la expansión de los servicios ofrecidos para satisfacer las necesidades de los pacientes y los estándares de calidad requeridos.
- Priorizar la reestructuración de los espacios físicos del laboratorio clínico para optimizar la eficiencia operativa y garantizar un entorno de trabajo seguro y cómodo para el personal.

- Implementación de tecnología en la fase preanalítica:
- Evaluar y seleccionar tecnologías avanzadas para mejorar la fase preanalítica del laboratorio clínico, incluyendo sistemas de seguimiento de muestras, automatización de procesos y sistemas de gestión de datos.
- Realizar pruebas piloto para garantizar que la implementación de la tecnología no afecte los tiempos de respuesta en la entrega de resultados y que mejore la eficiencia y precisión en la atención a los usuarios.

Cumplimiento de normativas y estándares internacionales:

- Verificar y cumplir con la normativa legal vigente y los estándares internacionales en cuanto a la infraestructura, equipamiento y prácticas del laboratorio clínico.
- Establecer alianzas con instituciones y organizaciones internacionales para obtener asesoramiento y apoyo en la implementación de mejores prácticas y estándares de calidad reconocidos a nivel mundial.

Al fortalecer estas recomendaciones, el laboratorio clínico estará mejor preparado para cumplir con su importante función en el diagnóstico, prevención y tratamiento de enfermedades, así como en el control epidemiológico y la salud pública en general

Referencias bibliográficas

Colombia. Congreso de la República. (1993, diciembre 23). Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 41.148.

http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

Colombia. Congreso de la República. (2011). Ley 1438 de 2011 por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.Pdf

Colombia. Ministerio de la Protección Social. (2008). Resolución 0473 de 2008 por medio de la cual se define la metodología para el diseño, elaboración y evaluación del Plan de Gestión de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial y se adopta para ello un instrumento de medición y evaluación. Bogotá: El Ministerio.

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Resolución No. 408 de 2018.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20408%20de%202018.pdf

Colombia. Ministerio de Salud. (2017). Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia (Versión 3.1).

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/manu_alacreditacion-

[salud-ambulatorio.pdf](#)

David, F. R. (2003). Conceptos de Administración Estratégica. Novena. Mexico: Pearson educación.

Disponible en: [https://maliaoceano.files.wordpress.com/2017/03/libro-fred-david-](https://maliaoceano.files.wordpress.com/2017/03/libro-fred-david-9aedicionconestrategica-fred-david.pdf)

[9aedicionconestrategica-fred-david.pdf](#)

Fred, D. (1990). La gerencia estratégica. Bogotá: LEGIS.

Leal de Valor, D. Y., Bolívar de Muñoz, M. E., & Castillo Torrealba, C. O. (2011). La planificación estratégica como proceso de integración de un equipo de salud. *Enfermería Global*, 10(24), 15-31.

Méndez, C. A., Miranda, C., Torres, M. C., & Márquez, M. (2013, enero). Política de autogestión hospitalaria en Chile: percepciones de los tomadores de decisiones. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(1), 47-53.

OMS. (2003). Informe sobre la Salud en el Mundo 2003. [Internet].

OPS/OMS. (2017). Salud en las Américas 2017. [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-elasamericas2017/wpcontent/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>

Ortega, M. (2005-2006). Hospital Gineco-Obstétrico "Isidro Ayora" de Quito: Planificación Estratégica. [Internet]. Quito: Hospital Gineco-Obstétrico "Isidro Ayora".

Disponible en:

<http://www.hgoia.gob.ec/documentos/pdf/planesdiagnos/Planificacion-2005-2006.pdf>

Paz Parra, J. I. (2013). Planeación y la Dirección Estratégica: Futuro de la Empresa Colombiana. EAFIT, 105(1), 1-21.

Pérez y Soto Domínguez, A., Flórez Pinilla, K., & Giraldo García, F. (2017, noviembre 22). Regulación de la salud en Colombia: un problema de información secuestrada. Papeles de Política, 22(1), 105.

Riveros Pérez, E., & Amado González, L. N. (2012). Modelo de salud en Colombia: ¿financiamiento basado en seguridad social o en impuestos? *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11(23), 111-120.

Sallenave, J. P. (1994). La gerencia integral: No le tema a la competencia, témale a la incompetencia.

Bogotá: Norma.

Sánchez Jacas, I. (2017, mayo). La planeación estratégica en el Sistema de Salud cubano. *MEDISAN*, 21(5), 635-641.

Serna Gómez, H. (2008). Gerencia estratégica (10a ed.). Bogotá, Colombia: 3R Editores.

Serna Gómez, H. (2008). Gerencia Estratégica. Decima. Colombia: 3R Editores.

Disponible en:

<https://es.scribd.com/doc/66872891/Gerencia-EstrategicaHUMBERTOSERNAGOMEZ>

Suárez Rozo, L. F., Puerto García, S., Rodríguez Moreno, L. M., & Ramírez Moreno, J. (2017, agosto 30). La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación.

Gerencia y Políticas de Salud, 16(32). Disponible en:
<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/19879>

Tapia, G., Espinoza, A., Tigselema, J., & Olivo, G. (n.d.). Etica planeación estratégica. Academia.edu.

https://www.academia.edu/12143600/Etica_Planeaci%C3%B3n_estrat%C3%A9gica

Universidad Manuela Beltrán. (2008). Diplomado en creatividad empresarial: Gerencia estratégica creativa. Cartilla 13. [Internet]. Bogotá: Universidad Manuela Beltrán.

Disponible en:
http://virtualnet2.umb.edu.co/virtualnet/archivos/open.php/1300/gerencia_estragetica_creativa.pdf

Valenzuela Argoti, C. E. (2016). Importancia de la planeación estratégica en las empresas. [Tesis de pregrado, Universidad Militar Nueva Granada]. Repositorio Institucional UNIMilitar.

https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/15416/ValenzuelaArgoti_CarlosErnesto2016.pdf.pdf?sequence=1