

PATOLOGÍA CERVICAL EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DEL MUNICIPIO DE CALDAS ANTIOQUIA

JUAN CARLOS FLÓREZ RUIZ - CC 71.494.476

DIEGO ANDRÉS CONGOTE MONTOYA – C.C. 98.641.408

MARÍA EMMA URREGO USUGA – C.C 52.518.376

UNIVERSIDAD DE MEDELLIN
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
ESPECIALIZACIÓN EN ALTA GERENCIA
MEDELLÍN
2014

**PATOLOGÍA CERVICAL EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DEL
MUNICIPIO DE CALDAS ANTIOQUIA**

JUAN CARLOS FLÓREZ RUIZ - CC 71.494.476
DIEGO ANDRÉS CONGOTE MONTOYA – C.C. 98.641.408
MARÍA EMMA URREGO USUGA – C.C 52.518.376

Trabajo de grado como requisito para para optar al título de
Especialista en Alta Gerencia

Asesor Temático:
ARMANDO VELÁSQUEZ

Asesora Metodológica:
LINA MARCELA ACEVEDO CORREA
Magíster en Derecho

UNIVERSIDAD DE MEDELLÍN
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
ESPECIALIZACIÓN EN ALTA GERENCIA
COHORTE 81
MEDELLÍN
2014

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	6
1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE PATOLOGÍA CERVICAL DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE CALDAS ANTIOQUIA	11
1.1 DESCRIPCIÓN CIENTÍFICA Y CLÍNICA	11
1.2 DESCRIPCIÓN NORMA DE HABILITACIÓN (ADMINISTRATIVO)	13
2. IDENTIFICACION DE LAS FALENCIAS DEL PROCESO DE PATOLOGÍA CERVICAL DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE CALDAS ANTIOQUIA	23
2.1 MAPA DE PROCESOS	26
2.2 PROCESOS ESTRATÉGICOS	26
2.3 Procesos Misionales	27
2.4 Procesos de Apoyo	28
2.5 NUESTRAS POLÍTICAS	30
2.6 NUESTRO PORTAFOLIO DE SERVICIOS	32
2.7 NUESTROS MODELOS INSTITUCIONALES	36
3. CONCLUSIONES	42
BIBLIOGRAFÍA	44
CIBERGRAFÍA	45

LISTA DE CUADROS

Pág.

Cuadro 1. Formatos previos a la prestación del servicio.

20

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Direccionamiento Estratégico.	17
Figura 2. Incidentes por Etapas.	18
Figura 3. Secuencia lógica	19
Figura 4. Inconsistencia de facturación 2009 – 2010.	21
Figura 5. Eventos adversos por cada 10.000 pacientes 2009 – 2010.	22
Figura 6. Pérdida de muestras en procesamiento.	22
Figura 7. Se esquematiza el proceso de formulación y ajuste del plan de desarrollo.	24
Figura 8. Esquema de ajuste al Plan de Desarrollo Institucional	25
Figura 9. Mapa de procesos Institucional	29

INTRODUCCIÓN

El Estado como responsable de la administración de los recursos de la población debe garantizar la salud como derecho inalienable, por ello define la salud como un servicio de carácter público y obligatorio, el cual debe posibilitar a todas las personas el acceso universal a los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud. Garantizar el acceso, la calidad y la oportunidad en la prestación de los servicios de salud, corresponde a una política social orientada a mejorar el estado de salud de la población y así evitar la progresión y ocurrencia de desenlaces adversos de la enfermedad.

Actualmente las instituciones públicas y privadas deben orientarse a los sistemas de gestión de la calidad. Los usuarios son la razón de ser de todo proceso de servicio y la calidad debe ser su objetivo. Basados en esta orientación se plantea ofrecer opciones de mejoramiento continuo en el proceso de patología cervical del laboratorio del Hospital San Vicente de Paul de Caldas Antioquia.

La ventaja de visualizar las actividades de una organización como una serie de procesos es la facilidad con la que se puede estandarizar, analizar y organizar.

Con base en esta premisa se distribuyen responsabilidades y se delega al Ente Territorial Municipal como organismo facultado para propender y garantizar la prestación de servicios de salud con calidad, eficiencia, oportunidad en cada uno de los municipios, para este caso particular, en el municipio de Caldas – Antioquia.

Se busca mostrar con este trabajo las deficiencias o fortalezas que se presentan en la atención en servicios básicos de patología cervical en el hospital San Vicente de Paul del municipio de Caldas – Antioquia.

Desde lo personal, este tema fue seleccionado por ser un tema de interés, el cáncer de cuello uterino es una causa importante de morbilidad y mortalidad en el mundo, más frecuente en países en desarrollo que en los desarrollados. La implementación de programas organizados de tamizaje con citologías del cuello uterino -ECV- es de vital importancia para detectar en forma más temprana las lesiones premalignas o malignas del cuello uterino y con ello disminuir la mortalidad por esta causa, resultados que han sido confirmados con la reducción de la mortalidad por cáncer de cuello uterino en Canadá y la poca reducción de la misma en los países de América Latina (Colombia) y el Caribe en los últimos 30 años, donde estos programas no se han desarrollado o lo han hecho en forma no continua y/o con problemas para garantizar estándares de calidad: universalidad, eficiencia, accesibilidad, oportunidad, seguridad y racionalidad técnica.

Por disposición legal (Ley 100 de 1993), se deben organizar varios tipos de laboratorios que tienen como finalidad ejecutar y regular las actividades relacionadas con el funcionamiento, definir las responsabilidades de los laboratorios de citohistopatología, el funcionamiento de las actividades de referencia y contrarreferencia y el control de calidad para los exámenes de laboratorio que son de interés en salud pública¹.

La E.S.E Hospital San Vicente de Paúl de Caldas, como entidad prestadora de servicios de salud debe garantizar que los servicios que se prestan a sus usuarios se realicen cumpliendo con los estándares de habilitación para cada procedimiento.

La calidad en la atención en el procedimiento de patología cervical, se considera como el conjunto de características técnico-científicas, materiales, administrativas y humanas que debe tener la atención de salud que provee a los beneficiarios, a

¹ Ley 100 de 1993

fin de brindar el mayor número posible de años de vida saludable, a un costo social y económico válido, tanto para el sistema de salud como para sus afiliados.

Los procesos de atención y servicio al usuario dentro de las organizaciones representan uno de los factores claves del éxito en la relación entre el beneficiario y la institución prestadora de servicios de salud, a fin de contar de un conjunto de actividades para el logro de calidad y, a su vez, la satisfacción de las necesidades de la persona.

Los usuarios son la razón de ser en toda la cadena de procesos de las organizaciones de servicios de salud. En el proceso de gestión de la atención al usuario se identifican sus entradas, actividades, subprocesos, salidas y responsables.

Para mejorar la calidad de los servicios se requiere de la aplicación de técnicas y metodologías que permitan en una forma sistemática identificar las debilidades y las fortalezas y construir un mejoramiento permanente y progresivo, identificando y reduciendo los costos de la no calidad y los riesgos jurídicos derivados por malos diagnósticos o procedimientos.

Se evidencia desde lo anterior la necesidad verificar la situación de la atención básica en el proceso de patología cervical que presta el hospital san Vicente de Paul en el municipio de Caldas – Antioquia.

Con todo lo anterior cabe, entonces, preguntarse: ¿Cuál es la situación actual del proceso de patología cervical en el Hospital San Vicente de Paúl de Caldas?

Para dar respuesta a esta pregunta, se fijó como meta general diagnosticar el estado actual en el que se encuentra el proceso de patología cervical en el Hospital San Vicente de Paúl de Caldas Antioquia.

De forma más específica se buscó describir el proceso de patología cervical del Hospital San Vicente de Paúl de Caldas Antioquia, e identificar las falencias del proceso de patología cervical del Hospital San Vicente de Paúl de Caldas Antioquia

En Colombia el cáncer de cuello uterino es un problema grave de salud pública, pues sigue siendo la segunda causa de muerte de cáncer entre la población femenina, después del cáncer gástrico.

Consiente, el Hospital ha trabajado en el desarrollo de un proceso administrativo y de buenas prácticas para la prestación del servicio de patología cervical, que garantice a los usuarios la oportunidad y calidad en el procedimiento obteniendo un diagnóstico confiable con el fin de generar estrategias para atacar los resultados patológicos.

Basados en cumplimiento de norma que rigen, para los hospitales con relación a la aplicación del sistema obligatoria de garantía de la calidad en salud (SOGC), integrado con las normas de NTC GP 1000. Cuyo propósito es conseguir el mejoramiento continuo de estas y lograr así que los usuarios se sientan satisfechos en la prestación del servicio.

Con los objetivos planteados, se inició una recopilación y análisis de documentos que servirían de insumo para el desarrollo del diagnóstico, en la recopilación se tomaron algunos documentos de internet, otros que en el transcurso de la especialización fueron suministrado como material de apoyo.

Una vez analizada la información se construyó el referente teórico partiendo del concepto de calidad y el modelo de gestión basado en procesos los cuales se consideraron relevantes para la elaboración del diagnóstico y la realidad social en

Colombia que afecta a la población femenina, además de la necesidad de brindar una atención segura para el diagnóstico de la patología cervical.

En una segunda fase, se realizó la descripción del proceso actual de las patologías cervicales de acuerdo al Modelo de Integración de las normas NTC GP 1000: 2005, SOGC e IWA 1000:2005.

La planeación se realizó siguiendo un cronograma de actividades previamente establecido, sobre Identificar los elementos, requisitos similares y adicionales entre los documentos de referencia teniendo como base la NTC GP 1000. Proponer un modelo de sistema de gestión integrado en calidad para asegurar la implementación de los requisitos. Identificación del problema, elaboración de la justificación, y planteamiento de objetivos a fin de llevar un control de las actividades programadas.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE PATOLOGÍA CERVICAL DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE CALDAS ANTIOQUIA

La descripción del proceso se realiza de acuerdo a la estructura que opera en la actualidad en el Hospital San Vicente de Paúl de Caldas².

1.1 DESCRIPCIÓN CIENTÍFICA Y CLÍNICA

De acuerdo con la norma, la población objeto son todas las mujeres entre 18 y 69 años o a las menores de esta edad con vida sexual activa. Los consultorios privados y los laboratorios que tienen la posibilidad de hacer la toma de muestras, deben disponer de un área física adecuada y contar con características ambientales (aseo, luz, temperatura, ventilación, baños, etc.) y de bioseguridad (piso antideslizante, techo, paredes y muebles lavables y resistentes a desinfectantes), que permitan una manipulación ordenada y segura del material de estudio y de desecho, y que hagan del sitio de trabajo un lugar seguro tanto para las usuarias como para un mayor rendimiento del personal. Debe contar con:

- Locación privada.
- Camilla ginecológica con estribos.
- Escalerilla de dos pasos.
- Biombo.
- Banco giratorio.
- Mesa auxiliar para el instrumental.
- Lámpara cuello de cisne.

Requisitos previos: Los requisitos para que la toma de la muestra sea adecuada son:

² Macroproceso Laboratorio Clínico/proceso patología cervical/Hospital San Vicente de Paul de Caldas.

- Preparación de la paciente, con el fin de disminuir el temor de la usuaria y crear una buena relación del personal de salud con ella.
- Antes de la toma de la muestra debe explicarse cómo se realiza el procedimiento, la finalidad del mismo y los elementos que se van a utilizar para tal fin.
- Se le debe permitir a la paciente preguntar para aclarar sus dudas explicándole que los elementos causan poca molestia, son estériles y desechables.
- Insistir, en la importancia de reclamar el resultado, guardar y presentar ese resultado en la próxima toma de citología o de la consulta médica.
- La paciente debe tener la vejiga vacía.

Casos especiales.

- En caso de embarazo la citología puede realizarse entre el 3° y 7° mes, siempre y cuando no haya existido amenaza de aborto, parto prematuro o hemorragia. Durante el embarazo solo se introduce la porción inicial de citocepillo.
- Las pacientes histerectomizadas por lesiones benignas, son en general de bajo riesgo para el desarrollo de lesiones tumorales en la cúpula vaginal. En estos casos la muestra será tomada de este sitio. Después de la primera muestra con resultado negativo, los controles se harán cada tres años.
- Las pacientes histerectomizadas por lesiones premalignas tienen un riesgo mayor de desarrollar lesiones neoplásicas en la cúpula vaginal, por lo cual se debe tomar anualmente citologías de este sitio.
- En pacientes puérperas, menopáusicas, embarazadas o histerectomizadas, se deben utilizar los instrumentos de toma, humedecidos previamente en solución salina.

1.2 DESCRIPCIÓN NORMA DE HABILITACIÓN (ADMINISTRATIVO)

El área administrativa debe tener: Sitio y muebles adecuados para que una persona (secretaria), pueda encargarse del registro y radicación completa, ordenada y consecutiva, ya sea en un libro o en una base de datos, de las muestras citológicas a ser procesadas y pueda atender al público.

El área técnica debe tener el espacio adecuado para la realización de los procesos de:

- Marcación.
- Coloración.
- Lectura.
- Depósito de reactivos, insumos para la toma de muestras, papelería y materiales varios.
- Baño, mínimo uno para el área del laboratorio y otro para el público.
- El sitio de toma de muestras (opcional), debe tener para su funcionamiento las mismas condiciones ya descritas para los consultorios. El área técnica contará con:
 - Mesas y sillas lavables y ergonómicas.
 - Batería de coloración (con hojas de control para monitoreo diario de las mismas).
 - Vidriería y balanzas (según necesidad).
 - Microscopio binocular con fuente de luz propia.

Recurso Humano

Todo laboratorio de citología de primer nivel o de tamizaje, debe contar con una estructura organizacional que incluya, como mínimo:

- Un médico especialista en patología.
- Un citólogo(a)/citotecnólogo(a) que debe haber cumplido entrenamiento en una escuela de formación aprobada y tener el título que lo acredite como tal.
- Un(a) secretario(a), indispensable para laboratorios con grandes volúmenes de muestras.
- Un(a) auxiliar de laboratorio, opcional para laboratorios con grandes volúmenes de muestras, debidamente entrenado y capacitado en técnicas de laboratorio.
- Personal encargado del aseo.

Elementos para la toma de muestras:

- Especulo Vaginal desechable (plástico), estéril, con buen anclaje que permita una adecuada manipulación manteniendo abierta las dos valvas mientras se toma la muestra. Conviene disponer de varios tamaños (disponibles ya en el comercio).
- Guantes desechables. Debe utilizarse un par por cada paciente para evitar contaminación.
- Láminas porta-objetos con extremo esmerilado (preferiblemente).
- Cito-cepillo de cerdas de nylon, este método, permite evaluar con un alto índice de sensibilidad y especificidad, la muestra endocervical. No es adecuada la utilización de instrumentos que tienen material absorbente (copos de algodón). El escobillón con algodón en un extremo se reserva para examen bacteriológico y frotis.
- Espátula de madera o plástica de Aire (tiene una muesca en uno de los extremos, que facilita los movimientos giratorios sobre el orificio externo cervical).
- Lápiz de grafito o de punta de diamante para rotular el extremo de la lámina portaobjeto.

- Cito-fijador líquido o en spray o etanol al 95% o isopropanol al 80%. No debe utilizarse laca fijadora para el cabello.
- Bandeja portaláminas para facilitar el secado individual de las muestras.
- Solución salina normal o agua destilada.
- Alcohol antiséptico para limpiar y desengrasar las láminas, previa toma de la muestra.
- Compresa y torundas de algodón secas.
- Pinzas Rochestter.
- Anteojos y tapabocas para la protección del tomador de la muestra.
- Recipiente con bolsa plástica roja para desechar el material biológico, contaminado.
- Cubeta o balde para utilizar con hipoclorito al 1% para desinfección del material usado.

Papelería

- Hoja de solicitud de cito-patología, que contenga los datos de identificación de la paciente. (Anexo 2, formulario de toma de muestras).
- Registro diario de las citologías (planilla con numeración consecutiva de registro, libro consecutivo de registro, base de datos no modificable, etc.).

Especificaciones del examen:

La toma de la citología del cuello uterino es una actividad que debe ser realizada por el médico o el personal de enfermería o **auxiliar**, debidamente capacitado para obtener una muestra satisfactoria, que permita el estudio de las células del cuello uterino: exocervix, de la unión escamo-columnar (también llamada zona de transición) y del endocervix

Durante las actividades de educación individual o grupal, se debe informar a la mujer sobre la importancia de asistir en forma continua (durante toda su vida) al examen, teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones:

- No haberse practicado duchas vaginales 24 horas antes del examen.
- No haberse aplicado medicamentos vía vaginal, 8 días antes del examen.
- No tener relaciones sexuales 24 horas antes del examen, con excepción si ha usado condón.
- Preferiblemente sin la menstruación.

Nota: Sin embargo, en mujeres que acuden al servicio y que nunca han sido sometidas a la prueba, o si hace más de cinco años que se realizaron la última citología y si es difícil el control por lejanía del consultorio o el sitio de toma de la muestra y el lugar de residencia de la usuaria, la citología vaginal se puede realizar en las siguientes condiciones:

- Durante el periodo menstrual cuando el sangrado sea escaso.
- En caso de abundante flujo, previa limpieza del cuello uterino con una torunda de algodón.
- En caso de relaciones sexuales recientes o de ducha vaginal previa.
- En presencia de sangrado vaginal persistente, excepto que sea profuso.

Figura 1. Direccionamiento Estratégico³.

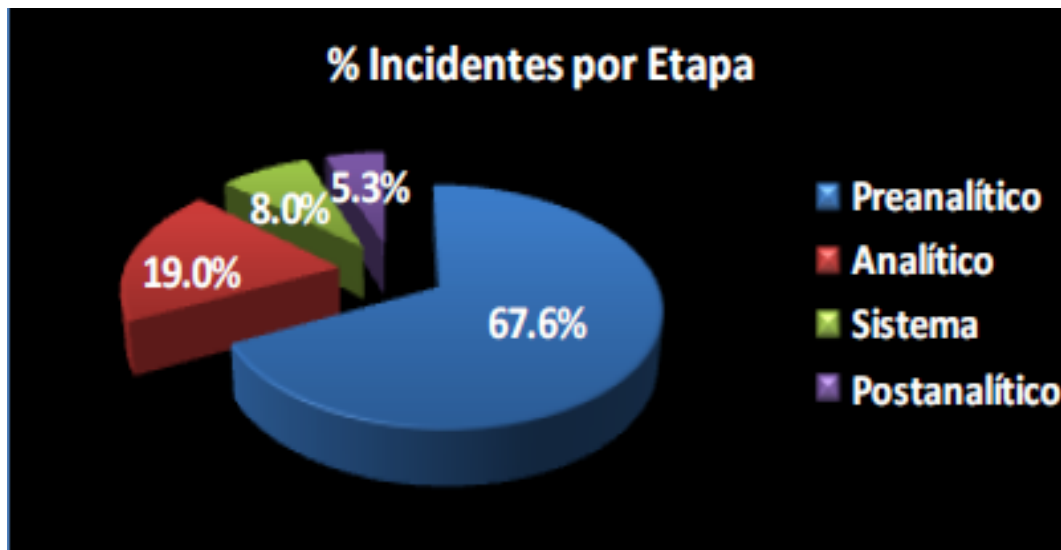


Fuente: Hospital San Vicente de Paúl - Caldas Antioquia.

Esta grafica refleja la estructura del proceso de patología cervical desde el componente estratégico.

³ Plataforma Estratégica/Proceso Laboratorio Hospital San Vicente de Paul de Caldas-2007.

Figura 2. Incidentes Por Etapas.⁴



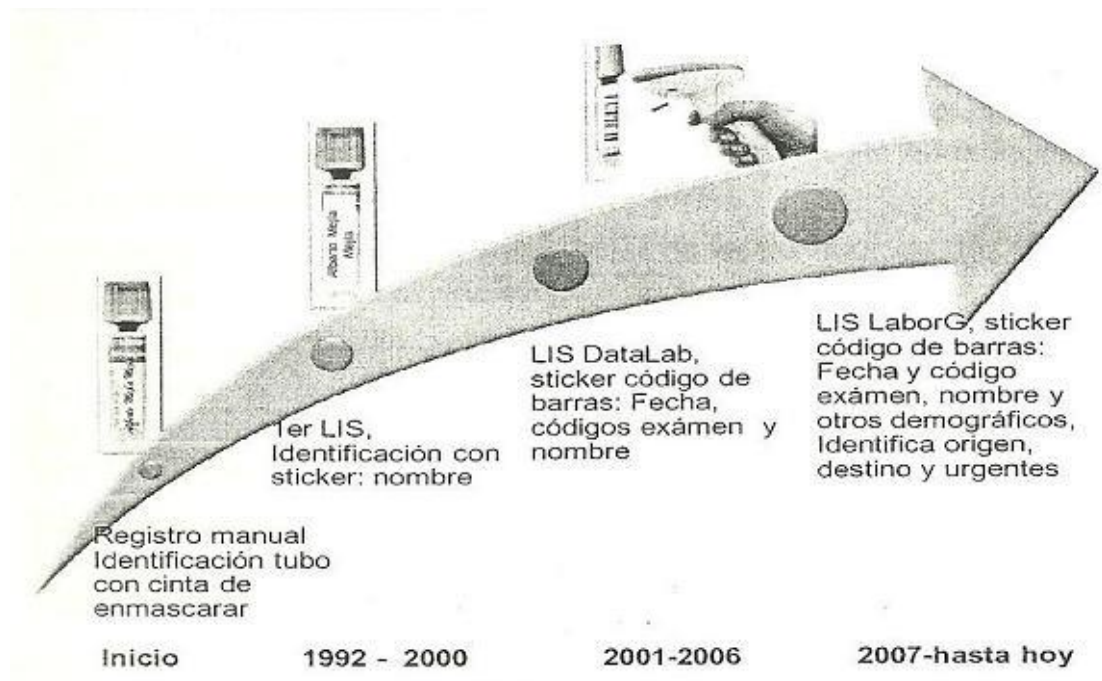
Fuente: Hospital San Vicente de Paúl - Caldas Antioquia.

Objetivos de la Práctica: Prevenir la ocurrencia de errores en el proceso de identificación del paciente y toma de muestras en el laboratorio

Contextualización de la Práctica: Para el Laboratorio del Hospital San Vicente de Caldas Antioquia es primordial garantizar la correcta identificación del paciente durante todo el proceso de atención. Actualmente para lograr este fin es indispensable que antes de comenzar el ingreso de los datos del paciente, se le solicite su documento de identificación y los demás soportes necesarios para la atención, como la orden de servicio y requisitos para la facturación. Además de esto el auxiliar del laboratorio antes de realizar la toma de la muestra hace una revisión de los datos ingresados resumidos en el stiker de código de barras versus los datos ordenados por el médico tratante, con el fin de verificar que los exámenes se hayan ingresado correctamente y, posteriormente, el paciente es llamado al cubículo para continuar con el procedimiento.

⁴ Plataforma Estrategica/Proceso Laboratorio Hospital San Vicente de Paul de Caldas-2007.

Figura 3. Secuencia lógica ⁵



Fuente: Hospital San Vicente de Paúl - Caldas Antioquia.

Esta grafica describe el proceso administrativo al ingreso del usuario antes de realizar el procedimiento clínico.

Igualmente, según la patología de los pacientes, se tienen establecidos formatos en los puntos de servicio y en las centrales de procesamiento, necesarios para un análisis completo y confiable de los resultados al paciente.

⁵ Plataforma Estratégica/Proceso Laboratorio Hospital San Vicente de Paul de Caldas-2007.

Cuadro 1. Formatos previos a la prestación del servicio⁶.

FORMATOS PREVIOS A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	
FORMATO	DESCRIPCIÓN
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PRUEBA VIH	Se realiza para conocer la(s) razón(es) de la solicitud del examen, brindar una asesoría o consejería pre y post test en la cual se da a conocer de manera muy profesional el significado técnico de la prueba, su utilidad, la importancia de realización del examen confirmatorio, conocer sobre los posibles factores de riesgo, facilitar la toma de decisiones informada, con apoyo a los procesos emocionales que estas temáticas producen. Así mismo, la consejería es un espacio que permite facilitar la prevención a través de un análisis de los riesgos y de las formas de prevención que mejor se adaptan a la situación de vida del consultante. Por último, la consejería se considera como un puente que vincula al consultante con la red de servicios de salud.
PLANILLA DE CITOLOGÍAS	Se encuentra una pequeña anamnesis ginecológica, síntomas, signos y tratamientos.
PLANILLA DE FLUJOS VAGINALES	Se indaga a la paciente sobre signos, síntomas, y tratamientos.
REGISTRO DE CULTIVOS	Se consulta al paciente sobre qué tipo de patología presenta, el medicamento o tratamiento que se ha realizado y sitio de la lesión.
FORMATO DE REMISIÓN DE MUESTRAS PARA GENOTIPIFICACIÓN DE HIV	Para pacientes HIV positivos, permite dejar registro de una pequeña anamnesis, medicamentos que el paciente esta consumiendo en el momento, y resultado de la ultima Carga Viral.
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Deja constancia de la orientación brindada al paciente respecto al procedimiento que realizado, los riesgos, molestias y beneficios ocasionados o derivados del mismo. La firma en este documento por parte del paciente y/o acudiente se traduce en su entera conformidad, entendimiento, aprobación y compromiso en el cumplimiento de las instrucciones proporcionadas para seguir durante y después del procedimiento. La comprensión de la información se verifica verbalmente antes de que el paciente y/o acudiente registre su firma. El formato se tramita para pacientes que requieren procedimientos en los cuales hay aplicación de medicamentos, muestras recolectadas por otras instituciones y/o en casa por personal hospitalario que no pertenece al LME, y para la realización de mamografías, ecografías transvaginales, y colposcopias.
HISTORIA DE SEGUIMIENTO A PRUEBAS DE COAGULACIÓN	Indaga sobre alimentación, antecedentes de enfermedades de la coagulación, medicamentos que el paciente este consumiendo, entre otros.

Fuente: Hospital San Vicente de Paúl - Caldas Antioquia.

Después de que los pacientes son ingresados se inicia el proceso normal de marcación, remisión, recepción, procesamiento y entrega de resultados.

En la actualidad se está desarrollando un proyecto que incorpora el uso de una tecnología innovadora que integrara todos los procesos de prestación del servicio, garantizando la seguridad del paciente y un estricto control de cada una de las etapas.

⁶ Plataforma Estratégica/Proceso Laboratorio Hospital San Vicente de Paul de Caldas-2007.

Figura 4. Inconsistencia de facturación 2009 – 2010.⁷



Fuente: Hospital San Vicente de Paúl - Caldas Antioquia.

Como puede verse en el gráfico, durante el periodo de medición el indicador muestra una tendencia a la baja, por lo que en septiembre de 2009 fue necesario replantear la meta pasando de 0.50% a 0.25%.

Este grafico hace referencia a las dificultades administrativas que se presentan al facturar la atención clínica en un procedimiento de patología cervical.

⁷ Plataforma Estrategica/Proceso Laboratorio Hospital San Vicente de Paul de Caldas-2007.

Figura 5. Eventos adversos por cada 10.000 pacientes 2009 – 2010.



Fuente: Hospital San Vicente de Paúl - Caldas Antioquia.

A partir de 2009 se observa un aumento en los Eventos Adversos, en parte explicado por la existencia de subregistros. Para 2010 se observa disminución de la variabilidad con una tendencia a la baja, explicado esto por las estrategias implementadas.

Figura 6. Pérdida de muestras en procesamiento.⁸



Fuente: Hospital San Vicente de Paúl - Caldas Antioquia.

El proceso de recepción de muestras ha mejorado significativamente por la disminución en el tiempo en la recepción, verificación y distribución de muestras en las Centrales de Procesos.

⁸ Plataforma Estrategica/Proceso Laboratorio Hospital San Vicente de Paul de Caldas-2007.

2. IDENTIFICACION DE LAS FALENCIAS DEL PROCESO DE PATOLOGÍA CERVICAL DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE CALDAS ANTIOQUIA

Para las entidades del sector salud es indispensable incorporar un enfoque sistemático en el cual la comunicación y la integración entre procesos permitan alcanzar la eficiencia y la eficacia en la prestación de los servicios de salud.

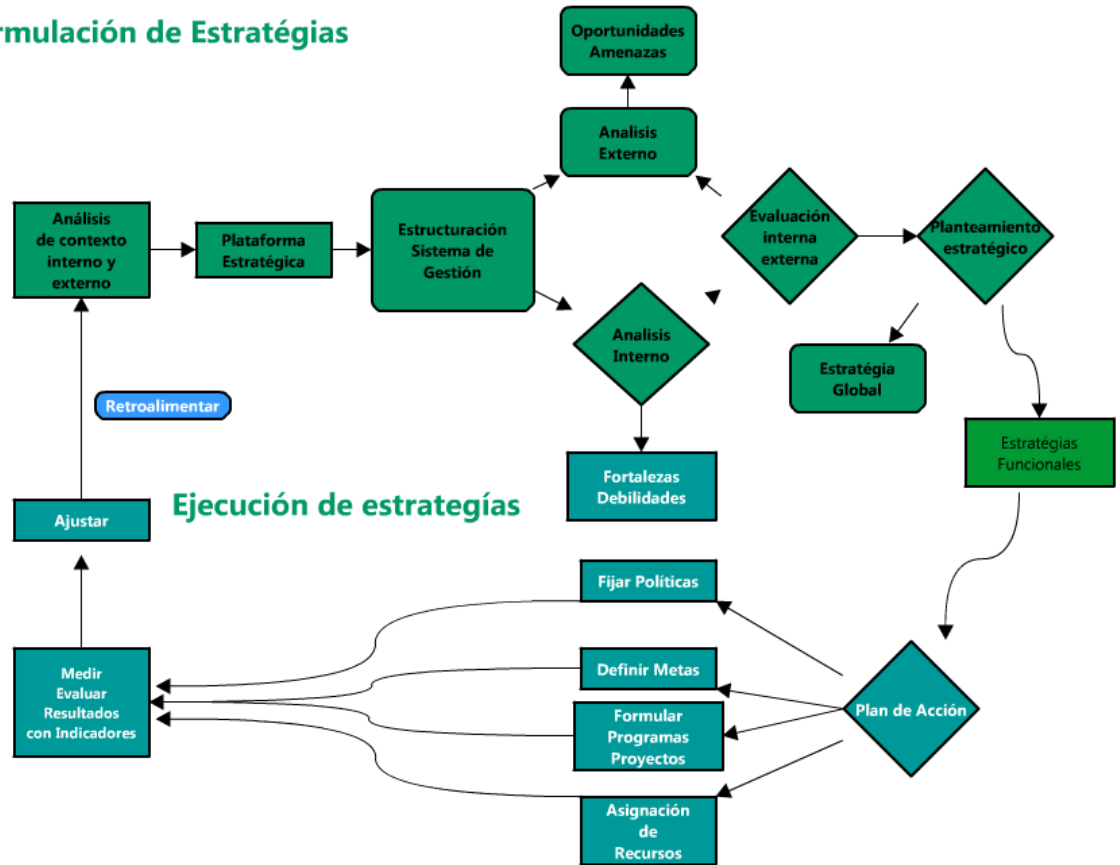
Las Instituciones de Salud deben cumplir con la Resolución 1438 que establece las condiciones mínimas de infraestructura, recurso humano, tecnológico y gestión administrativa para la prestación de los servicios de salud con eficiencia.

Para dar cumplimiento a esta Resolución la Gerencia estructuro su plan de desarrollo institucional para el periodo 2012 – 2016, el cual se constituye en la carta de navegación que le permitiría fortalecer la prestación de los servicios de salud, implementar y mantener un Sistema Integrado de Gestión de Calidad y generar rentabilidad económica que garantice el fortalecimiento institucional y la continuidad operacional tanto en el aspecto empresarial como en su papel social y el mejoramiento de las condiciones de vida de sus servidores y de la comunidad.

A continuación se describe desde el proceso Estratégico como se encuentra identificado el proceso de patología cervical en el Hospital San Vicente de Paúl de Caldas, dentro del Plan de Desarrollo Institucional, con el fin de definir las falencias que se están presentando en el proceso.

Figura 7. Se esquematiza el proceso de formulación y ajuste del plan de desarrollo.⁹

Formulación de Estrategias

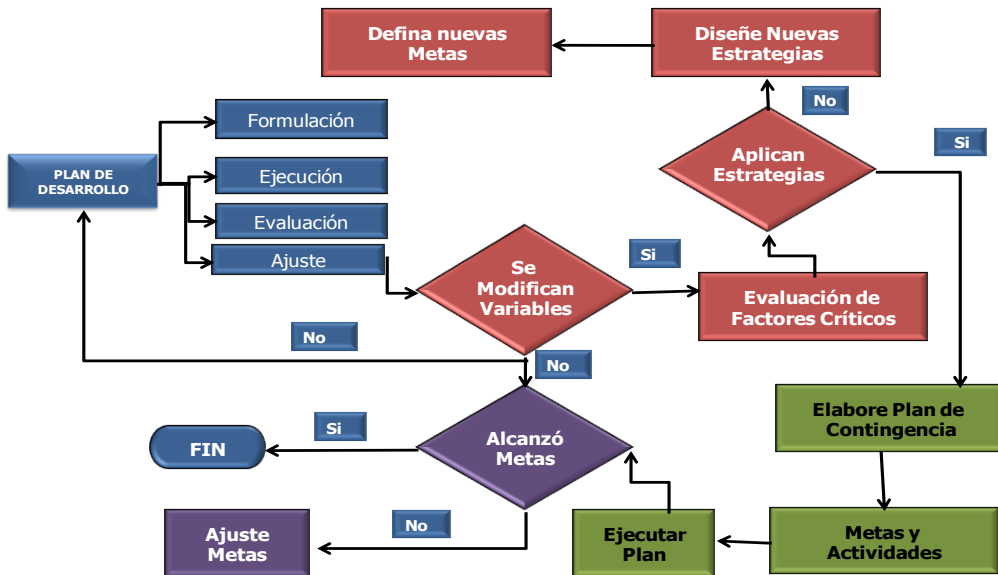
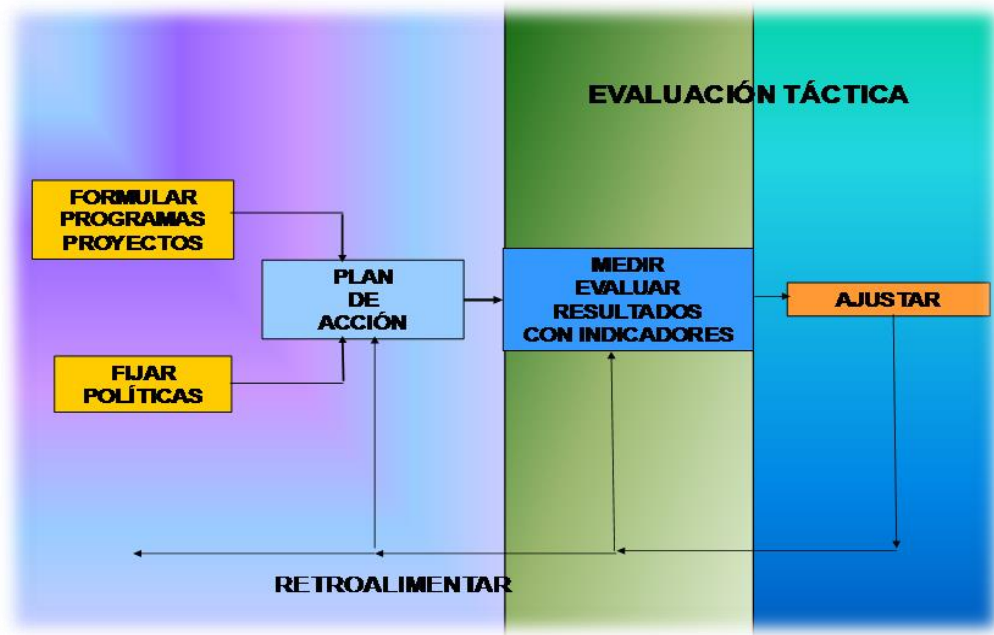


Made with lovelycharts.com

En esta grafica se describe como se realiza la definición de los planes estratégicos para fortalecer los procesos que se ejecutan en el desarrollo del proceso de patología cervical.

⁹ Plan de Desarrollo Institucional

Figura 8. Esquema de ajuste al Plan de Desarrollo Institucional



La grafica anterior describe como sistemáticamente se ajustan los procesos con un enfoque estratégico en el plan de desarrollo institucional que toca todas las esferas de la institución incluido el proceso de apoyo de laboratorio de patología cervical en el cual nos concentramos en la elaboración de esta investigación.

2.1 MAPA DE PROCESOS

Para garantizar el enfoque sistémico y de operación por procesos; la institución rediseño su mapa de procesos asegurándose que su estructura de cumplimiento integral a los requisitos de los clientes, normativos, legales y reglamentarios aplicables a la empresa.

El mapa de procesos y la caracterización de los procesos están diseñados de tal forma que en su desempeño se refleje la operación del ciclo PHVA y se evidencie el alcance de cada proceso y su secuencia e interacción con otros procesos.

Con el enfoque por procesos definido en la ESE se evidencia el cumplimiento del requisito 4.1 de las normas NTC ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009, el componente de Direccionamiento estratégico y el elementos modelo de operación por procesos de la norma MECI 1000:2005 y los estándares de direccionamiento y gerencia del sistema único de acreditación Decreto 1011 de 2006.

La ESE Hospital San Vicente de Paul de Caldas, ha realizado su mapa de procesos o cadena de valor, organizado de la siguiente manera, en área funcionales, macro procesos, subprocesos y procedimientos.

2.2 PROCESOS ESTRATÉGICOS

La organización tiene identificados sus procesos estratégicos como aquellos que orientan evalúan y hacen seguimiento a la gestión de la entidad, incluyen procesos relativos al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, provisión de comunicación y aseguramiento de la disponibilidad de recursos necesarios.

En su área funcional directiva, se encuentran los macro procesos de direccionamiento estratégicos, constituidos por los procesos de: Direccionamiento y gerencia, planeación estratégica, contratación, gestión de la calidad, verificación y mejora.

Es en esta área funcional donde se encuentra el macro proceso de verificación y mejora continua, relacionado con el control y evaluación: Son aquellos que adelantan las mismas dependencias responsables del proceso o la oficina de control interno o quien haga sus veces, para verificar que los resultados y acciones previstas se cumplieron de conformidad con lo planeado

2.3 PROCESOS MISIONALES

Estos procesos son los que contribuyen directamente al cumplimiento de los objetivos de la organización; su objetivo fundamental es entregar los productos o servicios que el cliente o usuario requiere para satisfacer sus necesidades. Por lo tanto son los procesos claves que permiten una prestación de servicios integral al usuario y su familia.

Los macro procesos que constituyen esta área funcional misional son:

Prestación integral de servicios ambulatorios.

Prestación integral de servicios de urgencias.

Prestación integral de servicios hospitalarios.

Prestación integral de servicios de cirugía.

Prestación de servicios orientados a la promoción y protección de la salud.

Servicios de apoyo asistencial.

Servicios administrativos asistenciales.

2.4 PROCESOS DE APOYO

El área funcional de apoyo: Se refiere al soporte para el buen funcionamiento y operación de los procesos estratégicos y misionales de la organización.

Estructurada por los macro procesos de:

Servicios de apoyo logístico y gestión de los recursos,

Procesos de gestión jurídica.

Gestión financiera.

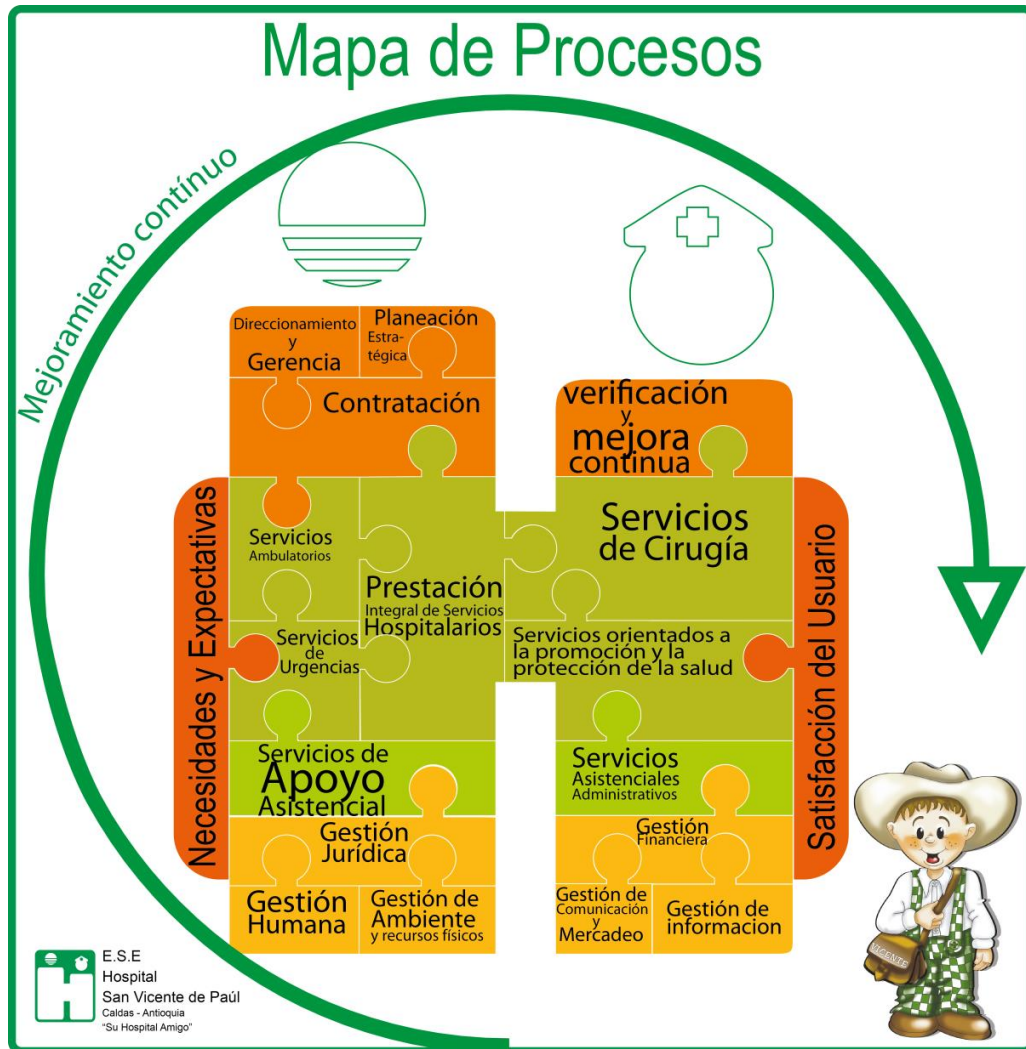
Gestión humana.

Gestión del ambiente físico.

Gestión de mercadeo y gestión de la comunicación.

El proceso de gestión financiera está constituido por los subprocesos de presupuesto, contabilidad, facturación, auditoría de cuentas, costos, tesorería, cartera

Figura 9. Mapa de procesos Institucional



El mapa de procesos, fue revisado por el equipo directivo y aprobado por la junta directiva mediante acuerdo 343 del 17 de noviembre de 2011.

Encontramos dentro de la elaboración del diagnóstico que este plan de desarrollo tiene diseñado unas políticas que apuntan a la prestación de los servicios con eficiencia y calidad para el desarrollo de cada proceso.

2.5 NUESTRAS POLÍTICAS

POLÍTICA DE CALIDAD: “Nos comprometemos con usted y su familia a brindarles servicios de salud soportados en una atención con calidad, oportunidad, accesibilidad, seguridad y eficiencia, orientándolos a la mejora continua para satisfacer sus necesidades y expectativas; mediante la proyección de los valores y principios institucionales con la disponibilidad de tecnología e infraestructura apropiada”¹⁰

Política de operación por procesos: “Como hospital nos comprometemos a adoptar un modelo de operación por procesos que sirva para consolidar la empresa como sistema y defina los flujos de trabajo, los parámetros de diseño de las actividades y las tareas requeridas para dar cumplimiento a los objetivos estratégicos institucionales”

POLÍTICA DE GESTIÓN DE RIESGOS: “La institución en coherencia con la política de calidad y los requerimientos del MECI 1000:2005 y el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, establece su compromiso frente al control de los riesgos que puedan afectar la seguridad del paciente y/o sus funcionarios, la prestación del servicio y la operación de los procesos; para ello implementa un modelo de gestión de riesgos y eventos adversos, cuyas acciones van orientadas a evitar, reducir, compartir y asumir los riesgos relacionados con el desarrollo de sus proceso, que pueden afectar negativamente a las personas, las instalaciones y los bienes de la institución”¹¹

¹⁰ Plan de Desarrollo Hospital San Vicente de Paúl de Caldas 2012-2016 / Ley 100 de 1.993: creadora del Sistema de Seguridad Social Integral, uno de cuyos ítems es el Sistema General de Seguridad Social en Salud que, con sus decretos reglamentarios, definen un nuevo orden en el sector salud.

¹¹ Plan de Desarrollo Hospital San Vicente de Paúl de Caldas 2012-2016 Ley 100 de 1.993: creadora del Sistema de Seguridad Social Integral, uno de cuyos ítems es el Sistema General de Seguridad Social en Salud que, con sus decretos reglamentarios, definen un nuevo orden en el sector salud.

POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: “Nos comprometemos a brindar seguridad al paciente como un componente fundamental de la calidad en la prestación de servicios en salud, disponiendo de todos sus recursos y promoviendo entre los usuarios, sus familias y colaboradores la cultura de seguridad, con el fin de identificar, prevenir y gestionar los riesgos y eventos adversos que resultan del proceso de atención”¹²

POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL: “El hospital asume la responsabilidad social de forma voluntaria, como estrategia asociada a la búsqueda de buenas prácticas empresariales, la promoción de un comportamiento ético, el respeto al medio ambiente, las buenas relaciones internas, el aumento de la calidad de vida y el estímulo por los derechos básicos de las personas; es por ello que implementa acciones que redunden no solo en el crecimiento económico institucional, sino en el progreso social y el desarrollo sostenible.”

Se requiere de un alto compromiso de la alta dirección para la implementación de un sistema de calidad que permita una administración y prestación de servicios basada en procesos, en la cual deben intervenir todos los actores administrativos y asistenciales para trabajar de una forma secuencial y organizada con responsabilidades claras y puntos de control establecidos que permitan evidenciar a los usuarios el valor agregado que ofrece la IPS.¹³

¹² Plan de Desarrollo Hospital San Vicente de Paúl de Caldas 2012-2016 / Ley 100 de 1.993: creadora del Sistema de Seguridad Social Integral, uno de cuyos ítems es el Sistema General de Seguridad Social en Salud que, con sus decretos reglamentarios, definen un nuevo orden en el sector salud.

¹³ Ley 1122 de 2007: Por la cual se realizan unos ajustes al sistema general de seguridad social en el componente de salud. /Ley Orgánica de Planeación (ley 152 de 1994): suministra los lineamientos generales para los procesos de planeación en cuanto a la elaboración, aprobación, seguimiento, evaluación y control de planes.

2.6 NUESTRO PORTAFOLIO DE SERVICIOS

Urgencias

Las 24 horas del día se dispone de los recursos necesarios para dar atención prioritaria en salud con una alta resolución de dificultades de salud de mediana y baja complejidad, donde se tiene claro que prima el derecho a la vida.

Atención Quirúrgica

Cuenta con zonas quirúrgicas dotadas y con el recurso humano altamente calificado para dar respuesta a las necesidades quirúrgicas de mediana complejidad.

- Cirugía General
- Cirugía laparoscópica
- Cirugía laparoscópica Ginecológica
- Cirugía Ortopédica
- Cirugía Urológica
- Cirugía Oftalmológica
- Cirugía Otorrinolaringología
- Cirugía Dermatológica
- Cirugía Maxilofacial
- Cirugía Ginecológica
- Cirugía Oral

Hospitalización

General Adultos: 52 Camas
General Pediátrica: 16 Camas
Obstetricia: 27 Camas
Quirófanos: 3
Sala de Partos: 1

Consulta Externa

Horario de atención: Lunes a viernes de 7:00 a.m. 5:00 p.m.

Cuenta con el personal asistencial formado para ofrecer una atención integral de la mayor calidez en las distintas especialidades que le corresponden según su nivel de complejidad.

- Medicina General
- Pediatria
- Urología
- Otorrinolaringología
- Dermatología
- Anestesia (consulta pre anestésica y manejo del dolor)
- Cirugía general
- Ginec obstetricia
- Medicina Interna: Lunes a viernes de 2:00 p.m. a 7:00 p.m.
- Ortopedia y traumatología
- Oftalmología y optometría
- Radiología
- Cirugía maxilofacial: Miércoles de 7:00 a.m. a 3:30 p.m.
- Otorrinolaringología



Nutrición y dietética

Horario de atención: Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 5:00 p.m.

Intervención nutricional como componente del tratamiento integral de patologías relacionadas con la alteración en la ingestión y metabolismo de nutrientes.

- Consulta nutrición
- Atención a pacientes Hospitalizados

Terapia Respiratoria

Horario de atención: Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 12:00 a.m.- 1:00 a.m. a 6:00 p.m.

Fisioterapia

Horario de atención: Lunes a viernes de 7:00 a.m a 5:00 p.m

- Rehabilitación en enfermedades o traumas osteomusculares
- Consulta
- Tratamiento de rehabilitación

Optometría

Horario de atención: Lunes a viernes de 7:00 p.m a.m. a 5:00 p.m.

Con la dotación que se requiere para dar la atención de la mejor calidad para el cuidado y la rehabilitación visual.

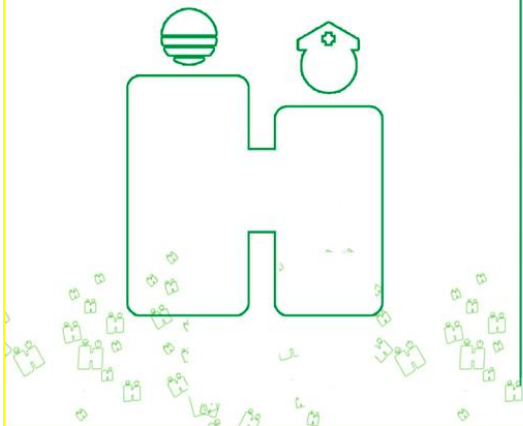
- Consulta optométrica general
- Biometría
- Tratamiento ortoptico
- Adaptación de lentes de contacto
- Servicio de óptica
- Prevención

Odontología

Horario de atención: lunes a viernes de 7:00 a.m a 12:00 a.m 1:00 p.m- 6:00 p.m y sábados de 7:00 a.m a 1:00 p.m

Atención integral con el estricto seguimiento de las normas de bioseguridad y con insumos de la mejor calidad; capacitados para dar atención a niños considerados de difícil manejo.

- Urgencias
- Odontología general
- Odontología Especializada
- Estomatología
- Periodoncia
- Cirugía Oral
- Ortodoncia
- Prótesis o rehabilitación oral
- Programas preventivos



Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica

Laboratorio Clínico

Con la mayor confiabilidad en sus resultados pues es reconocida por tener 100% concordancia en realización de todas las pruebas que realiza. Además cuenta con **atención las 24 horas.**

- Hematología
- Inmunología
- Microbiología
- Parasitología
- Química sanguínea
- Hormonas
- Virología

Patología

Horario de atención: 24 Horas

- Diagnóstico anamopatológico
- Diagnóstico citológico
- Funcional
- Oncológica
- Toma de biopsias guiadas con endoscopias (Tiroides, mama, testículo, prostáticas)
- Biopsia de mama
- Biopsia de tiroides
- Punción lumbar
- Aspirado biopsia de medula ósea

Radiología e Imágenes Diagnósticas

Horario de atención: 24 Horas

- Radiología simple
- Mamografía
- Edad ósea
- Ultrasonido
- Endoscopia digestiva
- Colonoscopias

Servicio Farmacéutico

Dispensación de medicamentos e insumos médicos en forma segura, eficaz, pertinente y oportuna para garantizar su adecuada utilización, con personal idóneo y capacitado, con el seguimiento estricto de la normatividad para garantizar alta confiabilidad y eficiencia.

Horario de atención: Farmacia ambulatoria (lunes a viernes de 7:00 a.m. a 5:30 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.)
Farmacia hospitalaria (24 horas)



Vacunación

Horario de atención: Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 5:00 p.m.

Ofrece gratuitamente las vacunas que hacen parte del programa ampliado de inmunización además de la complementaria como la NEUMOCOCO PREVENAR.

- Anti-hepatitis
- Anti-polio
- Triple viral o SRP
- DPT
- Tétano y difteria
- Anti - tuberculosis
- Fiebre amarilla
- Pentavalente

Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con el fin de mejorar las condiciones de vida, crear hábitos saludables y prevenir enfermedades.

- Infecciones de transmisión sexual
- Detección temprana de cáncer de cérvix y de seno
- Crecimiento y desarrollo
- Control prenatal
- Planificación familiar
- Programa de madre participante
- Programa de detección de alteración de adulto mayor
- Programa de detección de alteraciones
- Desarrollo del joven
- Otros programas
- Hipertensión arterial
- Diabetes

Oficina de Atención y Orientación al Usuario

Horario de atención: lunes a viernes de 7:00 p.m a.m a 5:00 p.m.

Dispuesta a escuchar oportunidades de mejora y sugerencias relacionadas con el servicio, además dar respuesta oportuna a sus inquietudes respecto a la atención
Teléfono: 3786300 Ext: 167

Centro Regulator

Contamos con centro regulador de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 5:00 p.m.

Sábado, Domingos y Festivos de

7:00 a.m a 3:00 p.m

Teléfono: 278 82 36

Celular: 314 624 80 55

Persona de contacto: Johan Palacio

Remisiones Urgencias

Manejo del proceso médico general, coordinador de urgencias

Dr. Beimar David Bedoya

Teléfonos: 378 63 00 Ext: 110, 160





En la descripción del portafolio de servicios que se encuentra en el Plan de Desarrollo Institucional se encuentra identificado Macroproceso de Laboratorio y el proceso de Patología Cervical, lo que nos permite concluir que desde el proceso



Estratégico se tiene contemplado la planeación del proceso de patología cervical para la prestación de los servicios a los usuarios que son remitidos, programados o ingresan a la institución por el servicio de urgencias.


2.7 NUESTROS MODELOS INSTITUCIONALES

Los modelos son herramientas de gestión que nos permiten representar en forma grafica la forma como se van a operativizar las diferentes políticas y objetivos estratégicos de la ESE.¹⁴

MODELO	DESCRIPCIÓN	
Modelo de planeación estratégica	Metodología que permite a la organización establecer su misión, visión y sus propósitos y definir estrategias para la consecución de sus objetivos	
Modelo de mejoramiento continuo	Metodología utilizada por la ESE para identificar y gestionar efectivamente oportunidades de mejora reales y potenciales, que impulsen a la empresa al mejoramiento continuo, al logro de los objetivos institucionales y a la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes	
Modelo de escucha activa (Cliente interno y Externo)	Metodología para identificar la percepción del cliente (internos y externos) y sus necesidades y expectativas con el fin de analizar, intervenir y mejorar continuamente en los diferentes procesos de atención y la satisfacción del cliente interno y externo	

¹⁴ Plan de Desarrollo Institucional/Plataforma estratégica.

MODELO	DESCRIPCIÓN	
<p>Modelo Integral de Atención Centrado en el usuario y su familia</p>	<p>Refleja la manera cómo interactúan todos los procesos asistenciales y administrativos y describe los momentos claves para la atención de los pacientes a nivel hospitalario y ambulatorio; soportado en una cultura de calidad, seguridad y mejoramiento continuo, orientado a satisfacer las necesidades y expectativas del paciente y su familia. El modelo refleja además el papel que juega la institución dentro del SGSSS como SU HOSPITAL AMIGO, proyectando un apoyo asistencial para el manejo de los usuarios en las IPS de primer nivel de atención</p>	
<p>Modelo de Seguridad de Pacientes</p>	<p>Consolida las estrategias que implementa la ESE para incentivar, promover, gestionar, evaluar y mejorar la aplicación de prácticas seguras en los procesos de atención orientadas a proteger la integridad del paciente.</p>	
<p>Modelo de medicina basada en la evidencia</p>	<p>Define la metodología adoptada por la institución para el diseño de guías clínicas basadas en la evidencia científica, que garantice la pertinencia y seguridad de los enfoques clínicos y procesos de atención llevados a cabo con los pacientes</p> <p>Consolida un modelo de inclusión donde se establecen estrategias para la atención integral con calidad y eficiencia a todos los usuarios que lo</p>	

MODELO	DESCRIPCIÓN	
	requieran, independiente de su situación, buscando con esto la equiparación de oportunidades y la minimización de barreras, dando como resultado un servicio a la diversidad.	
Modelo de gestión del talento humano	Este modelo permite alinear las funciones laborales de los diferentes cargos con los propósitos institucionales, para asegurar que desde la gestión individual se contribuye al logro de las metas empresariales	
Modelo de Gestión de la Tecnología	Este modelo considera los pilares de la gestión tecnológica y las etapas en el ciclo de vida de la tecnología, que se deben controlar en la ESE para asegurar una mejor protección y menos riesgo, es decir Seguridad del paciente y del usuario de esa tecnología.	
Modelo de Gestión de la información	Integra los procesos estratégicos, misionales y de apoyo por medio de la generación de información segura, oportuna y confiable para la adecuada toma de decisiones y el cumplimiento de los requerimientos internos y externos.	
Modelo de Gestión de la comunicación	Describe los procesos de comunicación informativa y organizacional y los métodos de comunicación utilizados por la organización, para transmitir su información de manera efectiva a todas las partes interesadas	
Modelo de Referenciación Comparativa	Describe una metodología sistemática y proactiva para la realización de estudios de referenciación comparativa	

MODELO	DESCRIPCIÓN	
	entre la ESE y otras instituciones que puedan considerarse fuentes de mejores prácticas	
Modelo de Gestión ambiental	Consolida las estrategias orientadas a la adecuada conservación del medio ambiente, a través de la participación del cliente interno y externo en la implementación del programa GAGA de la ESE Hospital San Vicente de Paul de Caldas, generando la cultura de la prevención y conservación	

Como se describió anteriormente encontramos que desde el desarrollo estratégico de la institución se tiene definido como de forma sistemática debe operar los servicios, entre ellos el de patología cervical.

Sin embargo es procedente indicar que aunque se encuentra una plataforma estratégica que describe los procesos no se hace seguimiento a la ejecución de los mismos.

En la descripción actual del procedimiento de patología cervical no se definen los puntos de control de los riesgos administrativos ni asistenciales lo que genera un alta inseguridad jurídica para la Institución, pues es necesario desde el procedimiento definir los estándares mínimos de atención de los profesionales para la atención de procedimiento de patología cervical por día sin exceder este estándar.

Es necesario determinar el cronograma de compra de insumos necesarios y exigidos por la Resolución de habilitación para la programación de los usuarios

para la realización de la patología cervical, esta actividad es de vital importancia al momento de medir los riesgos de un proceso porque puede generar cancelación a de las citas y/o en algunos casos puede generar que se incurra en riesgos como realizar el procedimiento sin contar con los insumos necesarios para obtener un diagnóstico acertado.

Todo proceso debe tener un responsable asignado que asegure su cumplimiento y eficiencia, pero deberán definirse responsabilidades administrativas y médicas para lograr satisfacer las necesidades de los usuarios.

Se deben aplicar las buenas prácticas para el control y seguimiento al proceso de patología cervical del Hospital San Vicente de Paúl - Caldas Antioquia.

Se debe implementar un sistema de control de ingreso de usuarios ajustado a las necesidades actuales, que permita identificar, clasificar, realizar seguimiento y control después de generado el diagnóstico de la patología cervical y de esta manera garantizar la recuperación de la inversión de los suministros, infraestructura, recurso humano y sostenibilidad financiera. Además la identificación incorrecta de los pacientes continúa dando como resultado errores de medicación, errores de transfusión, errores de prueba, procedimientos en la persona incorrecta.

Para asegurar la calidad en el registro de los datos no existen aún estándares establecidos, salvo las directrices puntuales de la Norma Técnica de seguridad del paciente de la Unidad Sectorial de Normalización del Ministerio de la Protección; y la norma ISO/CD 151895 que se ha generado específicamente como resultado del trabajo del Comité Técnico 212 al adecuar las normas ISO de otros laboratorios al Laboratorio Clínico. Esta norma, sugiere que "La solicitud de análisis deberá contener suficiente información para identificar al paciente, al solicitante, la ubicación, así como los datos diagnósticos", sin especificar cuáles

serían esos suficientes datos y sin cuantificar qué % de errores estarían permitidos en los mismos.

3. CONCLUSIONES

El Estado Colombiano debe garantizar la prestación de los servicios de salud y el acceso de todos los habitantes al sistema de seguridad social y en la actualidad existen diferentes mecanismos de control regulados normativamente como el sistema de habilitación, sistema obligatorio de calidad en salud, Sistema de control interno, pero aún así se requiere de la voluntad gerencial para la implementación de un sistema de gestión como una gran herramienta gerencial que garantiza la organización y el desarrollo eficiente de la gestión del hospital en el laboratorio dentro del proceso de patología cervical.

El Hospital San Vicente de Paul deberá trabajar en la seguridad del paciente con un programa transversal a toda la organización concebido por la alta dirección y con la participación de los líderes de los procesos y los grupos primarios, y como organismo rector el comité de gerencia con el respaldo del comité técnico científico y el comité de calidad.

Ajustado el proceso de patología cervical se debe asegurar la estandarización y comprensión, seguimiento y evaluación de la ejecución del proceso para validar que se esté realizando con los puntos de control y se estén controlando los riesgos para generar valor agregado al usuario final cumpliendo con la creación del tejido social en el Municipio de Caldas y todo el suroeste antioqueño.

La estructuración de un sistema integral para la organización permite contribuir al desarrollo social mejorando la calidad de vida y reduciendo la morbilidad, la mortalidad y el dolor de los usuarios por fallas en la prestación de los servicios.

Las empresas sociales del Estado deben garantizar la sostenibilidad financiera y por ende la prestación de los servicios de salud (patología cervical) deben generar una rentabilidad económica para la institución, siempre garantizando insumos e

infraestructura física cumpliendo con los requisitos de la Resolución de habilitación y recurso humano con el perfil y competencias para una atención humanizada y con calidad.

Se presentaron dificultades al momento de consultar y manipular información, porque como se dejó evidenciado en este diagnóstico este proceso de patología cervical en el laboratorio del Hospital San Vicente de Paúl de Caldas está compuesto de una parte administrativa y otra técnico-científica que hace referencia a las buenas prácticas.

Desde lo administrativo se presentaron dificultades al consultar la información porque los procesos y procedimientos tienen derechos de autor por parte del equipo de calidad que los elabora y dificultades mayores cuando se tiene que realizar verificación de procedimientos asociados a historias clínicas por ser documentos que gozan de reserva legal de acuerdo a la normatividad vigente se dificulta la consulta de la información.

Para futuras investigaciones relacionadas con el laboratorio en el proceso de patología cervical se propone diseñar un proceso administrativo que facilite después de diagnóstico positivo eficaz que permita reducir las estadísticas por causa de muerte femenina en Colombia.

BIBLIOGRAFÍA

COLCIENCIAS. (Julio de 1998). Desafíos en la construcción de una sociedad del conocimiento. Informe del cuatrienio 1995-1998. Santa fe de Bogotá.

----- . (Septiembre de 1998). Sistema Nacional de Innovación: Nuevos escenarios de la competitividad. Ciencia y Sociedad: Colombia frente al reto del tercer milenio. Santa fe de Bogotá.

DIRECCIÓN NACIONAL DE PLANEACIÓN. (1997). Panorama de la innovación tecnológica en Colombia.

FRISCHER, Ilaura y NAVARRO, Alma. (1999). "Introducción a la investigación de mercados". México: Mac Graw Hill.

GIBBONS, Michael; LIMOGES, Camila; NOWOTNY, Helg; SCHWARTZMAN, Simon; SCOUT, Meter y TROW, Martin. La nueva producción del conocimiento.

CIBERGRAFÍA

Reseña histórica Hospital San Vicente de Paul de Caldas.

Recuperado el 30 de septiembre de 2007 de http://www.esehospicaldas.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=135&Itemid=50

Constitución Política de Colombia: norma de normas para el País, define derechos y deberes fundamentales donde se encuentra explícitamente la salud para algunos grupos poblacionales, o implícitamente por su conexión con el derecho a la vida, tal y como lo ha hecho constar la Corte Constitucional en varios de sus fallos.

Ley 10 de 1.990: La descentralización administrativa que reorganiza el Sistema de Salud asignándole a los municipios la responsabilidad de la dirección local de dicho sistema. El decreto 1762 de 1.990 que reglamenta la parcialmente esta ley en su artículo 6 (organización de servicios de salud de primer nivel).

Ley 100 de 1.993: creadora del Sistema de Seguridad Social Integral, uno de cuyos ítems es el Sistema General de Seguridad Social en Salud que, con sus decretos reglamentarios, definen un nuevo orden en el sector salud.

Ley Orgánica de Planeación (ley 152 de 1994): suministra los lineamientos generales para los procesos de planeación en cuanto a la elaboración, aprobación, seguimiento, evaluación y control de planes.

Decreto 1876 de 1994: Por el cual se regula la estructura y el funcionamiento de la Junta Directiva de las E.S.E.

Ley 715 de 2001: Define las competencias y asignación de recursos de las entidades territoriales dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ley 1122 de 2007: Por la cual se realizan unos ajustes al sistema general de seguridad social en el componente de salud.

Ley 1438 de 2001: Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

Resolución 710 de 2012: Por la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial y su evaluación por parte de la Junta Directiva