



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES
MAGÍSTER EN GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS Y HABILIDADES
DIRECTIVAS

TÍTULO:
**RECOPILACION DE LA METODOLOGÍA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA
ACREDITACIÓN EN EL ÁMBITO DE RECURSO HUMANO DE UN
LABORATORIO CLÍNICO DE LA CIUDAD DE CHILLÁN**

Tesis para optar al grado de Magister en Gestión de Recursos Humanos y Habilidades
Directivas

Tesista:
Giovanna del Carmen Marambio Labbé

Profesor Guía:
Carolina Elena Leyton Pavez

Concepción, 2014

Agradecimientos

Agradezco a Dios, por su inmensa bondad, a mi esposo Christian y mis hijos Nicolás, Matías y Benjamín que me impulsan a ser cada vez mejor y por ser el pilar mas importante en mi vida, a mi madre Mónica por todo su amor y comprensión.

Además, agradezco a Carolina Leyton Pavez, mi profesor guía y a Carolina por su apoyo que en muchas ocasiones me escucharon y me regalaron un consejo o una palabra de aliento.

Agradezco infinitamente a todos ellos por ayudarme a terminar una etapa importante en mi vida quienes con su amor incondicional me comprendieron y me apoyaron día a día.

INDICE DE CONTENIDOS

	Nº página
RESUMEN EJECUTIVO	7
GLOSARIO	8
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	10
1.1. Antecedentes Generales	11
1.2. Justificación de la Investigación	14
1.3. Planteamiento del Problema	15
1.4. Objetivos	17
CAPITULO II: MARCO TEORICO	18
2.1. Desarrollo Histórico del Sistema de Salud	18
2.1.1. Periodo de los Servicios de Salud Locales	19
2.1.2. Periodo de Maduración del Desarrollo Social y del Sistema De Salud	19
2.1.3. Periodo del Servicio Nacional de Salud y Predominio de Planificación central	20
2.1.4. Periodo del Gobierno Militar y Reformas	20
2.1.5. Periodos del Gobierno de la Concertación en adelante	21
2.2. El Concepto de Reforma del Sector Salud y sus Principales Condicionantes	22
2.2.1. ¿Era Necesaria una Reforma del Sector Salud?	24
2.3. Origen de la Acreditación en Salud	27
2.4. Acreditación en Salud	31
2.4.1. Conceptualización de la Acreditación en Salud	32
2.4.2. Acreditación en Instituciones de Salud	34
2.4.3. Estándares de Acreditación	35
2.4.3.1. Desagregación del Estándar	36
2.4.4. Rol de las Instituciones Encargadas de Acreditación en Salud	37
2.4.5. Características de la Acreditación	37
2.4.6. Porque las Instituciones de Salud deben Acreditación	38
2.4.7. Proceso de Autoevaluación	38

2.4.8. Aspectos Importantes en la Acreditación	39
2.4.9. Acreditación Internacional de Salud	40
2.4.9.1. Ventajas de una acreditación Internacional de Salud	41
2.4.9.2. Entidades acreditadoras Internacionales	41
2.4.10. Requisitos para la acreditación en Salud	41
2.4.11. Estándares vigentes de acreditación	43
2.4.11.1. Estandar de Laboratorios Clínicos para el proceso de acreditación	44
2.4.12. Contenidos y estructura de manual	45
2.4.12.1. Consideraciones generales	45
2.4.12.2. Concepto de Ámbito, Componentes, Características y Verificadores	45
2.4.13. Instrucciones y criterios a emplear por las Entidades acreditadoras	47
2.4.13.1. Instrucciones generales	47
2.4.13.2. Interpretación de las normas contenidas en el manual	48
2.4.13.3. Características obligatorias del manual	49
2.5. Ámbito : Competencias del Recurso Humano (RH)	51
 CAPITULO III : METODOLOGIA	 53
3.1. Tipo de estudio	53
3.2. Recolección de datos primarios	53
3.3. Recolección de datos secundarios	54
3.4. Análisis de la información	55
 CAPITULO IV: RESULTADOS	 56
4.1. Diagnostico integral del ámbito de recurso humano del Laboratorio Clínico Arauco Limitada de la ciudad de Chillán	56
4.1.1. Diagnóstico Organizacional	57
4.1.2. Estructura Organizacional	58
4.1.3. Personal según tipos de contratos	59
4.1.4. Personal según años de antigüedad	59
4.1.5. Unidad de Recurso Humano	60
4.1.6. Desarrollo del diagnóstico FODA en la Institución	61

4.2. Aplicación Cumplimiento del ámbito de recurso humano del componente RH-1 de la pauta de cotejo del manual general de acreditación en el ámbito de las competencias del recurso humano	64
4.2.1. Verificación de cumplimiento del ámbito de competencias del recurso humano	65
4.2.1.1. Cumplimiento del ámbito de recurso humano del componente RH-1	65
4.2.1.2. Cumplimiento del ámbito de recurso humano del componente RH-1, característica RH-1.2	66
4.2.1.3. Cumplimiento del ámbito de recurso humano del componente RH-2	69
4.2.1.4. Cumplimiento del ámbito de recurso humano del componente RH-3	70
4.2.1.5. Cumplimiento del ámbito de recurso humano del componente RH-4	72
4.3. Etapas de apoyo para dar cumplimiento con el ámbito de recurso humano a la acreditación de salud.	74
4.3.1. Objetivo: Dar cumplimiento a la característica del ámbito recurso humano 1.2	74
4.3.2. Objetivo: Dar cumplimiento a la característica del ámbito recurso humano 2.1	75
4.3.3. Objetivo: Dar cumplimiento a la característica del ámbito recurso humano 3.1	76
4.3.4. Objetivo: Dar cumplimiento a la característica del ámbito recurso humano 4.1	77
4.4. Metodología para el cumplimiento del ámbito de recurso humano de acreditación en salud	77
4.4.1. Etapa I: Inducción	77
4.4.1.1. Capacitación para la inducción	77
4.4.1.2. Capacitación para la elaboración del plan de mejora	79
4.4.2. Etapa II: Elaboración y seguimiento del plan de mejora	79
4.4.3. Etapa III: Evaluación de la aplicación del plan de mejora	80
4.5. Definición de políticas de calidad para el cumplimiento de recurso humano según diagnóstico	81
CAPITULO V: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	84
5.1. Conclusiones	84
5.2. Limitaciones del Estudio	86
5.3. Recomendaciones del Estudio	85
BIBLIOGRAFÍA	

INDICE DE ANEXO

	Nº página
ANEXO 1: Aplicación de la técnica de rostros en la empresa para medir percepción.	92
ANEXO 2: Planificación del recurso humano	94
ANEXO 3: Listado de exámenes realizados en Laboratorio Clínico Arauco	100
ANEXO 4: Exámenes derivados a laboratorio Externo	103
ANEXO 5: Test de Rostros	108

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

	Nº página
Figura Nº 1: Modelo Garantizado Ges	26
Tabla Nº 2: Rol de las Instituciones de Salud	37
Figura Nº 2: El Proceso de Acreditación de Salud	43
Figura Nº 3: Estructura general de un Estándar	47
Figura Nº 4: Organigrama	58
Figura Nº 5: Porcentaje de funcionarios según tipo de contratos	59
Figura Nº 6: Porcentaje de funcionarios según años de antigüedad	60
Tabla Nº 2: Componente RH 1	65
Tabla Nº 3: Elementos Medibles de RH 1	66
Tabla Nº 4: Componente RH-1.2	66
Tabla Nº 5: Elementos medibles de RH-1.2	68
Tabla Nº 6: Componente RH-2	69
Tabla Nº 7: Elementos medibles de RH-2.1	70
Tabla Nº 8: Componente RH-3	71
Tabla Nº 9: Elementos medibles de RH-3.1	71
Tabla Nº10: Componente RH-4	72
Tabla Nº11: Elementos medibles de RH-4.1	73
Tabla Nº12: Actividades a desarrollar RH-1.2	74

Tabla N°13: Actividades a desarrollar RH-2.1	75
Tabla N°14: Actividades a desarrollar RH-3.2	76
Tabla N°15: Actividades a desarrollar RH-4.1	76
Figura N° 6: Percepción a través de los rostros	92
Figura N° 7: Resultados de percepción de los Funcionarios	93
Figura N° 8: Resultados de percepción de los Funcionarios	93

RESUMEN EJECUTIVO

El objetivo de la presente investigación es recopilar la metodología para el cumplimiento de la Acreditación en el Ámbito de Recursos Humanos del Laboratorio Clínico Arauco Limitada de la Ciudad de Chillán, el cual inicio sus servicios el año 1982 con la prestación de servicios de exámenes de laboratorio clínicos, presentando un crecimiento progresivo en los últimos seis años, tal situación ha involucrado un aumento importante en recursos tanto humano, financiero y tecnológico.

La metodología se diseña a partir del análisis general del proceso de acreditación, elaboración de un diagnóstico integral del ámbito de recursos humanos y la definición de las etapas de apoyo para dar cumplimiento a los requisitos del manual de acreditación.

También de acuerdo a las pautas de investigación de tipo descriptivo y no experimental, se recolectan los datos primarios, siendo la principal fuente el análisis de la información, entrevistas, aplicación de pauta de cotejo y encuestas que permitieron obtener los datos presentados, finalmente se apoyó de datos secundarios con revisión de fuentes de información que complementan la fundamentación teórica de la investigación.

Con la información obtenida se analizó y se definió los procesos y actividades a desarrollar en el área de Recurso Humano para consolidar las Políticas de Calidad, el mejoramiento continuo, la capacitación de funcionarios, el trabajo en equipo dentro de sus áreas señaladas, así también su situación actual referente a sus sistemas de información.

El análisis realizado del proceso de acreditación permite contar con una visión más clara de los requisitos y leyes que regulan la acreditación de calidad en Chile, formando bases sólidas conceptuales, que generen la comprensión del estándar de acreditación, sus ámbitos, componentes y características. El sistema debe ser sostenido en políticas de calidad y elaboración de planes de trabajo anual que desarrollen el cumplimiento de los objetivos, con metas, actividades y medición de indicadores que integren las etapas del planificar, hacer, verificar y actuar.

GLOSARIO

Acreditación: La acreditación es un proceso voluntario mediante el cual una organización de salud es capaz de medir la calidad de sus servicios, y el rendimiento de los mismos frente a estándares reconocidos a nivel nacional o internacional. El proceso de acreditación implica la autoevaluación de la organización, así como una evaluación en detalle por un equipo de expertos externos.

Autorización Sanitaria: Es el acto por el medio del cual la Autoridad Sanitaria Regional (Secretario Regional Ministerial de Salud) permite el funcionamiento de los Prestadores Institucionales de Salud, verificando que ellos cumplen con los requisitos de estructura y organización, expresados en reglamentos.

Estándar: Manera escrita y definida de hacer una cosa. Son normas, parámetros, objetivos a cumplir.

Garantía de la Calidad: Conjunto de acciones que deliberada y sistemáticamente realizan los individuos, las organizaciones y la sociedad, para generar, mantener o mejorar la calidad.

Garantía explícita de acceso: es la obligación de Fonasa y las Isapres de asegurar las prestaciones de salud.

Garantía explícita de calidad: otorgar la atención de salud garantizada por un prestador registrado o acreditado.

Garantía explícita de oportunidad: existencia de un plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en las etapas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Garantía explícita de protección financiera: es la contribución, pago o copago máximo que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, considerando el monto de sus ingresos.

GES: Garantías Explícitas de Salud (GES) - antes plan AUGE, que tiene por objeto garantizar la cobertura de un número de problemas de salud por parte de Fonasa y las Isapres. Cuando el plan comenzó en julio de 2006 cubría 56 problemas, más tarde aumentó a 69 y en julio de 2013 se aumentó a 80.

Laboratorio Clínico: El laboratorio clínico es el lugar donde los profesionales y técnicos en análisis clínicos, analizan muestras biológicas humanas que contribuyen al estudio, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC): Filosofía y sistema gerencial, el cual involucra los gerente, el primer nivel directivo y los profesionales de la salud en el mejoramiento continuo de los procesos, para alcanzar mejores resultados en la atención para sus clientes/usuarios y sus familias. Este enfoque introduce métodos estadísticos y herramientas gerenciales que reducen el desperdicio, la duplicidad y el trabajo innecesario.

Prestador de salud: Corresponde a cualquier persona natural o jurídica, establecimiento o institución, que se encuentre autorizada para otorgar prestaciones de salud, tales como: consulta, consultorio, hospital, clínica, centro médico, centro de diagnóstico terapéutico, centro de referencia de salud, laboratorio y otros de cualquier naturaleza, incluidas ambulancias y otros vehículos adaptados para atención extrahospitalaria.

Superintendencia de Salud: Es un organismo que tiene como funciones principales supervigilar y controlar a las Isapres y al Fondo Nacional de Salud (FONASA), y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley, además de fiscalizar a todos los prestadores de salud públicos y privados, respecto de su acreditación y certificación.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

Estados Unidos es el primer país que desarrolló la acreditación de hospitales, clínicas y otros prestadores de atención sistemáticamente en salud. En la actualidad en otros países existe un número importante de instituciones que han iniciado el proceso, sin embargo con procesos diferentes a los de Estados Unidos; entre estos es posible señalar el modelo canadiense, el inglés, el australiano, el francés, entre otros (Pepper S., 2011).

Sin embargo en América Latina, países como Colombia y Perú han incorporado programas de acreditación, en general, siguiendo los lineamientos que ha planteado el modelo americano.

Para cada institución es un desafío implementar un trabajo sistémico que permita el logro de la acreditación, donde se necesita el esfuerzo de todos quienes forman parte de la organización, en definitiva se pide que los equipos de salud tengan la capacidad de innovar en metodologías, que sean sensibles y abiertos a asumir cambios y que el trabajo se convierta en una fuente permanente de aprendizaje. Por ello se requiere de equipos motivados y capaces de generar y potenciar cambios. Este proceso de mejoramiento debe ir necesariamente acompañado de un proceso de desarrollo y crecimiento personal de los funcionarios que se desempeñan en las instituciones y que conocemos como usuarios internos. (Días F., Fernández A., Jaramillo G., Tobar C., 2003)

La presente investigación aborda el modelo de acreditación chileno, específicamente en el ámbito de Recursos Humanos con el propósito de establecer condiciones mínimas de calidad que permitan garantizar la seguridad y calidad en la atención de las prestaciones, mediante estándares y protocolos establecidos que permiten evitar que ocurran eventos adversos y minimizar errores de procedimiento.

1.1. Antecedentes Generales

En el marco regulador de la ley 19.937 de la Autoridad Sanitaria, publicada en el Diario Oficial el 24 de Febrero de 2004 señala, en su Artículo 4°, que al Ministerio de Salud le corresponderá formular, fijar y controlar las políticas de salud, y ejercer la rectoría del sector salud, la cual comprende, entre otras materias "Establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios. Dichos estándares se fijarán de acuerdo al tipo de prestador institucional y a los niveles de complejidad de las prestaciones, y serán iguales para el sector público y el privado. Deberá fijar estándares respecto de condiciones sanitarias, seguridad de instalaciones y equipos, aplicación de técnicas y tecnologías, cumplimiento de protocolos de atención, competencias de los recursos humanos, y en toda otra materia que incida en la seguridad de las prestaciones. Los mencionados estándares deberán ser establecidos usando criterios validados, públicamente conocidos y con consulta a los organismos técnicos competentes".

Por su parte, la Ley 19.966 que regula el Régimen de Garantías Explícitas (GES), establece que la Garantía Explícita de Calidad se materializará mediante el registro o acreditación, según sea el caso, de los prestadores que realicen las prestaciones del régimen, de acuerdo a la ley N° 19.937.

Bajo ese marco, el conjunto de estándares de acreditación que se presenta en estos documentos es exigible en forma común a todos los prestadores institucionales de atención cerrada o abierta que otorgan prestaciones de salud, y fija condiciones consideradas mínimas para la seguridad de los usuarios, y para la efectividad del proceso de atención en general, tanto de los problemas incluidos en el régimen de garantías como de aquellos que no lo están.

Según la Superintendencia de Salud y conforme a la ley, la acreditación se realizará sólo a instituciones autorizadas, de modo de asegurar que cuentan con los componentes estructurales mínimos, y se focalizará en la existencia de procesos destinados a la prevención de errores y

otras fallas de la atención. De esta forma, la acreditación sólo profundizará en los componentes estructurales cuando se requieran especificaciones extraordinarias, como puede ser la existencia de certificación de especialistas o la disponibilidad de cierto equipamiento.

Conceptualmente, lo que la acreditación debe medir es que las instituciones hayan definido y apliquen procesos de mejoría continua de la calidad en los aspectos que son críticos para la seguridad de los pacientes. Esto es, que evalúen sistemáticamente la calidad de sus prácticas, evitando que se produzcan errores, fallas u omisiones que puedan causar daño o afectar el pronóstico de los pacientes, y ejecuten acciones correctivas cada vez que los resultados de tales evaluaciones indiquen que las estructuras, los procesos o los resultados institucionales se apartan del nivel esperado.

La Superintendencia de Salud define el proceso de acreditación como voluntario para los prestadores. Sin embargo, debe tenerse presente que la Ley N°19.966, que regula el Régimen General de Garantías, al establecer la Garantía Explícita de Calidad dispuso que ella consiste en el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por parte de un prestador acreditado, en la forma y condiciones que señale el Decreto Supremo que establece y regula las Garantías Explícitas. Y el Artículo 24, inciso final, dispone que *“para otorgar las prestaciones garantizadas explícitamente, los prestadores deberán estar acreditados en la Superintendencia de Salud.”* De modo que, a partir de la entrada en vigencia de la Garantía Explícita de Calidad del Régimen AUGE, sólo los prestadores institucionales que se encuentren acreditados podrán otorgar las prestaciones que contempla dicho régimen. Además, la aplicación del sistema de acreditación a los prestadores institucionales constituye un requisito exigido por la ley para que un establecimiento de salud dependiente de un Servicio de Salud adquiera la condición de Establecimiento de Autogestión en Red.

La acreditación de los prestadores comprende dos procesos complementarios:

- la **acreditación general** que comprende la verificación de condiciones institucionales aplicables al prestador en su conjunto.
- la **acreditación específica** que se refiere a características que el prestador debe cumplir para realizar las prestaciones del o los problemas GES que desee atender.

El instrumento de acreditación incluye nueve ámbitos; los cuales se dividen en componentes, siendo uno de ellos el de Competencias del Recurso Humano. Por su parte, los componentes están desagregados en características y éstas a su vez en verificadores. Los ámbitos contenidos en el instrumento de acreditación son los siguientes:

1. Respeto a la Dignidad del Paciente (DP)
2. Gestión de la Calidad (CAL)
3. Gestión Procesos (GP)
4. Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención (AOC)
- 5. Competencias del Recurso Humano (RH)**
6. Registros (REG)
7. Seguridad del Equipamiento (EQ)
8. Seguridad de las Instalaciones (INS)
9. Servicios de Apoyo (AP)

De acuerdo al marco legal, el proceso de acreditación debe ser igual para los prestadores públicos y privados. Recogiendo la complejidad y particularidades del sector privado es que se ha considerado un período adicional para completar el desarrollo del estándar servicios de apoyo, dado el hecho que varios de ellos se encuentran como prestadores institucionales independientes en el sector privado, como es el caso de los laboratorios clínicos, los centros de hemodiálisis o los centros de imagenología.

Lo anteriormente expuesto debe ser complementado por lo previsto en el Artículo 121 del D.F.L. 1/2005 del Ministerio de Salud (MINSAL), el cual establece las funciones y atribuciones de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, en materia de autorización de las personas jurídicas que acrediten a los prestadores de salud, de designación aleatoria de la entidad que desarrollará el proceso de acreditación, de fiscalización de las entidades acreditadoras respecto del cumplimiento de las normas que regulan los procesos de acreditación, así como de fiscalización de los prestadores institucionales acreditados respecto de la mantención del cumplimiento de los estándares por los que han sido acreditados. Por

último dicha disposición establece la mantención por parte de la Superintendencia de Salud de un registro nacional y regional actualizado de los prestadores institucionales acreditados y de las entidades acreditadoras.

De acuerdo a la ley, sólo pueden someterse a la acreditación aquellos establecimientos que se encuentran debidamente autorizados para funcionar por la autoridad sanitaria competente, esto es, y a partir de la entrada en vigencia de la Ley N°19.937. El Secretario Regional Ministerial de Salud, quien es considerado, en relación a esas materias, el continuador legal de los Directores de los Servicios de Salud (quienes hasta antes de la Reforma poseían dicha atribución)

1.2. Justificación de la Investigación

Según la Superintendencia de Salud, acreditación es un “proceso periódico de evaluación, al cual se someten los prestadores institucionales autorizados por la Autoridad Sanitaria, hospitales, clínicas, centros ambulatorios y laboratorios, para verificar el cumplimiento de un conjunto de estándares de calidad fijados y normados por el Ministerio de Salud” (2004). El objetivo de la acreditación, es garantizar seguridad y calidad en los servicios que se entregan a los usuarios, a través de una mayor transparencia, además de uniformar los criterios de la Autorización Sanitaria a lo largo del país y generar instrumentos válidos tanto para establecimientos de salud públicos como privados.

Al respecto, es válido precisar que aunque con la certificación se garantiza la satisfacción de los requisitos del sistema de gestión, sólo la acreditación permite demostrar la competencia técnica, lo cual constituye, según Sosa (2008), una necesidad de los laboratorios, respecto a que terceras partes reconozcan de forma transparente su competencia para realizar determinados ensayos; y en este sentido, en Cuba, los laboratorios que aspiran a esta condición deben cumplir, además, los criterios de acreditación y políticas que rigen esta actividad, definidos por el Órgano Nacional de Acreditación de la República de Cuba: ONARC.

La Acreditación requiere del compromiso de las instituciones involucradas en el proceso y de todos los trabajadores de salud que participan en estas instituciones, ya que, son el pilar fundamental para garantizar una atención segura a los usuarios tanto del sistema público como privado, incorporando una cultura de la calidad en la entrega de sus servicios.

El Laboratorio Clínico Arauco Ltda. de Chillán inicio sus servicios el año 1982 con la prestación de servicios de exámenes de laboratorio clínicos, presentando un crecimiento progresivo en los últimos seis años, tal situación ha involucrado un aumento importante en recursos tanto humano, financiero y tecnológico. El establecimiento dirige sus servicios a dos segmentos claramente definidos; uno es el paciente o usuario privado que incluye al público particular, de Isapres y Fonasa. El otro es el usuario del sector público, donde sus clientes son; Consultorios, Centro de Salud Familiar (CESFAM), Centro Comunitario Familiar (CECOF).

Este crecimiento, en especial en el área del sector público ha creado la necesidad de cumplir con ciertas exigencias que este segmento demanda, tal como, mejorar la confianza de los usuarios, garantizar una atención de excelencia y mejora continua en los procesos que se desarrollan en el Laboratorio, por esta razón se comienza un proceso de acreditación en salud, para lo cual el ámbito de Recurso Humano forma parte fundamental del proceso, su gestión organizacional y motivacional permitiría a los funcionarios un mayor compromiso, se busca promover un ambiente de trabajo eficiente y seguro de tal forma de contribuir a la satisfacción de los clientes del servicio.

1.3. Planteamiento del Problema

La necesidad de un recurso humano competente y la falta de controles eficientes de pueden llevar a una empresa a perder competitividad y por consiguiente al fracaso, es por esto que, se necesitan personas que tengan una cultura de servicio, que sean eficientes que tengan la preparación y certificación necesaria para realizar sus funciones con acciones y comportamiento adecuado y a su vez puedan desarrollar controles efectivos en sus actividades diarias y con ello asegurar un buen sistema de control de gestión de la organización.

Entre los posibles factores que influyen en esta problemática podemos mencionar: La falta de planificación que tiene como propósito fundamental utilizar los recursos con la mayor eficacia posible por lo que deben definirse objetivos, metas y programas que permitan orientar los recursos de acción, unido a estos se debe tomar en cuenta que los empleados deben estar motivados para lograr un mejor rendimiento, también debe de existir una excelente comunicación entre jefe y funcionarios.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, es de alta importancia para la institución acreditarse en calidad, debido al alto crecimiento de la industria y las exigencias del sector, lo que demanda mejorar el servicio y garantizar la calidad de la prestación a sus usuarios, siendo el recurso humano el pilar fundamental para lograr la acreditación.

El proceso de acreditación y las exigencias que son requeridas, permiten la obtención de un sello de calidad, que será exigido a contar del 1° de julio del 2014, fecha que se prorrogó al 1° de julio 2015 para aquellos que deseen otorgar prestaciones AUGE.

El Ex Superintendente de Salud, Luis Romero (2013), señaló que "es muy importante que todos los laboratorios del país se acrediten, ya que, al tener establecidos estándares y protocolos se minimizan los errores de procedimiento, garantizando a sus pacientes más seguridad y una mejor calidad en la atención".

Actualmente la organización no cuenta con una metodología que permita direccionar los sistemas de gestión hacia la acreditación en el ámbito de Recurso Humano, bajo los estándares definidos por el Ministerio de Salud, por lo cual la presente investigación busca otorgarle un diagnóstico a la institución y una propuesta metodológica en el ámbito de Recurso Humano del Laboratorio Clínico y contribuir a la gestión y competitividad en el área de Salud.

1.4. Objetivos

Para la presente investigación, se han definido los siguientes objetivos:

1.4.1. Objetivo General

Recopilar la metodología para el cumplimiento de la Acreditación en el Ámbito de Recurso Humano del Laboratorio Clínico Arauco Limitada de la Ciudad de Chillán.

Para lograr el cumplimiento del objetivo general se han definido los siguientes tres objetivos específicos.

1.4.1.1. Objetivos Específicos

1. Analizar el proceso general de acreditación en salud, las normas y estándares vigentes para los Laboratorios en Chile.
2. Elaborar un diagnóstico integral del ámbito de recurso humano del Laboratorio Arauco Limitada de la Ciudad de Chillán.
3. Definir las etapas de apoyo para dar cumplimiento en el ámbito de recurso humano institucional, para lograr la acreditación de calidad.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha contribuido a la conceptualización de lo que es un sistema de salud, en el cual integra tres objetivos. El objetivo principal es la salud, la cual es medida con el indicador Expectativa de Vida Ajustada por Discapacidad (EVAD), los otros dos son Capacidad de Respuesta a las Expectativas No Médicas y la Equidad o Justicia Financiera (Organización Mundial de la Salud OMS, 2000).

2.1. Desarrollo Histórico del Sistema de Salud

El sistema de salud en su aspecto formal comenzó su desarrollo a mediados de siglo XVI, como parte de las medidas de salubridad e iniciativas de atención caritativa hospitalaria de enfermos y necesitados (indigentes).

En complemento, la dimensión informal o comunitaria del sistema de salud es la medicina o atención de salud tradicional. Está estrechamente ligada a la historia y cultura de los pueblos, y su existencia no sólo es previa al desarrollo formal del sistema de salud, sino que mantiene una vigencia actual complementaria.

El desarrollo del sistema de salud ha sido paulatino, cotidiano y multidimensional. Sin embargo, para efectos de una descripción sintética, es posible identificar cinco períodos históricos en el desarrollo del sistema (formal) de salud, aunque hay sobreposición de elementos entre ellos:

2.1.1. Período de los Servicios de Salud Locales, 1552 – 1917.

Entre 1552 y 1886 se desarrollaron hospitales y servicios sanitarios de responsabilidad de autoridades locales. Desde el siglo XVI y hasta el siglo pasado, la atención y organización formal de salud se fue estructurando en forma paulatina, a través de varias instituciones públicas y privadas, en general de carácter filantrópico o de beneficencia. En 1886 se promulgó el Reglamento Orgánico de la Junta de Beneficencia, que permite ordenar las

organizaciones locales y los hospitales generales existentes. El año siguiente se creó la Junta Nacional de Salubridad, cuya misión era asesorar al gobierno en materias de salubridad y organizar nacionalmente los desarrollos locales. En 1892 estas funciones fueron asumidas por el Consejo de Higiene Pública.

2.1.2. Período de maduración del desarrollo social y del Sistema de Salud, 1917 – 1952.

Chile cuenta con una reconocida y larga historia de seguridad social con subsidios focalizados en los pobres y privados de empleo y condiciones sociales. En el transcurso del siglo XX emergieron importantes y pioneras medidas tendientes al desarrollo y seguridad social, incluyendo aspectos de salud. En 1917 se realizó un congreso nacional de todas las sociedades de beneficencia e instituciones previsionales y sectoriales que dieron mayor organización y estructuración al sistema previsional y asistencial de salud.

En 1924 se creó el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social y se estableció el Seguro Obrero Obligatorio (ley 4.054). La Caja de Seguro Obrero fue destinada a cubrir los riesgos de enfermedad invalidez, vejez y muerte. Posteriormente, surgieron varias leyes sobre el trabajo. En 1938 se dictó la Ley de Medicina Preventiva, pionera en su género a nivel internacional.

En 1942 se creó el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), que cubría al sector de empleados públicos y particulares.

El Colegio Médico de Chile se constituyó por Ley en el año 1948, destacando por su gravitación histórica en la formulación de las políticas de salud.

2.1.3. Período del Servicio Nacional de Salud y predominio de planificación central 1952 - 1973.

El Servicio Nacional de Salud (SNS) fue creado en 1952, unificando a diversos organismos públicos que prestaban servicios de salud, alcanzando una importante cobertura del sector asistencial del país. Sus prestaciones cubrían principalmente al sector obrero e indigentes.

Con menor cobertura se encontraban entidades previsionales y asistenciales en universidades, algunas empresas públicas, fuerzas armadas y policiales. El sector asistencial privado tenía una heterogénea y diseminada situación de desarrollo.

Desde 1964 se iniciaron reformas sociales que en salud destacaron por inversiones en centros asistenciales, formación y enrolamiento de personal y extensión de cobertura geográfica. El SNS se transformó en una empresa con 120.000 funcionarios, cuya red asistencial alcanzó una importante cobertura geográfica y poblacional.

En este período, la gestión política, económica y organizacional aplicada al sector salud tuvo una orientación predominante de planificación central.

Durante este período, la medicina estuvo estrechamente ligada al desarrollo social del país, incluyendo aspectos de liderazgo social y político. Al final del período, se encontraban médicos en la Presidencia de la República, el parlamento, municipalidades y otras relevantes entidades públicas.

2.1.4. Período del Gobierno Militar y reformas neoliberales, 1973 – 1990.

Las reformas del sistema global de salud, ocurridas en este lapso, reflejaron las políticas generales económicas y sociales del gobierno militar, destacando las reformas neoliberales que cambiaron el rol y la importancia del Estado y promovieron al sector privado.

Entre 1973 y 1980 hubo una disminución significativa del gasto social y del financiamiento al SNS, conservándose la misma modalidad de organización y funcionamiento previos, pero bajo régimen autoritario.

A partir de 1979 se reestructuró el sector estatal de salud. Se reorganizó al Ministerio de Salud y sus instituciones relacionadas y se creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) que rige actualmente (DL 2.763/1979)

La creación del régimen de prestaciones de salud mediante la denominada ley de salud, (ley 15.469, año 1985), fijó las características del modelo de financiamiento, previsión y atención de salud vigentes, destacando la libertad de optar por alternativas públicas o privadas en la previsión y atención de salud y contribución proporcional al ingreso en el sistema público.

Entre 1981 y 1986 se adoptaron iniciativas legales para la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y se concretó el traspaso de la administración de la mayoría de establecimientos de nivel primario a las municipalidades.

2.1.5. Período de gobiernos de la Concertación, 1990 en adelante.

Desde 1990, los gobiernos de la Concertación han asumido una responsabilidad gubernamental que en los primeros seis años ha consistido principalmente en la administración del sistema de salud heredado, se ha realizado un notorio incremento de inversiones apoyadas en préstamos internacionales y se han estudiado las propuestas de adecuación y reforma del sector.

Las orientaciones de las reformas propuestas se basan en aspectos relevantes como:

- Las políticas y planes nacionales, tanto económicas como sociales.
- La búsqueda de mejorar la gestión del sector público e incrementar el proceso de descentralización.
- La búsqueda de resolver la crisis del sector público de salud, y buscar un balance público privado en este sector mixto.

- La adaptación del sistema a las necesidades de salud de la población, y al resguardo de sus intereses de los diferentes grupos de la población al acceso al sistema.

El gobierno de la Concertación, sintetiza sus prioridades de acción en los criterios de equidad, participación y solidaridad.

En general, el sistema global de salud vigente mantiene básicamente las mismas características del modelo, financiamiento, organización y funcionamiento del modo en que fueron estructurados en el período militar precedente, especialmente en lo que se refiere a:

- Lo estipulado al régimen de prestaciones (ley de salud).
- La configuración legal-normativa del SNSS
- El financiamiento fiscal al sistema público
- El modo de administración municipal
- La legislación de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE).
- La aplicación del seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

Algunos cambios parciales se han procurado con modificaciones a la Ley de ISAPRE (1990) y el Estatuto de la Atención Primaria (1995). En 1993, el Colegio Médico convocó a la comunidad nacional y sus principales actores, a un debate nacional en torno a un Proyecto de Salud para Chile. Distintas comisiones analizaron once propuestas principales. En esa etapa se consideró que el debate recién comenzaba, pero su consecución aún no se ha concretado suficientemente y el desafío aún está pendiente (Gnecco G., 2011).

2.2. El Concepto de Reforma del Sector Salud y sus principales condicionantes

Las reformas de salud en América Latina fueron promovidas en muchos países como parte de una reforma general o proceso de modernización del Estado, así como, por la influencia de organismos financieros internacionales. En unos pocos casos las reformas fueron circunscritas a la revisión del sistema de salud.

A fines del decenio de los años 90 la mayoría de los países latinoamericanos estaban en la etapa de diseño o en la primera fase de implementación de la reforma, en una minoría de países la implementación estaba avanzada y en unos pocos ya se estaba discutiendo o se había implantado una “segunda” generación de reformas (Infante, Mata y López, 2000). En 2003 al 2005, Chile entró en la tercera generación de reformas aunque con diferencias importantes, la mayoría de las reformas ha tenido los objetivos siguientes, en todo o en parte:

- Descentralizar y desmonopolizar la provisión de servicios por los subsectores público y de seguro social, a través de múltiples aseguradoras y/o proveedoras, con un papel crucial del subsector privado y mayor independencia o autogestión de los hospitales;
- Separar las funciones de rectoría/regulación, aseguramiento o gestión, financiamiento y provisión;
- Introducir la libertad de elección del proveedor por el asegurado o usuario;
- Ampliar la cobertura, extender la atención primaria a través de un paquete básico de prestaciones y mejorar la calidad de los servicios;
- Promover la equidad, reasignando recursos para reducir la brecha entre las regiones y municipios y focalizar los subsidios fiscales en los pobres;
- Aumentar la eficiencia, así como la autonomía y rendición de cuentas del sistema de salud, especialmente de los hospitales;
- Cambiar el financiamiento tradicional desde el presupuesto fijo hacia reembolsos por la provisión de servicios, de subsidios a la oferta hacia subsidios a la demanda;
- Reducir el gasto público y recuperar costos a través de copagos y cuotas de uso,
- Promover una mayor participación y control social.

Chile ha vivido desde el punto de vista conceptual y de organización dos procesos de reforma, previos al actual:

- **La Reforma de 1952**, que culminó con la creación del Servicio Nacional de Salud, y se relacionó con la fundación del Colegio Médico de Chile y la dictación del Estatuto Médico Funcionario (Ley 15.076).
- **La Reforma de los años 80**, que en lo esencial, en el marco de redefinición del rol del Estado, creó las ISAPRES, determinando una brusca disminución de los ingresos del

Sector Público. En la misma perspectiva, inició la fragmentación de la red asistencial con el paso de la Atención Primaria a las Corporaciones Municipales, es decir la Municipalización de la Atención Primaria. Las consecuencias de estos cambios significaron un grave deterioro del Sistema de Salud de nuestro país, del cual aún no se repone.

2.2.1. ¿Era necesaria una Reforma del Sector Salud?

Con dos sistemas que no conversan entre ellos, público y privado, con lógicas distintas y dedicados a poblaciones distintas. Con usuarios descontentos por razones distintas, pero descontentos. Y tenemos ante los mismos problemas que obligan a países de distinto nivel de desarrollo a reformar sus sistemas de salud:

- Población envejeciendo,
- Aumento de morbilidad crónica,
- Costo creciente de las intervenciones médicas,
- Competencia de los recursos de salud con otros requerimientos alternativos del modelo económico y social.
- Presión mediática

Es crucial entonces, enfrentar las inequidades sociales, partiendo por las de salud, que son aún muy grandes. Mientras en algunas comunas del país, como Vitacura, por ejemplo, la Mortalidad Infantil es inferior a 5 por 1.000 nacidos vivos, en otras, como en Lota, por ejemplo, las cifras aún son cercanas a 30 por 1.000 nacidos vivos (Gnecco G.,2011).

Los promedios esconden realidades muy distintas. Finalmente, los Servicios de Salud no sólo son instrumentos para alcanzar mejores condiciones de salud. También son fines en sí mismo que representan la protección que anhelan los ciudadanos en sus momentos de mayor necesidad, para lo cual, es imprescindible priorizar.

Nuestro país vive un período de reforma en su sistema de salud que busca lograr una mejor salud para todos los chilenos, garantizando igualdad de derechos e implementando políticas

basadas en la equidad, solidaridad, efectividad técnica, eficiencia en el uso de los recursos y participación social en la formulación, puesta en marcha y evaluación de políticas y programas sectoriales.

Son objetivos declarados del proceso de reforma de salud chileno los siguientes:

- Mejorar la salud de la población, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad.
- Reducir las desigualdades en salud
- Mejorar la salud de los grupos menos favorecidos de la sociedad (Gnecco G., 2011).

Arredondo A. (2002) describe que el proceso de reforma a la salud chilena se intensifica a partir del año 2000 cuando se establece la Comisión de Estudios de la Reforma y el Presidente de la República se compromete a presentar un conjunto de cinco proyectos legislativos al Congreso Nacional, enviados a discusión parlamentaria en mayo de 2002 a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) cuyos contenidos fueron los siguientes:

- **Derechos y Deberes del paciente/usuario:** Regula sobre los derechos y deberes que las personas tienen en acciones vinculadas con la salud, aplicables a cualquier tipo de prestadores, sean éstos privados o públicos: toda persona tiene derecho a recibir atención en salud del prestador en salud y a no sufrir discriminaciones arbitrarias en su entrega, la persona tiene además una responsabilidad que debe asumir al momento de solicitar y recibir atención de salud por parte de un prestador determinado, debiendo respetar la normativa de prevención vigente y las instrucciones impartidas por la autoridad sanitaria correspondiente.
- **Financiamiento:** Considera el incremento del Impuesto al Valor Agregado (IVA) y de impuestos específicos destinados a financiar principalmente el Plan de Salud con Garantías Explícitas (GES), para todos los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Dicho régimen se reconoció como el de “Garantías Explícitas en Salud” (GES) conocido originalmente como AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas).
- **Autoridad Sanitaria y Gestión:** Fortalece las potestades de conducción sanitaria del Ministerio de Salud, así como las de regulación y fiscalización, las que entrega a

organismos especializados. Crea nuevos instrumentos para una mejor gestión de la Red Asistencial y otorga mayores atribuciones para los directivos de los establecimientos e incentivos financieros para el personal.

- **Ley de Isapres:** El proyecto de Modificaciones a la Ley de Isapres se separó en dos proyectos, y se tramitó con suma urgencia las disposiciones relativas a la creación de un régimen especial de supervigilancia y control, conocido tras su aprobación como la Ley “Corta” de Isapres. También forma parte de la Ley de Isapres lo relacionado con los reajustes de precios de los planes de salud; la elaboración de aranceles o catálogos valorizados de prestaciones; la difusión de información por parte de la Superintendencia, así como acceso a información de prestadores en convenio y el registro de agentes de venta.
- **Régimen de Garantías en Salud:** Establece, entre otras materias, un plan de salud de carácter obligatorio para FONASA y las Instituciones de Salud Provisional (ISAPRES) y considera el financiamiento público para los ciudadanos carentes de ingresos o indigentes. El cual se explica a través de la siguiente figura.

Figura N°1: Modelo Garantizado Ges



Fuente: Elaboración Propia

Estos cinco proyectos, constituyen la base jurídica de la Reforma en salud. Sin embargo, el proyecto que mayor controversia e interés ha provocado en la opinión pública y en los medios ilustrados, ha sido el del Sistema de Garantías en Salud (GES) más conocido por su sigla preliminar AUGÉ.

Rogelio Altisent (2010) refiere, que los servicios de atención a la salud han experimentado en todo el mundo importantes cambios organizativos, permitiendo el acceso de un mayor número de personas a unas prestaciones en continuo crecimiento, intentando dar cumplimiento al derecho humano fundamental a recibir protección para la salud. La magnitud de los recursos y la trascendencia de los intereses en juego han contribuido a que la Calidad Asistencial (CA) se vaya consolidando como ineludible objeto de estudio y aplicación en las instituciones sanitarias, ya sean públicas o privadas.

El objetivo no es tanto alcanzar un nivel estático de calidad, sino lograr un proceso que permita una mejora continuada. Para ello se realizan mediciones, basadas en evidencias e indicadores (hechos y datos), estableciendo comparaciones con criterios considerados como equivalentes de buena práctica (estándares de calidad).

2.3. Origen de la Acreditación en Salud

La American Society for Quality Control define la calidad como "la totalidad de propiedades y características de un producto o servicio que influyen en su habilidad de satisfacer necesidades explícitas". Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations, (2014) menciona que el proceso de mejora continua, es un concepto del siglo XX que pretende mejorar los productos, servicios y procesos. Pero como el pasado permite el presente, la historia desde los Fenicios muestra la preocupación por establecer normas y leyes que permitieron el control de la calidad de sus productos comerciales. En el siglo XIII los Gremios establecen el Control de Calidad de las obras de los artesanos. Ello les aseguraba, de alguna manera, la mayor venta de sus productos y prestigio. Florence Nightingale, establece las bases para programas de garantía de calidad ya que fue innovadora en la recolección, tabulación, interpretación y presentación gráfica de las estadísticas descriptivas; mostró como la estadística proporciona un marco de organización para controlar, aprender y poder llevar mejoramientos en las prácticas quirúrgicas y médicas. También desarrolló una Fórmula de Modelo de Estadística Hospitalaria para que los hospitales recolectaran y generaran datos estadísticas consistentes (Gnecco G., 2011).

Iniciando lo que hoy denominamos gestión del cuidado, (Diploma Gestión de la Calidad para Gestión del Cuidado, Universidad de Chile, 2013) es tan antiguo como la práctica del cuidado de los enfermos, solo que se ha ido estructurando como una función indispensable en el quehacer diario de las organizaciones de salud, cuyo objetivo central es dar salud y satisfacción a sus usuarios. A lo largo del tiempo, su relevancia ha sido largamente discutida, en tanto requiere que se conjuguen en ella aspectos como, la formación profesional de quienes cuidan, la regulación vigente que establece lo que se debe cumplir en término de estándares de calidad en pro de la excelencia de los servicios que se otorgan y el manejo ético profesional, además de la incorporación progresiva de la evidencia científica disponible. Es esta conjugación de saberes la que le confiere a la gestión del cuidado la importancia que hoy tiene o debería tener en el ámbito de la salud, especialmente porque enfoca su acción en las personas; en su salud, integridad, dignidad y autonomía.

La industria fue líder en el trabajo de mejora continua, y la implementación de procesos más productivos, eficaces y eficientes, Henry Ford, crea la Cadena de montaje móvil, producción en masa de productos de gran tecnología, a bajo costo. Logra productos de buena calidad, en menos tiempo y a menor costo. En el entorno de una cadena de producción, el operario ya no tiene la oportunidad de hacer las correcciones manuales correspondientes a una pieza o componente que no se ajuste a las especificaciones, ya que, esto supondría bloquear el funcionamiento de la cadena. Al implantarse la cadena de producción, aparece el primer problema de calidad. Es imprescindible que las piezas producidas estén conformes con su especificación, de otro modo, no es posible su montaje en el aparato o dispositivo correspondiente en la cadena de producción, lo que obliga a realizar un reproceso posterior de la pieza defectuosa o a desecharla directamente como chatarra, lo que se traduce en el incremento del costo del producto. Como medidas innovadoras duplicó el salario por hora de los trabajadores y redujo en una hora el día de trabajo, a pesar de que el Wall Street Journal consideró que este plan era un "crimen económico".

El Ciclo de Shewart o Ciclo Deming, fue desarrollado por W. A. Shewart entre 1930 y 1940 para organizar el trabajo y seguimiento de proyectos. En 1950 el japonés E. Deming lo

introduce como una alternativa de mejora continua de la calidad sobre los procesos, también conocido como el Ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act (Planificar, Hacer, Verificar, Actuar).

- La etapa del PLAN implica estudiar un proceso, recolectando los datos necesarios y evaluando los resultados.
- En la etapa del HACER, el plan se ejecuta en pequeña escala o mediante simulación.
- En la etapa tercera CHEQUEAR, el equipo chequea, revisa y verifica los resultados.
- En base a estos resultados la etapa siguiente es ACTUAR para implementar los cambios en el proceso (Gnecco Gilda, 2011).

Uno de los grandes maestros de la calidad asistencial es Avedis Donabedian (1980), aporta un extenso y profundo análisis de los componentes de la Calidad de la Atención, describió cuatro componentes:

- El manejo técnico de la salud y de la enfermedad.
- La relación interpersonal entre los proveedores de la atención y de éstos con los usuarios o clientes.
- Los principios éticos que regulan la atención de salud.
- La importancia del costo en calidad.

Una vez que se reduce el costo de lo que se desperdicia o de lo que se maneja inadecuadamente, significa un mejoramiento.

Establece las diferencias entre el modelo tradicional de atención y el de calidad. Caracteriza el proceso de producción de los Servicios de Salud en tres elementos:

- **La estructura:** equipo físico, tecnología, documentos normativos, recursos humanos, financieros, jurídicos y políticos.
- **El proceso:** mecanismos involucrados en la producción de servicios, y
- **El resultado:** lo que constituye un aporte relevante para el proceso de evaluación y monitoreo de la calidad.

Según Donabedian (1988), Edwards Deming fue uno de los consultores que logró la revolución en la industria Japonesa, luego de la segunda guerra mundial, llevándola a lograr un aumento, sin precedentes, de calidad y productividad creando los fundamentos teóricos para una gestión de calidad. Establece los 14 puntos de Deming, que se explicitan a continuación:

1. Crear un compromiso con el propósito de lograr el mejoramiento continuo del producto o servicio.
2. Adoptar la nueva filosofía en todos los aspectos del trabajo.
3. Eliminar la dependencia de la inspección para lograr calidad.
4. Dejar de pensar sólo en el costo.
5. Mejora continua de cada proceso de planificación, producción y servicio.
6. Establecer métodos de formación moderna en todos los trabajos, incluyendo la gestión.
7. Adoptar un estilo de liderazgo que le permita a la gente trabajar mejor.
8. Alejar el miedo de la organización.
9. Romper barreras entre Departamentos y estamentos.
10. Eliminar eslóganes innecesarios.
11. Eliminar metas numéricas para los trabajadores.
12. Eliminar barreras que impidan que los trabajadores se sientan orgullosos de su trabajo.
13. Implementar un programa de formación y automejora.
14. Poner a todo el mundo a trabajar en la transformación de la organización.

La Organización Panamericana de la Salud (2009) refiere que la planificación sanitaria es un conjunto de procesos cuyo propósito es adecuar, de un modo consistente, los medios disponibles para lograr los objetivos de salud que se persiguen, tomando en cuenta para ello las circunstancias (sobre todo económicas, sociales, políticas y de lugar y tiempo) que concurren o que previsiblemente pueden concurrir. En general, el ciclo de la planificación sanitaria incluye:

- Identificar necesidades y problemas.
- Priorizar estrategias, objetivos y acciones.

- Difundir información y hacer abogacía por el cambio.
- Movilizar recursos y capacidades.
- Evaluar la efectividad de las acciones.
- Reevaluar necesidades.

La Calidad y Mejora Continua ha avanzado en todos los ámbitos y el Laboratorio Clínico es una de las áreas donde poco a poco, se ha implementado este sistema en el Estudio “Aviso de Alerta por parte del Laboratorio Clínico de una red de Salud Universitaria”, 2009, se dan a conocer que un "valor de alerta" (VA) o crítico se define como un resultado de laboratorio tan alejado de lo normal, que constituye una amenaza para la vida, a menos que se inicien acciones correctivas inmediatas. El concepto fue acuñado en la década de 1970 por Lundberg, quien identificó la importancia del reconocimiento de estos VA por parte del personal del laboratorio y de su aviso oportuno al médico tratante. Luego de esta primera publicación, este concepto fue adoptado primero en Estados Unidos de Norteamérica (EE.UU.) como un requisito por parte del Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA '88) y posteriormente por parte de diferentes entidades como el College of American Pathologists (CAP) y la Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations (JCAHO). De hecho, este tema ha adquirido especial relevancia, después de que esta última entidad divulgara las National Patient Safety Goals el año 2006, en que no sólo hace de este procedimiento un deber para los laboratorios clínicos, sino que también, lo extiende a otras áreas de diagnóstico como radiología, electrocardiografía, etc. exigiendo además que el proceso sea monitorizado para demostrar mejoras en la rapidez del aviso.

2.4. Acreditación en Salud

La gestión del sistema de acreditación es un proceso complejo, las instituciones se someten voluntariamente a este proceso, solo es obligatoria para prestadores institucionales autorizados que resuelven patologías GES. Para comprender mejor este proceso vamos a explicar algunos conceptos.

En Medicina, así como en otras disciplinas, calidad se asocia a excelencia en el conocimiento, perfección de un proceso u obtención de buenos resultados. En actividades que involucran la prestación de un servicio a las personas, calidad se entiende como “hacer bien las cosas”, teniendo implícitos conceptos como excelencia técnica, decisiones adecuadas y oportunas, fluidez en las comunicaciones con el paciente y su familia, eficiencia, seguridad, etc. Según define el Instituto de Medicina de la Academia de Ciencias de los Estados Unidos de Norteamérica, calidad en salud es “el grado en que los prestadores de salud aumentan la probabilidad de obtener resultados deseados y éstos son consistentes con el conocimiento de la medicina actual”, Según Guzmán Ana María, Sánchez T., De la Barra R. (2011) en el artículo Implementación de 9 indicadores de calidad en un Laboratorio Hospitalario.

2.4.1. Conceptualización de Acreditación

La acreditación es un proceso voluntario, mediante el cual una organización es capaz de medir la calidad de sus servicios o productos, y el rendimiento de los mismos frente a estándares reconocidos a nivel nacional o internacional. El proceso de acreditación implica la autoevaluación de la organización, así como una evaluación en detalle por un equipo de expertos externos (Accreditation Association for Ambulatory Health Care, 2013).

A nivel internacional la Joint Commission (2010) plantea como misión trabajar para mejorar la seguridad y la calidad de la atención de la salud en la comunidad internacional, al ofrecer educación, publicaciones, servicios de asesoría, acreditación y certificación internacional. En más de 100 países, JCI colabora con hospitales, clínicas y centros médicos académicos; sistemas y agencias de salud; ministerios gubernamentales; instituciones educativas y defensorías internacionales para promover rigurosos estándares de atención y proporcionar soluciones para lograr el máximo rendimiento.

Bueno et al. (2002) defienden la puesta en práctica del concepto de calidad en el contexto de la salud, descubriendo qué requisitos deben reunir los servicios proporcionados en los centros de atención para producir bienestar al usuario, así como quién debe responder a ello. Estos autores señalan que durante los últimos años ha habido un cambio en el abordaje de este tema.

Por un lado, es habitual que sean los profesionales sanitarios los que decidan, sobre la base de su experiencia y conocimientos, qué es lo mejor para el paciente; incluso todavía un gran número de profesionales considera que sólo con actuar de acuerdo con las normas y estándares científico-técnicos de su profesión, se puede ofrecer un servicio de calidad en el sentido más amplio. No obstante, el carácter técnico es sólo una de las dimensiones de la calidad, necesaria pero no suficiente, para satisfacer las expectativas y necesidades de los pacientes (Bueno J., Gascon J., Saturno P. 2002).

En consecuencia, es esencial que la gestión sanitaria dirija sus mejoras en el ámbito de la calidad de servicio; desde el conocimiento, entendimiento y aceptación del punto de vista del usuario. Así, no es de extrañar que sean cada vez más frecuentes las experiencias destinadas a incorporar la perspectiva del usuario a la hora de definir y evaluar la calidad de la asistencia sanitaria (Palacio F., Marquet R., Oliber A., Castro P., Bel M., y Piñol J. 2013). En el contexto de las reformas al sistema de salud, la visión del usuario es aceptada como información necesaria para la gestión y se apunta a una aplicación personalizada de las prioridades individuales. La definición del dominio y la medición de la calidad del servicio han tenido un largo recorrido, con avances habilitados generalmente a través de encuestas de satisfacción al paciente, primero sobre mediciones globales y después sobre elementos del servicio (Riveros J., Berné C., Mùgica J., 2010).

En relación a los centros de salud, la Ley N° 19.937 de Autoridad Sanitaria, publicada en el Diario Oficial del 24 de febrero de 2004, al modificar el Artículo 4° del Decreto ley N° 2.763, de 1979, estableció, en su nuevo numeral 12, la función y potestad del Ministerio de Salud de *"establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar"*.

Actualmente, la Ley de Garantías Explicitas en Salud (GES), otorga a la población no sólo la oportunidad y el financiamiento de la atención en determinadas patologías, sino también debiera garantizar la calidad tanto de los profesionales como de las instalaciones en las que se lleva a cabo la atención (De Aretxabala X., 2008).

2.4.2. Acreditación en Instituciones de Salud

El Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile en su artículo “El Tiempo de la Calidad en Salud” (2011), deja en manifiesto que en el marco de la reforma sanitaria y con el respaldo de la normativa vigente, se ha comenzado a avanzar por el camino de garantizar una mejor y más segura atención a los usuarios de nuestro sistema sanitario, poniendo el énfasis en la calidad de los procesos de la práctica sanitaria, la gestión de las redes asistenciales y la seguridad de las instalaciones que prestan atención de salud.

Existen importantes herramientas contempladas en la ley para garantizar la calidad de la atención de los prestadores de salud: la Autorización Sanitaria, cuyo objetivo es, que los establecimientos cumplan con requisitos de estructura (organización, procedimientos, e infraestructura) y la acreditación cuyo énfasis esta puesto sobre los procesos relacionados con la calidad de la atención mediante la evaluación del cumplimiento de los niveles mínimos de seguridad establecidos en la ley.

Es de destacar, que las razones que llevaron inicialmente a la primera formulación histórica sobre criterios de acreditación de hospitales según el Colegio Americano de Cirujanos (2007) fue la de regular la práctica en un sector que como el sanitario, estaba en proceso de expansión y necesitaba mecanismos que promovieran altos niveles de calidad en la atención a los pacientes.

Pronto lo que fue en origen una preocupación de las organizaciones profesionales por la calidad y el rigor, experimentó un proceso de rápido crecimiento que hizo posible su consolidación como una actividad sólida y prestigiosa dentro del sector sanitario americano. La acreditación de Hospitales proviene de los EEUU donde se acredita hospitales desde 1919. En 1951 se creó una institución destinada a la Acreditación de hospitales, la Joint Commission on Accreditation of Hospitals, cuyo nombre ha sido cambiado hace algunos años por el de Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), para demostrar su

evolución, que ha ido desde la acreditación de hospitales a la acreditación de todo tipo de centros sanitarios (García Emilio, 2007).

El objetivo de la acreditación es, velar que las prestaciones que se otorgan revistan la calidad necesaria para resguardar la seguridad de los usuarios, para lo cual se crean estándares de acreditación.

Las siglas EFQM constituyen el acrónimo en inglés de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (European Foundation for Quality Management) que es una “organización sin ánimo de lucro creada en 1988 por 14 importantes empresas europeas”, Naylor G. (1999) refiere que la razón de ser de esta organización, es ser la “fuerza de excelencia en las organizaciones europeas de manera sostenida”. Su visión, sería conseguir “un mundo en que las organizaciones europeas sobresalgan por su excelencia”. En España la EFQM está representada oficialmente por el Club Excelencia en la Gestión, una organización sin ánimo de lucro creada en 1991 por 21 empresas españolas.

2.4.3. Estándares de Acreditación

El marco legal (DFL N°1/2005 MINSAL, Art. 4° N°11) estipula lo siguiente: “Establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios. Dichos estándares se fijarán de acuerdo al tipo de establecimiento y a los niveles de complejidad de las prestaciones, y serán iguales para el sector público y el privado. Deberá fijar estándares respecto de condiciones sanitarias, seguridad de instalaciones y equipos, aplicación de técnicas y tecnologías, cumplimiento de protocolos de atención, competencias de los recursos humanos, y en toda otra materia que incida en la seguridad de las prestaciones:”

Dentro del marco reglamentario (Art. 2° DS N° 15/2007 MINSAL) define lo siguiente: “Estándar de Calidad: norma establecida por decreto del Ministerio de Salud dictado bajo la fórmula “Por orden del Presidente de la República”, en cumplimiento de lo dispuesto en el

numeral 11 del artículo 4° del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, con el objetivo de garantizar que las prestaciones otorgadas por los prestadores institucionales alcancen la calidad requerida para la seguridad de sus usuarios”, donde “Se establecerán estándares generales para los distintos tipos de establecimientos y específicos para determinadas prestaciones o grupos de prestaciones. Los primeros se aplicarán a la totalidad del establecimiento en cuanto a su funcionamiento General como tal, en los específicos regirán prestaciones determinadas” (Art. 6° DS N° 15/2007 MINSAL):

- Estándares Generales de Acreditación para atención cerrada (hospitalización) y Estándares Generales de Acreditación para atención abierta (atención ambulatoria) se aplican a la totalidad del establecimiento considerando su funcionamiento general. Constituye requisito para los estándares específicos.
- Estándares Específicos: se aplican para determinadas prestaciones o grupos de prestaciones.

2.4.3.1. Desagregación del Estándar

El Estándar se descompone de la siguiente manera:

- Ámbitos del Estándar de Calidad: son los grandes temas que se evalúan en la acreditación de un prestador, y contienen en su definición los alcances de política y el deber ser al que aspira para el otorgamiento de una atención de salud que cumpla condiciones mínimas de seguridad.
- Componentes de cada Ámbito: constituyen el primer nivel de desagregación del ámbito y proveen una orientación más fina de las variables a evaluar. Son definiciones de aspectos más operacionales que contribuyen a cumplir con la intención del ámbito.
- Características de cada Componente: Desagregan los componentes en espacios menores de análisis y evaluación específicamente el requerimiento de política institucional que se pretende medir.

- La verificación de su cumplimiento: considera elementos y puntos de constatación, ambos tienen distintos niveles de complejidad y exigencia establecidos de acuerdo a la naturaleza de cada característica.
- Elementos Medibles: son los requisitos, hechos específicos que se deben verificar para calificar el cumplimiento de cada característica.

2.4.4. Rol de las Instituciones encargadas de acreditación en salud

En la tabla N°1, se muestran las funciones de las entidades encargadas del proceso de la acreditación en salud en Chile.

Tabla N° 1: Rol de las Instituciones de Salud

Ministerio de Salud (Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente)	Superintendencia de Salud (Intendencia de Prestadores)
– Elaboración de: – Estándares Generales de Acreditación – Estándares de Apoyo – Estándares Específicos para el GES – Tramitación de decreto en Contraloría General de la República y publicación en el Diario Oficial	– Gestionar el sistema de acreditación – Fiscalizar a las entidades acreditadoras – Fiscalizar a los prestadores institucionales acreditados para el mantenimiento del cumplimiento de los estándares – Mantener registros públicos – Imponer sanciones de acuerdo a lo establecido en la ley

Fuente: Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente, Minsal

El cuadro anterior detalla las funciones específicas de los administradores del sistema de acreditación, siendo competencia del Ministerio de Salud, específicamente departamento de calidad y seguridad del paciente la elaboración de los estándares generales, apoyo y específicos para el GES, además de la tramitación de los decretos y publicación en diario oficial y el rol de la Superintendencia de Salud es gestionar, fiscalizar, mantener registros públicos e imponer sanciones de acuerdo a lo establecido en la ley.

2.4.5. Características de la Acreditación

Dentro de las características que emana del proceso de acreditación podemos mencionar

las siguientes:

- Es un proceso de evaluación externo y periódico, que es voluntario mientras no entre en vigencia la garantía de calidad.
- Los estándares se fijan de acuerdo al tipo de establecimiento y a los niveles de complejidad de las prestaciones.
- Los estándares y el proceso de acreditación es igual para el sector público y el privado.
- Garantiza que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios.
- Las Instituciones deben someterse al proceso cada 3 años
- Es pagada
- Los resultados de la acreditación pueden ser: Acreditado, Acreditado con observaciones y no acreditado.

2.4.6. Porque las Instituciones de Salud deben Acreditarse

Dentro de las ventajas importantes que debemos mencionar por qué las instituciones de salud deciden acreditarse encontramos las siguientes:

- Será exigible una vez que la garantía de calidad entre en vigencia los sistemas de certificación, acreditación y Registro de la Superintendencia de Salud.
- Forma parte del Proceso de Mejoría Continua de la Calidad
- Permite otorgar GES cuando la garantía de calidad entre en vigencia.
- Los hospitales autogestionados deberán ser acreditados por exigencia de la ley de Autoridad Sanitaria.

2.4.7. Proceso de Autoevaluación

Con el propósito de acompañar a los establecimientos en el proceso de acreditación, el Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud, ha elaborado dos instrumentos relacionados con este proceso:

- Guía para la implementación de la Acreditación: Hace recomendaciones acerca de las acciones que debe desarrollar la institución durante la etapa de preparación para la evaluación, incluyendo la constitución y funcionamiento de equipos de trabajo.
- Instrumento de autoevaluación: instrumento basado en la metodología utilizada en los manuales de estándares generales de acreditación. La Autoevaluación permite tener un diagnóstico sobre las fortalezas, debilidades, aciertos, desviaciones, eficiencia, eficacia y mejoras de los sistemas de la institución.

El Ministerio de Salud además realiza un acompañamiento desde el nivel central, estableciendo un equipo de apoyo al proceso.

2.4.8. Aspectos importantes en la Acreditación

- Es voluntaria, la acreditación no puede ser impuesta ni una condición para que una organización pueda funcionar. Parte del interés propio de la directiva de la organización que se preocupa por trabajar de acuerdo a los mejores estándares internacionales (o nacionales).
- Es completa, la acreditación debe darse en todas las áreas o servicios de una organización. Por ejemplo en una acreditación en salud tendría poco sentido acreditar el centro quirúrgico y no acreditar la hospitalización, puesto que significaría que las intervenciones quirúrgicas serían impecables, pero el paciente podría sufrir eventos adversos durante la hospitalización posterior.
- Las organizaciones acreditadoras deben a su vez estar acreditadas. Es decir, debe existir una entidad que acredita a la acreditadoras, cuya función le compete a la superintendencia.
- Experiencia enriquecedora, la acreditación debe ser un proceso a través del cual la organización que busca acreditarse viva un proceso de aprendizaje.
- Los expertos en acreditación deben ser personas altamente calificadas con amplia experiencia.
- Se podría comparar la certificación de gestión de calidad ISO 9001:2008 con una acreditación de establecimientos de salud en que se debe cumplir con la reglamentación de documentar los procesos que son exigidos, dentro de estos procedimientos obligatorios

de la norma podemos mencionar: Control de Documentos, Control de Registro, Acciones Correctivas, Producto no Conforme, Acciones Preventivas, Reclamos de Clientes, y Auditorías Internas para dar evidencia de la conformidad del SGC. Para la certificación la organización de salud deberá cumplir con lo indicado en las normas ISO 9001:2008. Mientras que la acreditación requerirá lo mismo pero adicionalmente requerirá medir los resultados, por ejemplo la tasa de complicaciones en cirugía, compararlos con la tasa de otras organizaciones y de ser necesario mejorar los procesos de acuerdo a las mejores prácticas.

2.4.9. Acreditación Internacional de Salud

La Joint Commission International (JCI) es la agencia americana de Acreditación. Es una organización no gubernamental, independiente y sin ánimo de lucro que acredita a más de 20.000 organizaciones en Estados Unidos. Estas organizaciones son hospitales, servicios a domicilio, servicios ambulatorios, sanidad mental, servicios de asilos, laboratorios y sistemas de salud.

Este modelo de Acreditación Internacional nace en 1951 como un modelo que establece programas de buenas prácticas en hospitales. Posteriormente en 1987 se establece el sistema de medida de indicadores, establecimiento de estándares basados en los buenos procesos y la evaluación enfocada en dichos procesos, publicándose con posterioridad (1994) los reportes de cómo funcionan los procesos en las organizaciones que fueron acreditadas con el modelo JCI.

La acreditación de internacional, es una variedad de iniciativas elaboradas para responder a la creciente demanda existente en todo el mundo de una evaluación de la atención sanitaria basada en estándares. El propósito es ofrecer a la comunidad internacional procesos objetivos basados en estándares para la evaluación de las organizaciones sanitarias. El objetivo del programa es estimular la demostración de mejoras constantes y sostenidas en las organizaciones sanitarias, mediante la aplicación de estándares internacionales generalizados.

2.4.9.1. Ventajas de una Acreditación Internacional de Salud

De acuerdo a lo definido las ventajas de una acreditación internacional sobre una nacional o local son las siguientes:

- Experiencia, una entidad internacional utilizará parámetros internacionales para establecer los requerimientos de cada entidad, por lo que el resultado será de muy alta calidad.
- Expertos, la experiencia internacional permitirá que los peritos den las mejores recomendaciones durante el proceso de acreditación.
- Las entidades acreditadoras internacionales por lo general están acreditadas, lo que significa que ofrecen una alta calidad en sus servicios.

2.4.9.2. Entidades Acreditadoras Internacionales

Dentro de las principales entidades de acreditación internacional es posible mencionar las siguientes:

- Accreditation Association for Ambulatory Health Care
- Accreditation Canada
- Joint Commission International
- Det Norske Veritas
- Kooperation fuer Transparenz und Qualitaet im Gesundheitswesen
- The Australian Council on Healthcare Standards
- QHA Trent

2.4.10. Requisitos para la Acreditación en Salud

Para iniciar los procesos de acreditación en salud se deben cumplir con las siguientes exigencias:

- Autorización sanitaria vigente, lo que garantiza que los requisitos estructurales de la calidad se cumplan.

- Haber realizado un proceso de Autoevaluación en los 12 meses previos a la solicitud.
- Presentar solicitud de acreditación ante la Intendencia de Prestadores.

Autorización Sanitaria: Permiso formal otorgado por la Autoridad Sanitaria Regional que autoriza instalación y funcionamiento (ampliación, modificación o traslado) de un determinado establecimiento de salud. Donde los reglamentos sobre Autorización Sanitaria de Establecimientos de Salud son:

- DS 161 / 82 de Hospitales y Clínicas
- DS 283 / 97 Salas de Procedimientos y Pabellones de Cirugía menor
- Centros de Diálisis
- Laboratorios Clínicos (Decreto 433 , 1993)
- Atención Siquiátrica Cerrada
- Prestadores Institucionales de Atención Abierta
- Prestadores Institucionales de Atención Cerrada

Autoevaluación:

- Proceso de evaluación de actividades de mejora continúa de calidad en la atención de salud que realiza el prestador que desea acreditarse.
- Debe ser realizado por el prestador que solicita la acreditación.
- Involucra la globalidad de los principales procesos y en especial por los cuales será acreditado.
- Su formato y contenidos mínimos están regulados por la Circular IP N° 9, de 3 de Septiembre de 2010, de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud. (www.supersalud.gob.cl)

Solicitud de Acreditación:

- Representante legal del prestador institucional presenta la solicitud ante la Intendencia de Prestadores.
- En el formulario físico o electrónico establecido debe indicarse claramente el o los Estándares por las cuales solicitan acreditación.
- Se debe adjuntar copia de la autorización sanitaria y del informe de su proceso de

autoevaluación que debe haber concluido 12 meses previos a la acreditación. Además se envía la solicitud on line y en papel por oficina de Partes y debe estar firmada por el Representante Legal.

El proceso de de acreditación se explica a través de la siguiente figura.

Figura N° 2: El Proceso de Acreditación en Salud



Fuente: Elaboración propia

2.4.11. Estándares Vigentes de Acreditación

El Ministerio de Salud establece los siguientes estándares según las características del prestador:

- Atención Cerrada
- Atención Abierta
- Atención Psiquiátrica
- Centros de Diálisis
- Servicios de Esterilización
- Laboratorios Clínicos

- Servicios de Imagenología
- Radioterapia
- Quimioterapia

2.4.11.1. Estándar de Laboratorios Clínicos para el proceso de acreditación

Se encuentra conformados por:

- Características Totales :30
- Características Obligatorias : 8
- Para Acreditar : 70% cumplimiento de características aplicadas
- Para Acreditar con observaciones: 50% cumplimiento de características aplicadas.

Características Obligatorias

Para acreditar se exige el 100% de cumplimiento de las características obligatorias del Manual de Laboratorio Clínico, que son las siguientes:

DP 1.1 Instrumento de difusión de Derechos de los Pacientes

CAL 1.1 Programa de la mejoría continua de la calidad a nivel Institucional

GP 1.2 Procedimientos relacionados con la etapa pre analítica y post analítica

GP 1.3 Procedimientos escritos y evaluaciones de las etapas analíticas y post analítica

GP 1.4 Control de Calidad Externo

AOC 1.3 Procedimiento de Notificación de Resultados Críticos

RH 1.1 Certificados de Título de médicos con funciones permanentes o transitorias

RH 1.2 Certificados de título de técnicos y profesionales

Las que directa e indirectamente se encuentra relacionado con el Recurso Humano, su preparación y procedimientos.

2.4.12. Contenidos y Estructura del Manual

Se explica el contenido y la estructura del manual para aplicarlo en el Laboratorio Clínico.

2.4.12.1. Consideraciones Generales

El Estándar General para los Laboratorios Clínicos, cuyos contenidos normativos se encuentran en este Manual, desagrega sus exigencias y requisitos en ámbitos, componentes, características y verificadores. La forma en que han sido trabajados tales contenidos permite facilitar la comprensión de los objetivos que en cada caso persigue la evaluación.

Los ámbitos a ser evaluados en el proceso de acreditación son los siguientes:

1. Respeto a la Dignidad del Paciente
2. Gestión de la Calidad
3. Gestión de Procesos
4. Acceso Oportunidad y Continuidad de la Atención
5. Competencias del Recurso Humano
6. Registros
7. Seguridad del Equipamiento
8. Seguridad de las Instalaciones
9. Servicios de Apoyo

2.4.12.2. Concepto de Ámbito, Componentes, Características y Verificadores

El ámbito contiene en su definición los alcances de política pública sanitaria para el otorgamiento de una atención de salud que cumpla condiciones mínimas de seguridad. A modo de ejemplo en el Ámbito 1, Respeto a la dignidad del trato al paciente, el objetivo es que “la institución provee una atención que respeta la dignidad del paciente y resguarda principios éticos esenciales en el trato que se le otorga”.

Los componentes constituyen el primer nivel de desagregación del ámbito y proveen definiciones de aspectos más operacionales que contribuyen a cumplir con la intención del ámbito. En el ejemplo del Ámbito 1 los componentes, en el caso de los Laboratorios Clínicos, son tres:

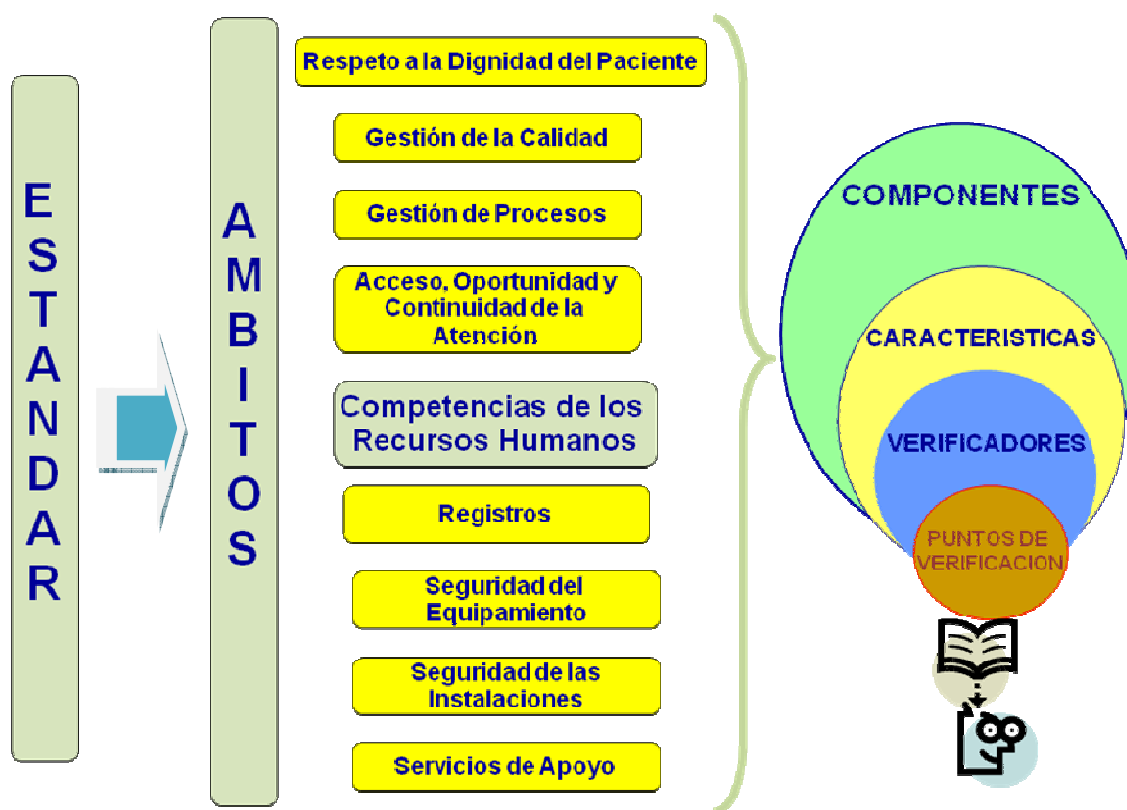
- El prestador institucional cautela que el paciente reciba un trato digno.
- Respecto de los pacientes que participan en investigaciones desarrolladas en la institución, se aplican procedimientos para resguardar su derecho al consentimiento, la seguridad y la confidencialidad.
- La prestadora institucional cautela que las actividades docentes de pregrado que se realizan en ella no afecten la seguridad de las prestaciones.

Las características desagregan el componente en espacios menores de análisis en la evaluación. Son los requerimientos específicos de gestión sanitaria que se evalúan en cada componente, especificando lo que se busca evaluar. Siguiendo con el ejemplo, el componente “El prestador institucional cautela que el paciente reciba un trato digno” se descompone en las siguientes características:

- Existe un documento de derechos explícitos.
- El prestador desarrolla actividades relacionadas con la gestión de reclamos.

Los verificadores son los requisitos específicos que se deben medir para calificar el cumplimiento de cada característica. La evaluación de detalle del prestador se expresará en una tabla de trabajo de campo en la que se valorarán los elementos medibles requeridos en determinados puntos de constatación. Lo anterior se puede explicar a través de la siguiente figura.

Figura N°3: Estructura General de un Estándar



Fuente: Elaboración Propia

2.4.13. Instrucciones y Criterios a Emplear por las Entidades Acreditadoras

La Entidades Acreditadoras deben dar cumplimiento a los requisitos y exigencias del proceso.

2.4.13.1. Instrucciones Generales

La determinación del cumplimiento de una característica se basa en la verificación de los elementos medibles durante la visita a terreno. Esta demostración puede realizarse a través de revisión de documentos o mediante la observación de procesos en terreno, según esté establecido en este Manual. No son aceptables como evidencia las descripciones verbales, declaraciones de cumplimiento u otros fundamentos no comprobables.

La evaluación considera tanto una medición contemporánea, es decir, al momento de la evaluación, como retrospectiva¹. El alcance retrospectivo de las mediciones abarcará el período de 6 meses anteriores al proceso de evaluación de la respectiva acreditación. Para el caso de la compra de prestaciones a terceros, la verificación considerará el hecho que estos servicios estén acreditados al momento de la evaluación, sin considerar el componente retrospectivo. Excepcionalmente, y hasta la entrada en vigencia de la Garantía de Calidad, esta exigencia de acreditación se considerará cumplida si dicha compra de servicios es realizada a un prestador debidamente formalizado por la autoridad sanitaria pertinente, mediante la correspondiente autorización sanitaria.

2.4.13.2. Interpretación de las normas contenidas en el manual

Las Entidades Acreditadoras y cada uno de sus evaluadores, así como los representantes legales de los prestadores sometidos a un proceso de acreditación, podrán solicitar, en cualquier momento, a la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, la aclaración de cualquier norma del Manual que a su juicio requiera de una interpretación para su debida aplicación a un determinado proceso de acreditación.

Las Entidades Acreditadoras deberán proceder de esta manera cuando tengan dudas acerca de la forma de interpretar las normas reglamentarias que rigen el procedimiento de acreditación y las normas del presente Manual, cada vez que ello resulte decisivo para la adopción de sus decisiones.

Asimismo, la Intendencia de Prestadores podrá, mediante circulares de general aplicación, determinar el sentido y alcance de las normas reglamentarias que rigen el procedimiento de acreditación y las normas de este Manual, con el fin de uniformar y facilitar los procedimientos y la claridad de los criterios evaluativos. Tales pronunciamientos y circulares serán de obligatorio cumplimiento para las Entidades Acreditadoras, desde que se les notifiquen, y será de su responsabilidad hacer que sus evaluadores los cumplan, lo que será fiscalizado de conformidad a sus facultades legales y reglamentarias.

Las entidades Acreditadoras, una vez concluida la evaluación de todas las características aplicables al prestador institucional de que se trate y habiendo determinado el cumplimiento o incumplimiento de las características evaluadas, procederá a decidir si otorga o deniega la acreditación respectiva, o si otorga dicha acreditación con observaciones, de conformidad con las normas del reglamento respectivo.

2.4.13.3. Características Obligatorias del manual

Para obtener su acreditación por el presente Estándar, el prestador evaluado deberá haber dado, en todo caso, debido y obligatorio cumplimiento a las siguientes características siempre que les es aplicable:

Una vez constatado el debido cumplimiento de las características obligatorias, la entidad Acreditadoras observará las siguientes reglas:

- Declarará cual fue el total de características aplicables a la evaluación efectuada;
- Declarará si se han cumplido todas las características de obligatorio cumplimiento que hayan sido aplicables al prestador evaluado.
- Acto seguido, cuantificara cual fue el total de características cumplidas y que porcentaje del total antes señalado estas representan.

Si cualesquiera de las características obligatorias señaladas no fuere cumplida debidamente, la Entidad Acreditadoras denegará la acreditación, sin perjuicio de concluir completa y debidamente el informe del respectivo proceso de acreditación.

Si se han cumplido todas las características de obligatorio cumplimiento, la Entidad Acreditadora otorgará o denegará la acreditación, o la concederá con Observaciones, siempre que, en este último caso, se hubiere cumplido con las formalidades y normas previstas en el reglamento, según las siguientes reglas:

Si el prestador institucional aspirare a su primera acreditación, se le exigirá:

- Para acreditar: el cumplimiento del 70% de las características que se le fueron aplicables en este proceso de acreditación.
- Para acreditar con observaciones: el cumplimiento del 50% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación.

Si el prestador hubiese sido anteriormente acreditado por haber cumplido el umbral y solicitara una segunda acreditación, se le exigirá lo siguiente:

- Para acreditar: el cumplimiento del 95% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación.
- Para acreditar con observaciones: el cumplimiento del 70% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación.

El informe de la Entidad Acreditación, además de cumplir todos los requisitos señalados en el Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, según el caso, detallará y fundamentará la forma en que se han dado por cumplidas cada una de las características y la forma en que se ha dado cumplimiento a las reglas de decisión precedentes. La Intendencia de Prestadores, mediante circulares de general aplicación, establecerá el formato obligatorio en que tales informes deberán ser emitidos por las Entidades Acreditadoras.

En el caso que el prestador se encuentren en situación de ser acreditado con observaciones, según lo previsto en Artículo 28 del Reglamento del Sistema de Acreditación, la Entidad Acreditadora aprobará o rechazará el Plan de Corrección a que se refiere dicha norma, siempre que dicho Plan priorice el cumplimiento de las características que le faltasen para retener su acreditación en el orden que señalen las circulares de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud y que se encuentran vigentes al momento de tomar conocimiento del informe de la Entidad Acreditadora.

2.5. AMBITO: Competencias del Recurso Humano (RH)

Las prestaciones son realizadas por personal que cumple con el perfil requerido, en término de habilitación y competencias.

Componente RH-1: Los técnicos y profesionales de salud del prestador institucional están habilitados.

Características:

RH 1.1 Los profesionales médicos que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados.

RH 1.2 Los técnicos y profesionales de salud que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados.

Componente RH-2: El prestador institucional realiza actividades para asegurar que el personal que ingresa a la institución adquiera conocimientos generales y específicos acerca del funcionamiento y normas locales, con énfasis en materias que afectan la seguridad de las prestaciones.

Características:

RH 2.1 El prestador institucional cuenta con programas de orientación que enfatiza aspectos específicos del funcionamiento de la Unidad relacionados con la seguridad de las prestaciones y son aplicados sistemáticamente al personal que ingresa a la Unidad.

Componente RH -3: El prestador institucional programa y prioriza la capacitación del personal que participa en atención directa de pacientes, en materias relevantes para su seguridad.

Características:

RH 3.1 El prestador institucional incluyen en su programa la capacitación en reanimación cardiopulmonar, destinada al personal que participa en atención directa de pacientes.

Componentes RH -4: El prestador institucional desarrolla acciones programadas de salud en su personal.

Características:

RH 4.1 El prestador institucional ejecuta acciones frente a accidentes laborales con material contaminado con sangre o fluidos corporales de riesgo y sustancias peligrosas.

CAPITULO III: METODOLOGÍA

La metodología del presente estudio se describe:

3.1. Tipo de estudio

La presente investigación es un estudio de caso de tipo descriptivo y no experimental, ya que, el investigador solamente se limitará a la observación de situaciones ya existentes dada la incapacidad de influir sobre las variables y sus efectos (Hernández, Fernández y Baptista, 1991).

3.2. Recolección de Datos Primarios

En la recolección de datos se aplican los siguientes instrumentos a todo el personal de la Unidad de estudio, que para el presente caso corresponde al Laboratorio Clínico:

- Entrevistas
- Aplicación de la pauta de cotejo del Manual Estándar de Laboratorio
- Encuestas

El procedimiento para la recolección de datos primarios ha sido estructurado con el trabajo de campo realizado en el Laboratorio Clínico, que permitió, por medio de las técnicas descritas la obtención de datos:

- Se solicita la autorización al director del Laboratorio Clínico obteniendo además el compromiso para cooperar abiertamente en el proceso.
- Se realizan reuniones de coordinación con los directivos del Laboratorio Clínico.
- Se diseña cuestionario para la entrevista de los directivos.
- Se realiza entrevista a los directivos de la institución donde se aplica el presente trabajo.
- Se elabora cuestionario para la encuesta a los funcionarios.
- Se aplica encuesta funcionarios de la organización para la realización del diagnóstico integral de la gestión en recurso humano.

- Se aplica instrumento con técnica de rostros que permita conocer la percepción de los funcionarios del Laboratorio Clínico.
- Reunión con funcionarios para el levantamiento del FODA y su análisis.
- Se realizaron reuniones de trabajo con los directivos y personal de las diferentes unidades del Laboratorio Clínico para definir los procesos claves que deben ser documentados en un futuro estándar.
- Se diseñó una propuesta para mejorar puntos críticos en el trabajo de recurso humano y cumplimiento del ámbito para la acreditación en salud.

3.3. Recolección de Datos Secundarios

Revisión de fuentes de información que complementen la fundamentación teórica de la investigación, para lo cual se realizó revisión sistemática de fuentes oficiales de información, principalmente a través de páginas web de artículos Científicos SCIELO, (Scientific Electronic Library Online o Biblioteca Científica Electrónica en Línea) la cual es una biblioteca electrónica, iniciativa de la Fundación para el Apoyo a la Investigación del Estado de São Paulo, Brasil (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP) y del Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME), que permite la publicación electrónica de ediciones completas de las revistas científicas mediante una plataforma de software que posibilita el acceso a través de distintos mecanismos, incluyendo listas de títulos y por materia, índices de autores y materias y un motor de búsqueda.

Además se consulta las páginas del Ministerio de Salud, Superintendencia de Salud y documentación de la Universidad de Chile y otros artículos relacionados con acreditación de salud, que se mencionan en las referencias bibliográficas.

3.4. Análisis de la Información

Se realizaron reuniones de trabajo con los directivos y funcionarios de todas las unidades del Laboratorio Clínico para el levantamiento del FODA y su análisis, junto con el análisis de todos los instrumentos aplicados previamente a través de herramientas de Excel y Word.

Finalmente dicha información se clasificó y agrupó por tema, lo que permitió elaborar un completo diagnóstico y se logró diseñar una metodología que permitirá acreditar el ámbito de Recurso Humano del Laboratorio Clínico, lo que fue validado en las reuniones de trabajo.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Sin lugar a dudas que al analizar el área de recursos humanos se hace referencia a la correcta administración y gestión del personal, que desarrolla sus funciones laborales dentro de la organización. Las empresas actualmente dan un valor importante al poder mantener satisfechas las necesidades de los empleados, con la finalidad de mejorar la productividad dentro de ella. Pero esta administración implica contar con un personal idóneo y altamente capacitado para realizar la mejor gestión de recursos humanos, crear programas y políticas adecuadas, como también aplicar las distintas técnicas que la administración requiere. De aquí nace la necesidad de mejorar la gestión de recursos humanos.

Para trabajar con las personas en forma efectiva, es necesario comprender el comportamiento organizacional y tener conocimientos sobre los diversos sistemas y prácticas disponibles que pueden ayudar a obtener una fuerza de trabajo motivada.

Según la opinión de Flippo Edwin (1983), la función de organización es básicamente un proceso de interrelación de tres componentes claves: las personas, los cargos y los factores físicos, y define técnicamente el proceso formal de organización como: el proceso de establecimiento de relaciones (responsabilidades, autoridad, rendimiento de cuentas) de los componentes claves, con el propósito de guiar (la línea, línea-asesoría, las funciones y/o el proyecto) hacia los objetivos de la organización.

4.1. Diagnóstico integral del ámbito de recurso humano del Laboratorio Clínico Arauco Limitada de la Ciudad de Chillán.

Acontinuación se presentan los antecedentes de la empresa y su diagnóstico organizacional para poder proponer las mejoras correspondientes al estudio que se está realizando.

4.1.1. Diagnóstico Organizacional

El Laboratorio Clínico Arauco Limitada cuenta con una superficie de 482 mt.² distribuidos en tres áreas: Administrativa, Analítica y Áreas de Apoyo, que a su vez están distribuidos en secciones de trabajo.

El Laboratorio Arauco tiene 32 años al servicio de la comunidad de la Provincia del Ñuble, se encarga de la toma de muestras, de los procesos de análisis y la entrega de resultados de exámenes clínicos a gran parte de la Provincia de Ñuble.

Se encuentra ubicado en calle Avenida Libertad N°760, interior, y de acuerdo a las exigencias posee acceso para personas con discapacidad.

El Laboratorio Arauco define su Visión como: “Ser el mejor laboratorio de nuestra Provincia, líder en tecnología, calidad y servicios de excelencia; satisfaciendo la demanda y necesidad del mercado en análisis del laboratorio mientras contribuimos a mejorar la salud de nuestra comunidad.”

Su Misión se encuentra definida y publicada en sus dependencias expresando: “Brindar con prontitud y excelencia servicios de laboratorio clínico de calidad a los usuarios mediante un personal altamente calificado, ético, responsable y honesto, con el fin de lograr la prevención, diagnóstico y pronóstico de enfermedades, mediante el empleo de la mejor tecnología y a costos reducidos, para que al laboratorio accedan todos los usuarios tanto privados como institucionales.”

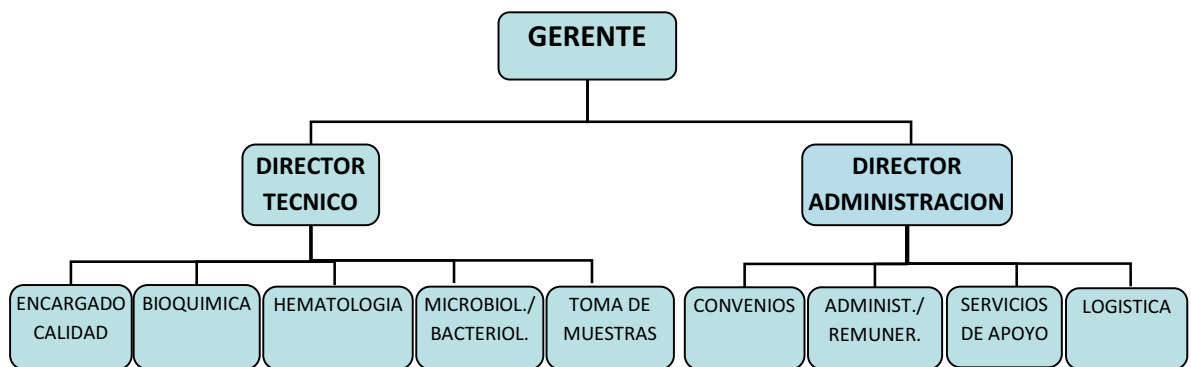
La Política de Calidad del Laboratorio está orientada a: Satisfacer plenamente los requerimientos de nuestros clientes, con rapidez en la entrega de resultados y la confidencialidad que se requiere.

Impulsar una cultura de calidad basada en los principios de honestidad, desarrollo del Recurso Humano y mejora continua de los procesos.

4.1.2. Estructura Organizacional

Su estructura organizacional es funcional y de carácter Jerárquico.

Figura N° 4: Organigrama



Fuente: Elaboración Propia

El Laboratorio está constituido como una Sociedad de Responsabilidad Limitada, ubicada en la ciudad de Chillan bajo la razón social de “Laboratorio Clínico Arauco Limitada”, la cual fue constituida por escritura pública con fecha 24 de septiembre 1982.

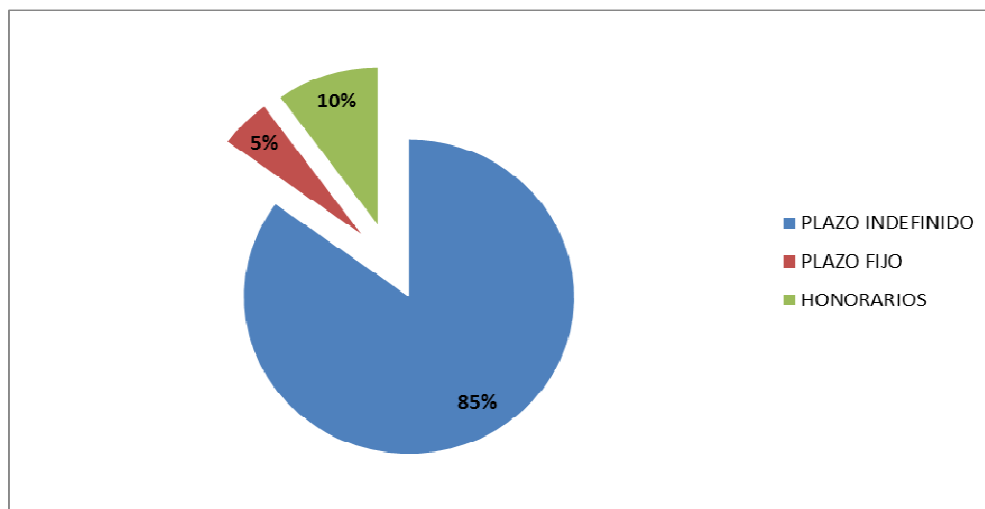
El Laboratorio Arauco contribuye al desarrollo de la comuna, con una generación de empleos de 20 funcionarios, los cuales se distribuye de la siguiente forma:

- Gerente general y representante legal que desempeña labores como tecnólogo médico.
- 1 Jefe administrativo.
- 4 Tecnólogos médicos
- 6 Técnicos en enfermería de nivel superior
- 2 Técnicos en Laboratorio Clínico
- 3 Secretarias
- 2 conductores y estafetas
- 1 auxiliar de servicio

4.1.3. Personal según Tipos de Contratos

En la Figura N°2 se aprecia que un 85% de los funcionarios cuenta un contrato a plazo indefinido, el 10% que forman parte del laboratorio clínico tiene contrato a honorarios y solo el 5% a plazo fijo.

Figura N° 5: Porcentaje de Funcionarios según tipo de contrato

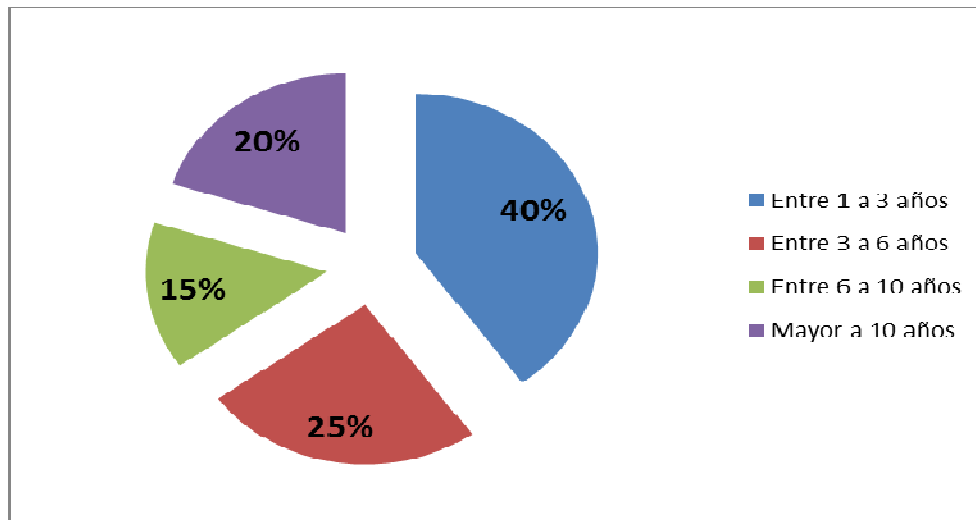


Fuente: Elaboración propia

4.1.4. Personal según años de Antigüedad

En la Figura N°3 se puede observar que el 40% de los funcionarios tienen una antigüedad en la empresa de entre 1 y 3 años, un 25% tienen entre 3 y 6 años trabajando en el Laboratorio, el 15% tiene una antigüedad entre 6 a 10 años y el 20% son los más antiguos con más de 10 años trabajando para el Laboratorio.

Figura N° 6 Porcentaje de Funcionarios según años de Antigüedad



Fuente: Elaboración propia

4.1.5. Unidad de Recurso Humano

La Unidad de Recursos Humanos no se encuentra conformada formalmente, no tiene un desarrollo de Planificación Estratégica en el área, además no cuenta con políticas institucionales que permitan el desarrollo de su visión.

Los funcionarios no disponen de sus funciones por escrito, no se define descripción de cargos para ellos, y el proceso de contratación de funcionarios no se encuentra definido.

El sistema de control presencial, está a cargo del Jefe administrativo quién controla por libro de registro de hora de ingreso y salida.

Los funcionarios de la institución desconocen el procedimiento de desvinculación, y mencionan que no se cuenta con estímulos al buen desempeño.

El sistema de remuneraciones se maneja por medio de oficina de contadores externa quien gestiona toda la contabilidad remuneraciones finiquitos y creación de contratos.

4.1.6. Desarrollo del diagnóstico FODA en la Institución

La matriz FODA, cuyas siglas identifican su objetivo esencial de conocer y actuar respecto a las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas de la empresa y su entorno, es una técnica de grupo o participativa que ha cobrado en los últimos tiempos mucho reconocimiento por la facilidad de su aplicación y poder de concentración en asuntos esenciales. Es una técnica de análisis estratégico y de suma utilidad práctica para determinar ventajas competitivas y riesgos en el logro de los objetivos fundamentales de la organización.

Para elaborar el FODA se realiza la técnica de la entrevista fundamentalmente con directivos y trabajadores del área, presentándose los siguientes resultados:

Posibles FORTALEZAS Internas: Se identifican las condiciones favorables del Laboratorio Clínico Arauco las cuales no permitirán obtener las ventajas competitivas de la empresa.

1. Prestigio
2. Ventaja en costos
3. Conocen muy bien las exigencias de sus clientes
4. Adecuado nivel de comunicación externa
5. Excelente calidad de los reactivos e insumos que se adquieren en el Laboratorio.
6. Capacidad de producción
7. Experiencia del Recurso Humano, algunos trabajadores llevan 20 años trabajando en la empresa
8. La empresa proporciona trabajo a la comunidad donde está inserta trabajo
9. Equipamiento de alta tecnología

Posibles Debilidades Internas: Se identifican las condiciones desfavorables del Laboratorio Clínico Arauco, las se deben identificar para tratar de eliminarlas o de alguna forma disminuirlas de la empresa.

1. Falta de dirección estratégica clara
2. Falta de Planificación Estratégica, sirven para definir: el mercado, los productos y servicios y

conocer el entorno, permite a los administradores definir la metas operacionales, y que sea conocida por todo el personal de la empresa, especifica lo que desea hacer en cada una de los niveles organizacionales, a corto y largo plazo.

3. No existe un departamento de recursos Humanos; que se encargue adecuadamente del reclutamiento, selección, capacitación, motivación, y políticas de incentivos (bonos por productividad, bienestar, actividades extra programáticas, actividades de convivencia) para que el trabajador tenga hacia la empresa un grado de pertenencia.
4. Necesita mejorar el nivel de satisfacción interno.
5. Falta de comunicación, demasiado vertical, lo que no permite visualizar las necesidades de los niveles inferiores, es recomendable realizar cada cierto tiempo reuniones con los trabajadores de planta sensibilizando su compromiso con la empresa.
6. Ausencia de políticas de la empresa; la introducción de políticas y valores de la empresa ofrecerá la oportunidad de crear confianza en sus clientes, proveedores y demás grupos de interés.
7. Déficit de infraestructura de la empresa
8. Instalaciones poco modernas
9. Inversión insuficiente en muebles, equipos.
10. Se necesita la creación de un manual de descripción de cargos, donde queden claramente definidas las responsabilidades y funciones de cada uno de los trabajadores de la empresa
11. Débiles habilidades en Marketing

Posibles Oportunidades: Se identifican las condiciones favorables externas del Laboratorio clínico Arauco las cuales no permitirán aprovechar las oportunidades que nos ofrece el entorno.

1. Ingreso a nuevos segmentos de mercado
2. Aumento de la variedad de exámenes
3. Mayor negociación con proveedores
4. Posibilidad de integración vertical hacia atrás
5. Crecimiento dinámico del mercado; mercado en crecimiento, lo cual permite ampliar la capacidad de producción, aumentar la productividad y aumentar la competitividad.
6. Tipos de cambio relación dólar/monedas europeas, y otros tipos de monedas que benefician a la empresa

7. Accesos a certificaciones y procesos de acreditación.

Posibles Amenazas: Se identifican las condiciones desfavorables externas del Laboratorio Clínico Arauco, las cuales se deben conocer para poder hacerles frente o defendernos de ellas.

1. Ingreso de competidores con estructura de costos menores
2. Variabilidad en los Costos Generales (tanto fijos como variables).
3. Cambios de las condiciones de comercialización de los proveedores.
4. Aumento en los precios de los insumos.

El diagnóstico FODA es ampliamente usado por las empresas sin importar su tamaño, ya que, nos permite detectar los factores claves de éxito para definir las estrategias actuales y futuras. Además nos entrega herramientas para defendernos de posibles amenazas.

De acuerdo al análisis realizado al Laboratorio Clínico Arauco, podemos concluir que es una empresa rentable con un prestigio y una fuerte posición en el mercado de la salud, existen varias debilidades que se pueden mejorar en el tiempo y a futuro pueden transformarse en fortalezas.

En cuanto a su crecimiento se puede presumir que tiene un gran mercado latente que espera ser atendido y el laboratorio cuenta con herramientas necesarias para este crecimiento, posee la tecnología adecuada y actualmente está negociando la adquisición de equipamiento con mayor tecnología y capacidad, para cubrir las necesidades de estos nuevos clientes, además la acreditación es una oportunidad que le permite a la empresa tener una ventaja competitiva con respecto a otros laboratorios, es por esto que este proceso que ha iniciado el Laboratorio es tan importante.

En cuanto a la situación actual que vive la economía del país, existe cierto grado de incertidumbre a posibles cambios que puedan afectar o quizás frenar de algún modo este crecimiento, por tanto, se definen estrategias que tratan de disminuir esta incertidumbre, como por ejemplo negociar los precios con los proveedores, que permita un congelamiento de ellos

mientras no se tenga una proyección concreta de los posibles cambios y reformas que se están generando en nuestro país.

Por lo expuesto anteriormente se puede concluir que el Laboratorio posee herramientas necesarias para una correcta dirección al éxito de la empresa y puede generar estrategias suficientes para competir en el mercado actual e incluso puede proyectarse a otras ciudades.

4.2. Aplicación de la Pauta de Cotejo del Manual General de Acreditación en el Ámbito de las competencias del Recurso Humano

Para la aplicación del instrumento pauta de cotejo del Manual de Acreditación en Salud para Laboratorios Clínicos, se entrevistó a la encargada de acreditación, tecnólogo médico del laboratorio, se solicitaron los documentos y protocolos los cuales se encuentran en archivo digital algunos de ellos, pero los cuales no han sido revisados por la dirección. Por lo tanto, no se han entregado ni se han puesto en conocimiento de todos los funcionarios, y no se cumplen los puntos de verificación.

Se entrevistó a jefe administrativo, él cual menciona que falta mejorar la estructura administrativa y dar a conocer al personal la información necesaria para el cumplimiento de los objetivos.

La aplicación de la Pauta de Cotejo se realiza en base al Manual de Acreditación para Laboratorios Clínicos, la cual se mide por característica, según sus elementos medibles que son los requisitos a cumplir en los puntos de verificación que solicita la característica.

La evaluación debe ser realizada por medio de tres conceptos, para los puntos medibles que se cumplan en los puntos de verificación requeridos se asignara 1, cuando el elemento medible no se cumple se asignara 0, y si el elemento medible no corresponde al prestador se debe consignar como No Aplica (N/A), de esta forma se contabilizara el total de los 1 obtenidos, estimando el porcentaje de cumplimiento del total de los elementos medibles que aplican (la suma de 1 y 0).

4.2.1. Verificación de Cumplimiento del Ámbito Competencias del Recurso Humano (RH)

Las prestaciones son realizadas por personal que cumple con el perfil requerido, en término de habilitación y competencias.

4.2.1.1. Cumplimiento del Ámbito de Recurso Humano del Componente RH-1

Componente RH-1: Los técnicos y profesionales de salud del prestador institucional están habilitados.

Característica: Los profesionales médicos que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados.

Verificador: Certificados de título de médicos con funciones permanentes o transitorias.

Tabla N° 2: Componente RH-1

Código Característica	Umbral de Cumplimiento	Verificadores	Puntos de Verificación	Observaciones
RH.1.1	Cumple: 100%	Elementos Medibles RH -1.1	Dirección o Gerencia del prestador	
		Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado de los médicos que cumplen funciones permanentes.	NO APLICA	
		Certificados de título otorgados por una universidad reconocidas por el Estado de los médicos que cumplen funciones transitorias (durante último año)	NO APLICA	

**Fuente: Pauta de Cotejo Manual de Acreditación Laboratorios Clínicos,
Superintendencia de Salud**

La Tabla N°2, muestra los requisitos específicos que se deben verificar para calificar el cumplimiento de cada característica y sus puntos de verificación.

Tabla N°3: Elementos medible RH-1

Elementos medibles totales	2
Elementos medibles que aplican	0
Elementos medibles que cumplen	N/A
Umbral de cumplimiento	100%
% De cumplimiento	N/A

Al aplicar la pauta de Cotejo de Acreditación, la característica RH 1.1 solicita al Laboratorio contenga todos los certificados de Títulos otorgados por Universidades reconocidas por el estado de médicos que cumplan funciones permanentes y transitorias en el Laboratorio, situación que actualmente no aplica debido a que esta institución no tiene contratado dentro de su personal profesionales médicos, por lo tanto, como se muestra en la tabla N° 3 estos elementos no aplicarían.

4.2.1.2. Cumplimiento del Ámbito de Recurso Humano del Componente RH-1, Característica RH 1.2

Característica: Los técnicos y profesionales de salud que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados.

Verificador: Certificados de título de técnicos y profesionales del personal permanente o transitorio del prestador.

Tabla N°4: Componente RH-1.2

Código Característica	Umbral de Cumplimiento	Verificadores	Puntos de Verificación	Observaciones
RH.1.2	Cumple: 100%	Elementos Medibles RH -1.2	Dirección o Gerencia del prestador	
		Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de las enfermeras que cumplen funciones permanentes.	NO APLICA	
		Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el	NO APLICA	

		Estado, de las enfermeras que cumplen funciones transitorias (durante último año).		
		Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de las matronas que cumplen funciones permanentes.	NO APLICA	
		Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de las matronas que cumplen funciones transitorias (último año).	NO APLICA	
		Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de las Tecnólogos Médicos que cumplen funciones permanentes.	0	
		Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de las Tecnólogos Médicos que cumplen funciones transitorias (último año).	NO APLICA	
		Certificados de título otorgados por Universidad reconocida por el Estado, de los Químicos Farmacéuticos que cumplen funciones permanentes.	NO APLICA	
		Certificados de título otorgados por Universidad reconocida por el Estado, de los Químicos Farmacéuticos que cumplen funciones transitorias (durante el último año).	NO APLICA	
		Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de los Bioquímicos que cumplen funciones permanentes.	NO APLICA	
		Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de los Bioquímicos que cumplen funciones transitorias (último año).	NO APLICA	
		Certificados de título de técnico de nivel superior o medio de	0	

		enfermería o certificado de competencia emitidos por la autoridad sanitaria, del personal que cumple funciones de técnicos paramédicos en forma permanente		
		Certificados de título de técnico de nivel superior o medio de enfermería o certificado de competencia emitidos por la autoridad sanitaria, del personal que cumple funciones de técnicos paramédicos en forma transitoria (durante el último año).	0	

**Fuente: Pauta de Cotejo Manual de Acreditación Laboratorios Clínicos,
Superintendencia de Salud**

Tabla de resultados N°4, muestra los requisitos específicos que se deben verificar para calificar el cumplimiento de cada característica RH 1.2. y sus puntos de verificación.

Tabla N°5: Elementos medibles RH- 1.2

Elementos medibles totales	12
Elementos medibles que aplican	3
Elementos medibles que cumplen	0
Umbral de cumplimiento	100%
% De cumplimiento	0%

En la presente característica se solicitan los certificados de títulos de profesionales de enfermería, matronas, químicos farmacéuticos y bioquímicos que cumplen funciones permanentes o transitorias en el Laboratorio, en aplicación de la pauta de cotejo se constato que no existe profesionales de esa área contratados, por lo cual no aplica el verificador, referente a certificados de títulos requeridos de Tecnólogos Médicos y técnicos paramédicos no se constató su existencia en el Laboratorio, la encargada de Calidad indica que no se cuenta con el respaldo de certificados de los prestadores individuales contratados en forma permanente o transitoria en el Laboratorio.

4.2.1.3 Cumplimiento del Ámbito de Recurso Humano del Componente RH-2

El prestador institucional realiza actividades para asegurar que el personal que ingresa a la institución adquiera conocimientos generales y específicos acerca del funcionamiento y normas locales, con énfasis en materias que afectan la seguridad de las prestaciones.

Características: El prestador institucional cuenta con programas de orientación que enfatiza aspectos específicos del funcionamiento de la Unidad relacionados con la seguridad de las prestaciones y son aplicados sistemáticamente al personal que ingresa a la Unidad.

Verificador: Programas de Orientación

Tabla N°6: Componente RH-2

Código Característica	Umbral de Cumplimiento	Verificadores	Puntos De Verificación	Observaciones
RH.2.1	Cumple: 100%	Elementos Medibles RH -2.1	Dirección o Gerencia del prestador	
		Se describe en un documento de carácter institucional el programa de orientación que enfatiza temas relacionados con la calidad y seguridad de las prestaciones. El programa considera a todo el personal clínico, recepcionista, telefonistas y otro personal que da indicaciones a los pacientes.	0	
		Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de orientación establecido a todos los funcionarios que ingresaron el último año al establecimiento.	0	

**Fuente: Pauta de Cotejo Manual de Acreditación Laboratorios Clínicos,
Superintendencia de Salud**

La tabla N°6, muestra la descripción de las características del componente 2 del Recurso Humano, que fue aplicado para revisar su cumplimiento de los elementos medibles.

Tabla N°7: Elementos medibles RH-2.1

Elementos medibles totales	2
Elementos medibles que aplican	2
Elementos medibles que cumplen	0
Umbral de cumplimiento	100%
% De cumplimiento	0%

La característica RH 2.1 solicita la implementación de un Programa de Orientación para todos los funcionarios que ingresan al Laboratorio, tanto el personal clínico, como recepcionistas, telefonistas y otro personal que da indicaciones a los usuarios, el programa de orientación debe permitir capacitar en temas de calidad y seguridad del paciente. En el Laboratorio Arauco no se desarrollan programas de orientación o inducción a nuevas contrataciones y no constatan orientaciones a personal con mayor permanencia en la institución, es decir no existe en la actualidad capacitación que permita alinear al personal en temas de calidad y seguridad del paciente comprometiendo al personal en el trabajo de acreditación en salud con directrices claras y específicas.

4.2.1.4. Cumplimiento del Ámbito Recurso Humano del Componente RH-3

El prestador institucional programa y prioriza la capacitación del personal que participa en atención directa de pacientes, en materias relevantes para su seguridad.

Característica: El prestador institucional incluye en su programa la capacitación en reanimación cardiopulmonar, destinada al personal que participa en atención directa de pacientes.

Verificación: Programa de Capacitación

Tabla N°8: Componente RH-3

Código Característica	Umbral de Cumplimiento	Verificadores	Puntos de Verificación	Observaciones
RH.3.1	Cumple: 100%	Elementos Medibles RH -3.1	Dirección o Gerencia del prestador	
		Se describe en un documento de carácter institucional el programa de capacitación institucional anual, en el que se incluye reanimación cardiopulmonar.	0	
		La cobertura y periodicidad de las capacitaciones realizadas asegura que el personal de las tomas de muestras reciba una actualización al menos cada 5 años en este tema.	0	

Fuente: Pauta de Cotejo Manual de Acreditación Laboratorios Clínicos, Superintendencia de Salud

La tabla N°5, muestra las condiciones que deben cumplir los laboratorios en el componente 3 del ámbito de recursos humanos y sus verificadores.

Tabla N°9: Elementos medibles RH-3.1

Elementos medibles totales	2
Elementos medibles que aplican	2
Elementos medibles que cumplen	0
Umbral de cumplimiento	100%
% De cumplimiento	0%

La capacitación en Reanimación Cardiopulmonar es fundamental para el equipo de salud y permite en forma oportuna y eficiente entregar una atención vital para nuestros usuarios, por lo cual la característica de Recurso Humano RH 3.1, solicita para acreditar una capacitación de reanimación cardiopulmonar para el personal de toma de muestras y tiene contacto directo con los pacientes y esta debe tener una vigencia de 5 años, lo cual no se ha realizado en el

Laboratorio Arauco. Este punto, además, solicita un registro por escrito de un programa de capacitación anual de la institución, cuando se solicito en el laboratorio la Encargada de Calidad menciona que la institución no cuenta con un programa de capacitación en el Laboratorio.

4.2.1.5. Cumplimiento del Ámbito de Recurso Humano del Componente RH -4

El prestador institucional desarrolla acciones programadas de salud en su personal.

Características: El prestador institucional ejecuta acciones frente a accidentes laborales con material contaminado con sangre o fluidos corporales de riesgo y sustancias peligrosas.

Verificador: Procedimientos en caso de accidentes ocurridos del personal con material contaminado con sangre o fluidos corporales de riesgo.

Tabla N°10: Componente RH-4

Código Característica	Umbral de Cumplimiento	Verificadores	Puntos de Verificación							Observaciones
			Dirección o Gerencia del prestador	Toma de muestras 1	Toma de muestras 2	Toma de muestras 3	Microbiología	Hematología	Bioquímica	
RH.4.1	Cumple: >75%	Elementos Medibles RH - 4.1								
		Se describe en documento(s) de carácter institucional el procedimiento establecido para el manejo de accidentes relacionados con sangre o fluidos corporales de riesgo.	0	0	0	0	0	0	0	
		Existen registros implementados	0							

		y en uso de los accidentes ocurridos.								
		Existen registros implementados y en uso de los accidentes ocurridos.	0							
		Se constata conocimiento del procedimiento local para el manejo de estos accidentes por parte del personal.		0	0	0		0	0	

**Fuente: Pauta de Cotejo Manual de Acreditación Laboratorios Clínicos,
Superintendencia de Salud**

La tabla N°9, muestra las características que deben ser cumplidas frente a accidentes laborales con material contaminado con sangre o fluidos corporales de riesgo y sustancias peligrosas.

Tabla N°11: Elementos medibles RH-4.1

Elementos medibles totales	15
Elementos medibles que aplican	15
Elementos medibles que cumplen	0
Umbral de cumplimiento	>75%
% De cumplimiento	0%

Como parte de la seguridad laboral la característica 4.1 solicita la implementación de un procedimiento de manejo en caso de accidentes con sangre o fluidos corporales de riesgo, que sea aprobado por la Dirección del establecimiento y constatar el conocimiento de los todo el personal que trabaja en la institución. En el Laboratorio Arauco se cuenta con un documento en formato digital, que no presenta firmas, no está aprobado por Dirección con memo o resolución interna, por lo tanto no se considera un documento formal e institucional y al

aplicar los puntos verificadores y realizar entrevista a funcionarios se constata que no tienen conocimiento de los procedimientos a seguir. No se encuentran implementados registros de accidentes ocurridos, por lo cual, no se cumple esta exigencia en ninguno de sus puntos a verificar.

4.3. Etapas de apoyo para dar cumplimiento con el ámbito de recurso humano a la acreditación de salud.

Se explican las etapas para el cumplimiento del ámbito recurso humano para el logro de la acreditación en salud.

4.3.1. Objetivo: Dar Cumplimiento a la Característica del Ámbito Recurso Humano 1.2

RH 1.2 Los técnicos y profesionales de salud que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados.

TABLA N°12: Actividades a desarrollar RH-1.2

ACTIVIDADES A DESARROLLAR
Elaborar Carpetas de Antecedentes de Funcionarios del Laboratorio Arauco
Solicitar Certificados de Título otorgados por una Universidad reconocida por el Estado a los siguientes funcionarios del Laboratorio Arauco: – Tecnólogo Medico – Técnicos Paramédicos, TENS, TENS de Laboratorio. Que cumplan funciones permanentes o transitorias.
Realizar Listado de Personal Clínico que forma parte del Laboratorio y deba cumplir con Certificación de Superintendencia de Salud. Listado debe incluir nombre y dos apellidos, RUT, n° de inscripción de Superintendencia de Salud, definición de funciones permanentes o transitorias.

4.3.2. Objetivo: Dar Cumplimiento a la Característica de Ámbito Recurso Humano 2.1

RH 2.1 El prestador institucional cuenta con programas de orientación que enfatiza aspectos específicos del funcionamiento de la Unidad relacionados con la seguridad de las prestaciones y son aplicados sistemáticamente al personal que ingresa a la Unidad.

Tabla N°13: Actividades a desarrollar RH-2.1

ACTIVIDADES A DESARROLLAR
Elaborar un Programa de Orientación, con protocolos de calidad y seguridad de las prestaciones. El programa debe incorporar a todo el personal clínico, recepcionistas, telefonistas y otro personal que entrega indicaciones a los pacientes.
Elaborar resolución o memo o instructivo que apruebe vigencia de Programa de Orientación
Archivar documento de carácter institucional en Dirección del Laboratorio Clínico.
Implementar ejecución de programa de Orientación a todos los funcionarios que ingresaron el ultimo año a trabajar al Laboratorio Clínico.
Constatar la realización del programa de orientación por medio de evidencia y documentos que deben ser archivados en Dirección del Prestador. – Lista de Asistencia – Copia de Certificados de Aprobación Programa de Orientación.

4.3.3. Objetivo: Dar Cumplimiento a la Característica de Ámbito Recurso Humano 3.1

RH 3.1 El prestador institucional incluyen en su programa la capacitación en reanimación cardiopulmonar, destinada al personal que participa en atención directa de pacientes.

Tabla N°14: Actividades a desarrollar RH-3.1

ACTIVIDADES A DESARROLLAR
Elaborar un Programa de Capacitación Institucional Anual, en el que se incluye Capacitación en Reanimación Cardiopulmonar.
Elaborar resolución o memo o instructivo que apruebe vigencia de Programa de Capacitación Anual.
Archivar documento de carácter institucional en Dirección del Laboratorio Clínico.
Implementar ejecución de Capacitación en Reanimación Cardiopulmonar que permita cobertura y periodicidad de las capacitaciones realizadas para el personal de las tomas de muestras al menos cada 5 años en este tema.
Constatar la realización de Cobertura y periodicidad de Capacitación de Reanimación Cardiopulmonar por medio de evidencia copia de certificado de Capacitación de funcionarios de Toma de Muestras.

4.3.4. Objetivo: Dar Cumplimiento a la Característica de Ámbito Recurso Humano 4.1

RH 4.1 El prestador institucional ejecuta acciones frente a accidentes laborales con material contaminado con sangre o fluidos corporales de riesgo y sustancias peligrosas.

Tabla N° 15: Actividades a desarrollar RH-4.1

ACTIVIDADES A DESARROLLAR
Elaborar un documento de carácter institucional con el procedimiento establecido para el manejo de accidentes relacionados con sangre o fluidos corporales de riesgo.
Elaborar resolución o memo o instructivo que apruebe vigencia de Procedimiento para el manejo de accidentes relacionados con sangre o fluidos corporales de riesgo.
Archivar documento de carácter institucional en Dirección del Laboratorio Clínico, toma de muestras 1, toma de muestras 2, toma de muestras 3, microbiología, hematología y bioquímica.
Dirección de la institución designar a encargado de Manejo de accidentes relacionados con sangre o fluidos corporales de riesgo.
Implementar registros que sean utilizados en accidentes relacionados con sangre o fluidos corporales en riesgo.

Realizar análisis global que da cuenta de la evaluación de los accidentes ocurridos y las decisiones adoptadas al respecto.
Capacitar a todos los funcionarios en el procedimiento de manejo de accidentes relacionados con sangre o fluidos corporales en riesgo.
Entrevistar mensualmente a funcionarios del Laboratorio sobre el conocimiento del procedimiento en caso de ocurrencia de un accidente con sangre o fluidos corporales de alto riesgo.

4.4. Metodología para el cumplimiento del Ámbito de Recurso Humano de Acreditación en salud.

El plan de trabajo que se propone ha sido dividido en tres etapas, abordando contenidos específicos en cada una de ellas para aplicar en el Laboratorio Arauco:

4.4.1. Etapa I: Inducción

La etapa inicial del proceso de acreditación está orientada a entregar los conceptos básicos y fundamentales para generar un modelo de gestión centrado en la calidad y seguridad de los usuarios.

Esta etapa se divide en tres fases:

4.4.1.1. Capacitación para la inducción

En esta primera fase es necesario inducir al equipo, a través de un taller de capacitación, respecto a los objetivos y metas específicas de la norma, del modelo que lo rige y de las implicancias para un Laboratorio Clínico. Para una buena interiorización de los contenidos se deberá profundizar en los estándares exigidos en el proceso de acreditación. En particular se abordarán los instrumentos que definen un estándar general del procedimiento, lo que implica los manuales de acreditación y el instrumento de autoevaluación.

Además, se deberá capacitar en la implementación del enfoque de calidad con el objetivo de habilitarlos con los contenidos y competencias necesarias para implementar un proceso de gestión basado en la calidad y acorde a la normativa vigente.

Los contenidos abordados en estas capacitaciones serán:

1. Implementación del enfoque de calidad

2. Evolución del concepto calidad y sus dimensiones:

- Cultura organizacional y calidad.
- Satisfacción usuaria.
- Competencias de los equipos para la gestión de calidad.
- Liderazgo y trabajo en equipo.
- Políticas, programas y planes de calidad.

3. Sistema Nacional de Acreditación:

- Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales
- Requisitos de entrada para prestadores al Sistema de Acreditación
- Estándar General de Acreditación para Laboratorios Clínicos

4. Autoevaluación la que tiene por objetivo evaluar el nivel de cumplimiento con los estándares y en consecuencia entrega una visión completa sobre las condiciones actuales del centro. Es un instrumento que permite definir las fortalezas, debilidades, aciertos y mejoras necesarias a aplicar en los sistemas y procedimientos de los prestadores para su acreditación.

Para esta autoevaluación se proponen dos alternativas:

1. Evaluación interna: realizada por el encargado de la gestión de calidad del Laboratorio Clínico, o a quién el Laboratorio Clínico designe, para lo cual nuestro equipo entrega las pautas e indicaciones a tomar en cuenta para realizar esta labor objetivamente.
2. Evaluación externa: realizada por equipo externo, aplicando pautas elaboradas para el diagnóstico con una visión crítica y objetiva.

Los resultados que se obtienen de la autoevaluación se consolidan y analizan en un informe que será la base para definir el plan de mejora, las capacitaciones necesarias y la duración de ellas.

4.4.1.2. Capacitación para la elaboración del plan de mejora

Como instrumento para la elaboración del plan de mejora se proponen acciones de capacitación que permiten entregar las herramientas necesarias para la elaboración e implementación del plan de mejora de acuerdo a lo detectado en la autoevaluación. Las competencias a desarrollar se encuentran principalmente vinculadas a elaboración de indicadores, elaboración de protocolos y registros y acciones de seguimiento, y cumplimiento de los ámbitos, priorizando el trabajo en Recursos Humanos.

4.4.2. Etapa II: Elaboración y seguimiento del plan de mejora

Esta etapa es necesario combinar asesoría y acompañamiento técnico para la elaboración del plan de mejora, de acuerdo a las necesidades y particularidades propias de la institución, con el fin de facilitar el resultado exitoso del proceso de acreditación.

El informe que deriva de la autoevaluación contiene las deficiencias e incumplimientos que el Laboratorio debe mejorar y/o subsanar. A través de un proceso sistemático se desarrolla el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento de los procesos. Se mantiene una estrecha relación con el centro con tal de asegurar que los procesos de mejoramiento sean aplicados de acuerdo a la norma incentivando una disposición a una gestión de calidad en el equipo y de seguimiento permanente en el cumplimiento de los estándares.

En específico se elaboran en esta etapa los planes de intervención atinentes a cada proceso y área correspondiente, es decir, la política de calidad del centro en particular y el manual de gestión de procesos, que incluye todos los ámbitos incluidos en el estándar general de acreditación para prestadores institucionales de Laboratorios Clínicos tales como:

- Respeto a la Dignidad de Paciente
- Gestión de la Calidad
- Gestión Procesos
- Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención
- Competencias del Recurso Humano
- Registros
- Seguridad del Equipamiento
- Seguridad de las Instalaciones
- Servicio de Apoyo: Laboratorio Clínico

4.4.3. Etapa III: Evaluación de la aplicación del plan de mejora

Una vez elaborado el plan de mejora y sus respectivos ajustes se inicia el proceso de puesta en práctica del mismo. Para esta etapa se coordinan reuniones semanales o quincenales para evaluar los procesos, sus modificaciones, eventuales complicaciones, perfeccionamientos y avances.

Las fases de aplicación del plan de mejoras son las siguientes:

- Desarrollo de plan de mejoras.
- Seguimiento basado en las diferencias encontradas en el proceso de autoevaluación.
- Ejecución del plan de mejora.
- Monitoreo del progreso de la instalación del plan de mejora.
- Proceso de plan de mejora implementado y evaluado.

Al cumplir tres meses de seguimiento se realiza un nuevo proceso de autoevaluación, cuyos resultados son analizados para diagnosticar las deficiencias que permanecen y los avances logrados. Así se definen los pasos a seguir y procedimientos a mejorar en esta última etapa anterior a la acreditación. Consecuentemente se distribuye el informe final de autoevaluación al interior del centro y se comunica la estrategia de acreditación a toda la institución.

4.5. Definición de políticas de calidad para el cumplimiento de Recurso Humano según diagnóstico

Organizacional: Es imprescindible designar Encargada de Calidad que lidere el proceso de trabajo e implementación de mejora continua en el Laboratorio Arauco.

Dicha encargada debe cumplir los requisitos definidos por la Superintendencia de Salud:

- Liderazgo, Dirección y Coordinación de Equipos: Capacidad de ponerse a la cabeza de un equipo de trabajo, aprovechando las competencias y capacidades de cada miembro, diseñando un plan de trabajo, asignando responsables para cada tarea, entregando instrucciones y controlando el cumplimiento del plan en forma oportuna, conjugando el aporte de los distintos miembros, para la consecución de los objetivos comunes.
- Comunicación Efectiva: Se refiere a la capacidad de escuchar y de expresarse, entregando información clara, precisa y directa. Implica la disposición a ponerse en el lugar del otro, la habilidad para transmitir ideas y estados de ánimo hacia los demás, considerando la complejidad del contexto y del interlocutor.
- Orientación a la eficiencia y calidad del trabajo: Se refiere a la motivación por el logro de las metas y resultados esperados, optimizando los recursos disponibles, para alcanzar estándares de calidad para la organización y los clientes, lo que implica comprender que se es responsable por la satisfacción de clientes tanto internos como externos a la organización.
- Orientación y Servicio al Cliente: Capacidad y disposición para satisfacer a los clientes o usuarios internos y externos, asumiendo un compromiso personal con la finalidad de poder cumplir con sus requerimientos de forma eficiente y oportuna.
- Iniciativa y proactividad: Implica realizar funciones sin depender de otros, lograr los objetivos de manera autónoma, dentro de lo esperado y según lineamientos impartidos por su jefatura, asumiendo la responsabilidad de lo que realiza. Emprender acciones para mejorar resultados, sin un requerimiento eterno que lo empuje. Ser proactivo.
- Manejo del estrés y trabajo bajo presión: Capacidad para mantener un desempeño estable bajo presión; sin que ello implique perjuicio para el desempeño de sus labores. Además se

espera que sea capaz de aliviar el estrés de una manera que sea aceptable para él/ella misma, las otras personas y la Institución.

- Trabajo en Equipo: Capacidad de colaborar con otros, compartiendo conocimientos, esfuerzos y recursos, en pos de objetivos comunes. Implica alinear los propios esfuerzos y actividades con los objetivos del equipo de trabajo.

Elaboración de Política de Calidad Institucional: permite orientar y dirigir el trabajo de mejora continua del Laboratorio estableciendo como directriz la implementación de la calidad y seguridad del paciente.

Elaboración del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente: herramienta metodológica que permita organizar las funciones de la Oficina de Calidad y Seguridad y definir objetivos que cumplan con la implementación de las características del Manual de Acreditación de Laboratorios Clínicos y mejorar la seguridad de nuestros usuarios.

Gestión de Documentos: es necesario diseñar un sistema de gestión de los documentos en esta etapa se plantean y establecen las actividades necesarias para que el sistema de gestión y elaboración de los documentos esté acorde a los requisitos que hemos identificado. **Lo recomendable es elaborar un Manual de gestión y elaboración documental que describa:** (Asociación Española de Documentación e Información, 2011)

1. Las características de los documentos utilizados por el Prestador Institucional, en este sentido se puede realizar un cuadro de clasificación según sus funciones: gestión de calidad, gestión clínica, gestión interna.
2. La designación de responsabilidades: Quién elabora, quién aprueba, quién revisa y quién actualiza un determinado tipo de documento.
3. Los formatos utilizados (electrónico, papel o ambos) que aseguren una adecuada difusión y disponibilidad de los documentos.
4. Un calendario de conservación para los distintos tipos de documentos, ejemplo: conservación de fichas clínicas por 15 años.

5. El mecanismo por el cual se harán institucionales los documentos, qué actualizaciones requerirán de un nuevo acto administrativo y cuáles no. En el contexto del Sistema de Acreditación actual, cambios menores a los documentos, como puede ser un cambio de formato o logo, no requieren de un nuevo acto administrativo de institucionalización. Sin embargo cualquier otro cambio que genere a su vez cambios en la aplicabilidad del procedimiento sí lo requieren, como puede ser cambios en los responsables, en el alcance, en las referencias, etc.
6. Los responsables de supervisar la actualización de los documentos disponibles
7. Una tabla de acceso y medidas de seguridad para documentos que contengan datos sensibles.
8. El mecanismo por el cuál se evaluará la gestión de los documentos (indicador y período de evaluación).
9. Un calendario de trabajo que programe las tareas previstas considerando los plazos de un proceso de Acreditación.

La Superintendencia de Salud (2013) recomienda que exista un listado “maestro” con todos los documentos que son necesarios para enfrentar un proceso de Acreditación, que incluya a los responsables de cada documento, el lugar físico donde deben encontrarse (o Punto de verificación según cada Pauta de Cotejo), la codificación, la fecha de elaboración y la fecha de revisión, entre otras características. Este listado maestro idealmente debe estar centralizado y gestionado desde la Unidad de Calidad, desde dónde se distribuirá a las Unidades o Servicios implicados.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

El presente capítulo expondrá las principales conclusiones, limitaciones y recomendaciones del presente estudio:

5.1. Conclusiones

En base a la investigación realizada y de acuerdo a los resultados obtenidos se concluye que el Laboratorio Clínico Arauco, es una organización que contribuye con el desarrollo y la cobertura del área de exámenes clínicos en la Provincia de Ñuble.

La necesidad de Acreditación en Salud se hace necesaria, debido a que en el año 2015 entra en vigencia la Garantía de Calidad en Salud (GES), de acuerdo a esta garantía, tanto área pública como privada, deberán trabajar solo con empresas que estén acreditadas, por lo cual el Laboratorio no podrá entregar sus servicios en las patologías GES, reduciendo su cartera de servicios de forma exponencial.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, se logró desarrollar una metodología para implementar en el Laboratorio Clínico Arauco, específicamente en el ámbito de Recurso Humano, que permita dar cumplimiento a los requisitos exigidos en la acreditación en salud involucrando en esta gran tarea a todo su personal, a través de la mejora continua, capacitación y fortalecimiento de las capacidades técnicas y del trabajo en equipo.

El análisis realizado del proceso de acreditación permite al Laboratorio Clínico tener una visión clara de los requisitos y leyes que regulan la acreditación de Calidad en nuestro país, formando bases sólidas conceptuales, que generen la comprensión del estándar de acreditación, sus ámbitos, componentes y características.

En el diagnóstico realizado se concluyen las deficiencias en el área de recurso humano, donde su organización, estructura y planificación estratégica son incompletas y no responden a la misión y visión de la institución. No se identifica un funcionario a cargo en el área de recursos

humanos que permita desarrollar las políticas que fortalezcan la institución y a sus funcionarios.

Para dar cumplimiento al ámbito de recurso humano y de alguna forma poder potenciar esta área se recomienda la siguiente estructura metodológica:

Estructurar la unidad de recursos humanos implementando funciones por escrito, descripción de cargos, sistemas de estímulo de funcionarios, planificación estratégica en la unidad y que cada funcionario tenga su carpeta individual con todos sus antecedentes y sus certificados que acrediten que están habilitados para cumplir sus funciones.

Es fundamental que la encargada de Calidad se encuentre capacitada para desarrollo de la mejora continua, con conocimientos de los distintos sistemas de acreditación, metodologías a trabajar con funcionarios, gestión de documentos y liderazgo.

Otro ámbito a desarrollar es la capacitación a los funcionarios en el sistema de calidad y acreditación en salud, que identifiquen la importancia de la seguridad del paciente y su rol en la institución.

El sistema debe ser sostenido con políticas de calidad y elaboración de planes de trabajo anual que desarrollen el cumplimiento de los objetivos, con metas, actividades y medición de indicadores que integren las etapas del planificar, hacer, verificar y actuar.

Además la acreditación en salud, le brinda a la organización una imagen de credibilidad, solidez y transparencia que es clave en el éxito de toda estrategia, se constituye en una oportunidad para que las instituciones sean competitivas.

Esta competitividad, reconocimiento y prestigio, se traduce en un incremento de la demanda hacia el servicio que presta la organización, lo que genera en definitiva un aumento en el volumen de ingresos económicos del mismo.

El proceso de acreditación del laboratorio Clínico, ha sido diseñado para crear una cultura de calidad y seguridad dentro de una organización que se esfuerza por mejorar en forma continua los procesos y resultados vinculados con la atención al paciente. Como consecuencia, las organizaciones, mejoran la confianza del público debido al interés que demuestra el laboratorio hacia la seguridad del paciente y la calidad de la atención.

5.2. Limitaciones del Estudio

En cuanto a las limitaciones del estudio, el primero está relacionado con las posibilidades de generalización de los resultados. En este sentido, y dada la metodología utilizada, no es posible la realización de ningún tipo de inferencia de naturaleza estadística con la intención de generalizar los resultados a poblaciones mayores. Sin embargo, un estudio de casos permite la ya mencionada “generalización analítica”, es decir, la ampliación de los planteamientos teóricos existentes en función del análisis de la evidencia obtenida a través de la lógica de la construcción de una explicación.

Por otro lado, la combinación de fuentes de información utilizadas en este estudio ha sido fundamental para la validación del trabajo. No obstante, las entrevistas realizadas y el levantamiento de información que han permitido abordar los temas objeto de estudio, están sujetas a ciertas limitaciones, relacionadas con la participación de la investigadora como funcionaria y directivo de la institución objeto de estudio. No obstante, este inconveniente se subsana, con la utilización de otras fuentes de información.

5.3. Recomendaciones del Estudio

Las principales propuestas se la investigación se centran en dar continuidad al estudio, dadas las múltiples ventajas que podrían deparar los estudios longitudinales de estas características. Así mismo, sería interesante ampliar el estudio tanto de estos casos como de otros que pudieran abordarse.

Por consiguiente, se plantea la posibilidad de realizar estudios, en el futuro, utilizando otro tipo de metodologías que permitan dicha generalización estadística, tales como estudios cuantitativos que permitan acceder a poblaciones mayores y a otras organizaciones.

Finalmente se considera conveniente recomendar que, en futuras investigaciones, se trate de adoptar un enfoque multidisciplinario con información sistematizada de distintas organizaciones, en el que tenga cabida la utilización de diferentes instrumentos para la obtención de la información y entre los que se contemplen las entrevistas en profundidad y la presencia durante un tiempo prolongado en la organización que está desarrollando un cambio. Estas consideraciones permitirán apreciar de una forma directa y comparativa el cambio generado y la adopción de las decisiones entre otras.

BIBLIOGRAFIA

1. Accreditation Association for Ambulatory Health Care (2013). Disponible en <http://www.aaahc.org/what-is-accreditation/>
2. Altisent Rogelio, (2010), "La ética del desarrollo profesional continuado en la promoción de la calidad asistencial", Acta bioeth. v.16 n.2 Santiago nov. 2010.
3. Arredondo, A. "Marcos Conceptuales en Salud Pública. Modelos, Paradigmas o Propuestas Disciplinarias". Cuaderno Médico social XXXIV.
4. Asociación Española de Documentación e Información. Documentos de Trabajo N°2: Serie ISO 20200: Sistema de Gestión para los documentos. 2011. Disponible en: <http://www.sedic.es/DT-n2-SEDIC-ISO30300.pdf>.
5. Bueno J, Gascon J, Saturno P. (2002) La otra perspectiva de Atención Primaria Capitulo 30: 433-34.
6. Búrquez C. Sergio, Gómez C. Luis, Hanuch V. Katya, Lobos P. Juan, Lorca P. Fernando, (1983) Seminario "Rol de la auditoria en la administración de personal de una empresa".
7. Cepal. "Documentos de Proyectos las Reformas de Salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social".
8. Colegio Americano de Cirujanos, (1917) EEUU, Minimum Estándar for Hospital.
9. Díaz F. Vilma, Fernández A. Lucía, Jaramillo G. Gloria, Tobar C. Elizabeth (2003). Grado de Satisfacción del Usuario Interno del Centro de Salud Familiar Gil de Castro.
10. Dirección Nacional del Servicio Civil. (2007) Diagnósticos de las unidades de recursos humanos de los servicios públicos. dirección nacional del Servicio Civil. Subdirección de desarrollo de las personas. Disponible en: <http://www.serviciocivil.gob.cl/sites/default/files/DiagnosticoUnidadesRRHHServiciosPublicosAdministracionCentralEstado.pdf>.

11. Donabedian Avedis (1988) Veinte años de investigación en torno a la calidad de la atención médica 1964-1984; Rev. salud pública de México, vol. 30, n° 2 marzo –abril.
12. De Aretxabala Xabier, (2008) Profesor Titular de Cirugía, Universidad de Chile. Rev. Méd. Chile V.136 N°.12 Santiago Dic. Cartas al editor. Oportunidades y Desafíos en el Sistema de Salud. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872008001200015>.
13. European Foundation for Quality Management, (1999), Modelo EFQM de Excelencia, Club Gestión de Calidad. Sector Público y Organizaciones del Voluntariado. Madrid.
14. Fundación Avedis Donabedian, (1997) Barcelona, Estándares de Acreditación de hospitales.
15. García Emilio, (2007) Tesis Doctoral, “ Validación de un modelo para medir la calidad asistencial en los Hospitales”
16. Guzmán D. Ana María, Sánchez T., De la Barra R. (2011), “Implementación de 9 Indicadores de Calidad en un Laboratorio Hospitalario”.
17. Gnecco Gilda (2011) Apunte Diploma de Gestión de Calidad en Salud. El Sistema de Salud Chileno Contexto Histórico y Normativo del Sistema de Salud Chileno.
18. Gnecco Gilda (2011), Diplomado de Gestión de Calidad en Salud, Universidad de Chile, Modulo 2, Historia de la Calidad, “El pasado permite el presente”
19. Guzmán D. Ana María, Solari S. Sandra, Lagos L. Marcela, Poggi M. Helena, Sánchez P. Tomás, Madrid Q. Angélica, Parada B. Jacqueline, Román G. Juan Carlos, Rodríguez P. Luis, Quiroga G. Teresa, (2009) “Aviso de Valores de Alerta por parte del Laboratorio Clínico en una Red de Salud Universitaria”. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile. Rev. méd. Chile v.137 n.9 Santiago sep. 2009.
20. Gnecco Gilda (2011) Apunte Diploma de Gestión de Calidad en Salud. El Sistema de Salud Chileno Contexto Histórico y Normativo del Sistema de Salud Chileno.
21. Infante, Mata y López-Acuña (2000); Escritos OPS 2002.

22. Jiménez De La J. Jorge, Bastías s. Gabriel, (2010), “El ámbito de la Evaluación Económica de Intervenciones de salud”, Rev.méd.Chile v.138 supl.2 Santiago sep. 2010.
23. Joint Commission International, (2010) “Joint Commission International Accreditation Standards for Clinical Laboratories”.
24. Longo, Francisco. (2002). “Mérito y flexibilidad: La gestión de las personas en las organizaciones del sector público”. Paidós.
25. Naylor G., (1999), Using the Business Excellence Model to develop a strategy for a health care organization. International Journal of Health Care Quality Assurance.
26. Norma Chilena Oficial NCh 2547 Of. 2003 Laboratorios Clínicos - Requisitos Particulares para la Calidad y Competencia. Instituto Nacional de Normalización.
27. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe Sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. capítulo 2: 49-50. OMS Ginebra.
28. Organización Panamericana de la Salud, (2005) Análisis del sector Salud: una herramienta para viabilizar la formulación de políticas. Lineamientos metodológicos.
29. Palacio F, Marquet R, Oliver A., Castro P., Bel M, Piñol J. (2013) Las Expectativas de los Pacientes: ¿Qué Aspectos Valoran en un Centro de Salud? Un Estudio Cualicuantitativo.
30. Riveros S. Jorge, Berné M. Carmen, Múgica G. José M., (2010), Rev. Méd. Chile V.138 n.5 Santiago, Mayo, Gestión y Satisfacción en Servicios de Salud de Chile: Contraste entre las Percepciones de los Funcionarios y los Usuarios.
31. Sosa R., (2008), Ensayos de Aptitud. Impacto de su gestión competente para la Acreditación de Laboratorios en Cuba. Revista Normalización. N° 2-3, pág. 58. Publicación de la Oficina Nacional de Normalización, Cuba.
32. Universidad de Chile, (2013) “Apuntes Diploma en Gestión de la Calidad para la Gestión del Cuidado”.
33. Valdés P. Javiera, Jiménez Q. Leonardo, Álvarez A. María Elena, (2013) “Elaboración y Gestión de documentos para el Proceso de Acreditación en Salud: Recomendaciones para

Prestadores Institucionales. Observatorio de Buenas Prácticas en Salud, Superintendencia de Salud.

34. Zuñiga Fajuri A., (2010), “Una teoría de la justicia para el cuidado sanitario: la protección de la salud en la constitución después de la reforma AUGE”, Rev. derecho (Valdivia) vol.23 no.2 Valdivia dic. 2010.

ANEXOS

Anexo 1:

Aplicación de la Técnica de Rostros en la empresa para medir percepción laboral

La escala Facial de Wong y Baker (2001), que se aplica en el área de la psicología, fue diseñada para favorecer la comprensión, esta encuesta es proyectiva en términos psicológicos y permite conocer acerca de la percepción de los funcionarios en el área entrevistada.

Según la figura N°4, se le otorgó un valor a cada rostro, que va desde 1 (perspectivas negativas) hasta 6 (perspectivas positivas).

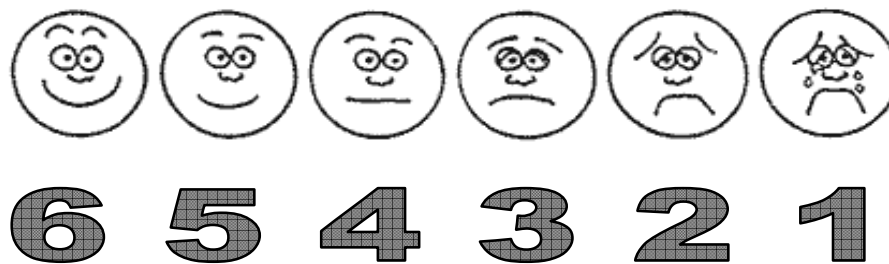
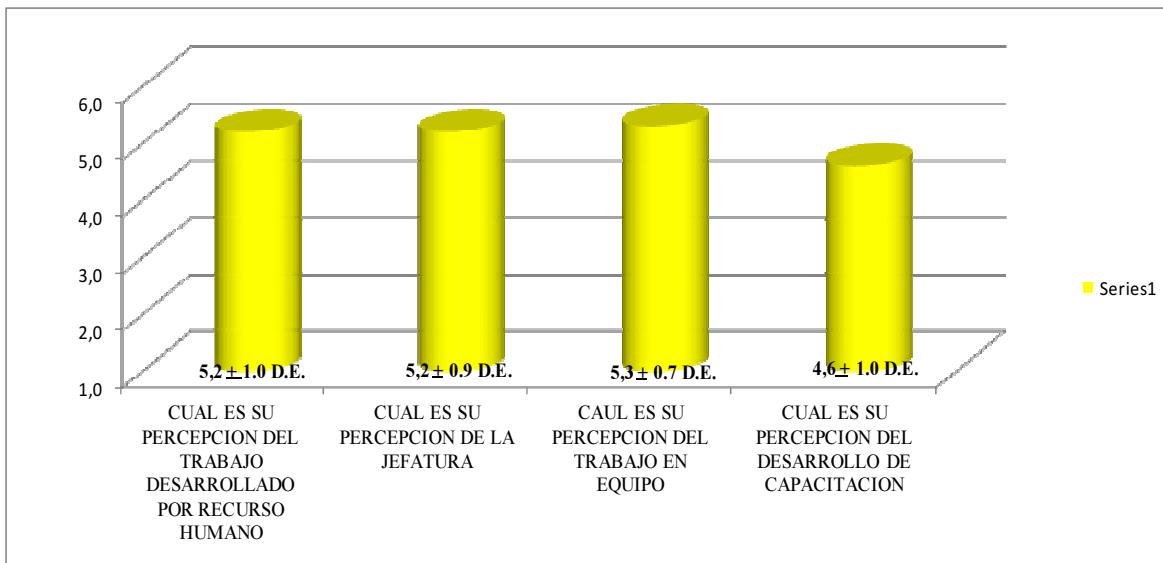


Figura N°7: Percepción a través de rostros

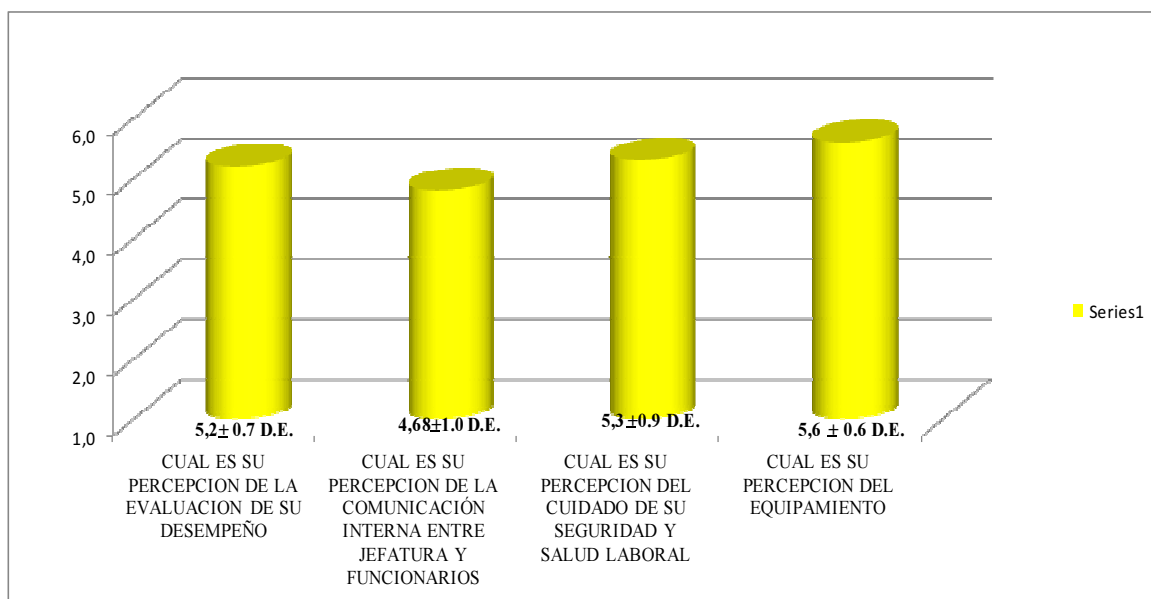
La figura N° 5 muestra los resultados de la encuesta de percepción donde fueron entrevistados 19 funcionarios, donde 3 no respondieron la encuesta, en la primera pregunta donde se consulta su percepción en el trabajo desarrollado por recurso humano del Laboratorio se obtuvo un promedio de 5.2 ± 1.0 D.E.(desviación estándar) la percepción de la jefatura obtuvo un promedio de 5.2 ± 0.9 D.E. , aumenta el promedio en la pregunta referida a su percepción en el trabajo en equipo con un 5.3 ± 0.7 D.E., en la pregunta orientada a la percepción del desarrollo de capacitación se obtuvo un promedio de 4.6 ± 1.0 D.E. siendo el menor valor obtenido.

Figura N° 8: Resultados de Percepción de los Funcionarios



En la figura N° 5 se muestra la apreciación de la autoevaluación de su desempeño laboral obteniéndose un promedio de 5.2 ± 0.7 D.E., la percepción de la comunicación interna entre la jefatura y funcionarios se obtuvo un promedio de un 4.6 ± 1.0 D.E., la percepción de los funcionarios del Laboratorio Clínico del cuidado de su seguridad y salud laboral tiene un promedio de 5.3 ± 0.9 D.E. y su percepción del equipamiento el general con que cuenta el Laboratorio obtuvo un promedio de 5.6 ± 0.6 D.E.

Figura N° 9 Resultados de Percepción de los Funcionarios



Anexo 2:

Planificación del Recurso Humano

Para una Correcta gestión del recurso humano se debe realizar los siguientes pasos:

Obtención del Recurso Humano

Se deben determinar número o cantidad y tipo de personas necesarias para el departamento de recurso humano. Realizando detección de necesidades del recurso Humano por medio de:

Desarrollar proceso de selección del Personal: Se deben implementar los siguientes pasos de reclutamiento y selección del personal, que permitan la estructuración y éxito en el desarrollo de integrar un nuevo funcionario en la organización:

- Solicitud de personal.
- Descripción del puesto.
- Información del Perfil Estratégico del Cargo.
- Recepción y revisión de antecedentes (curriculum).

Etapas del proceso de selección

En la gestión del recurso humano debe considerarse para qué se requiere el personal y a partir de ahí diseñar el instrumento que permitirá una selección formal adecuada. Para desarrollar un proceso de selección en forma eficiente, se deben cumplir las siguientes etapas:

- Revisión de currículum.
- Comparación de currículum con el perfil del cargo.
- Entrevista a los postulantes por el encargado de recurso humano.
- Confección de carpeta de los postulantes para el jefe directo.
- Entrevista del jefe directo del postulante.

- Aplicación de baterías de pruebas, de acuerdo a las características del cargo. Por ejemplo, test Psicológicos, habilidades, conocimientos y otros que la empresa estime conveniente.
- Elección y contratación del funcionario.
- Finalmente la Inducción

Descripción de Cargos: La descripción de cargos es un proceso que consiste en enumerar las tareas que conforman un cargo y que lo diferencian de los demás cargos que existen en la empresa; es la enumeración detallada de las funciones, qué hace el funcionario, la periodicidad de la ejecución, cuándo lo hace, los métodos aplicados para la ejecución de las funciones, cómo lo hace y los objetivos del cargo, por qué lo hace.

Análisis de Cargos: Una vez que se identifica el contenido del cargo, se pasa a analizar el cargo en relación con los requisitos que el cargo exige a su ocupante. La descripción de cargos y el análisis de cargos están estrechamente relacionados en sus finalidades y el proceso de obtención de datos; a pesar de ello, están perfectamente diferenciados entre sí: la descripción se ocupa del contenido del cargo, en tanto que el análisis pretende determinar todos los requisitos, las responsabilidades comprendidas y las condiciones que el cargo exige, para poder desempeñarlo de manera adecuada.

Estructura del análisis de Cargos: La descripción de cargos es una exposición de las tareas que el ocupante de un cargo desempeña.

Requisitos generales que se exigen a los cargos

- Requisitos Intelectuales: tiene que ver con las exigencias del cargo, los requisitos intelectuales tienen que ver con; la instrucción técnica, iniciativa, aptitudes entre otros.
- Responsabilidades del Cargo: se refiere a la responsabilidad que el ocupante del cargo tiene, dentro de las que podemos mencionar, supervisión de personal, manejo de equipamiento, información de proveedores etc.
- Condiciones de trabajo: se refiere a las condiciones ambientales del lugar donde se desarrolla el trabajo y sus alrededores. Evalúan el grado de adaptación del elemento

humano al ambiente y al equipo, y facilitan su desempeño; tal como, ambiente de trabajo, riesgos laborales.

El análisis de cargos es fundamental en la estrategia de planificación de Recursos Humanos y entrega una visión del knowhow de la organización permitiendo valorar metas de largo plazo cuando la organización desea crecer.

Métodos a utilizar para realizar la descripción de Cargos: Los métodos que más se utilizan en la descripción y el análisis de cargos son:

Observación Directa: Es uno de los métodos más utilizados, por su eficiencia. El análisis del cargo se efectúa mediante la observación directa y dinámica del ocupante del cargo, en pleno ejercicio de sus funciones, en tanto que el analista de cargos anota los puntos claves de su observación en la hoja de análisis de cargos. Después de anotar toda la información se acompaña de una entrevista al ocupante del cargo.

Cuestionario: El análisis se realiza solicitando a la persona que ejerce el cargo que será analizado o sus jefes, que llene un cuestionario de análisis de cargos, o que responda a las preguntas relacionadas con todas las indicaciones acerca del cargo.

Entrevista Directa: La recolección de datos se hace mediante una entrevista del analista con el ocupante del cargo, en la que se hacen preguntas y se dan respuestas verbales. Los datos relativos a un cargo se obtienen a partir de quienes lo conocen mejor.

Métodos Mixtos: Éstos son combinaciones de dos o más métodos de análisis.

Descripción y especificación del cargo de Laboratorio Clínico Arauco

1. Descripción del Cargo

1.1.- Identificación:	
1.2.- Área a la cual pertenece:	
1.3.- Cargo del jefe directo:	
1.4.- Función Principal:	
1.5.- Responsabilidades:	
1.6.- Funciones Generales:	

1.7.- Coordinación

Coordina con (área o cargo)	Actividad que coordina

1.8.- Supervisión

Supervisa a	Es supervisado por

1.9.- En caso de Ausencia

Reemplaza a	Es reemplazado por

1.10.- Lugar de trabajo:	
1.11.- Horario de trabajo:	

2. Especificación del Cargo

2.1.- Requisitos generales	
2.2.- Requisitos personales (competencias)	

Evaluación del Desempeño

La evaluación del rendimiento o desempeño laboral de los trabajadores es un proceso técnico a través del cual, en forma integral, sistemática y continua realizada por parte de los jefes inmediatos; se valora el conjunto de actitudes, rendimientos y comportamiento laboral del colaborador en el desempeño de su cargo y cumplimiento de sus funciones, en términos de oportunidad, cantidad y calidad de los servicios producidos.

Su objetivo es determinar y comunicar a los funcionarios, la forma en que están desempeñando su trabajo para elaborar planes de mejora. Cuando se realiza adecuadamente la evaluación de personal no solo hacen saber a los funcionarios cual es su nivel de cumplimiento, sino que influyen en su nivel futuro de esfuerzo y en el desempeño correcto de sus tareas.

Desempeño Humano y recompensas

Uno de los usos más comunes de las evaluaciones de los funcionarios es la toma de decisiones administrativas sobre promociones, ascensos, despidos y aumentos salariales.

La evaluación del desempeño sirve de control y se utiliza para conceder ascensos, premios, incentivos, detectar los mejores elementos y recompensarlos, permite identificar a las personas poco eficientes y que desarrollan sus funciones de manera no adecuada, para poder entrenarlos, capacitarlos mejor o cambiarlos de puesto.

De acuerdo con la política de recursos humanos adoptada por la organización, la responsabilidad en la evaluación de los funcionarios puede atribuirse al gerente, al mismo funcionario, jefe de área o departamento de recursos humanos, o a una comisión de evaluación del desempeño. Cada uno de estas alternativas implica una filosofía de acción.

El gerente o supervisor inmediato: en la mayor parte de las organizaciones el gerente es responsable del desempeño de sus subordinados y de su evaluación, con la asesoría de los

integrantes de gestión de recursos humanos, que establece los medios y los criterios para tal evaluación.

El Laboratorio Arauco debe implementar evaluación del personal que permita establecer un sistema estructurado, de seguimiento y mejora de resultados en el personal de la organización.

Sistema de Mantención del Personal

Una de las funciones importantes del Departamento de Recursos Humanos y en general de toda la empresa, es el de mantener en forma adecuada a los trabajadores que pertenecen a una organización. Para lograr tal propósito existe una gama de actividades orientadas a lograr una estabilidad y madurez del trabajador en su lugar de trabajo. Entre ellas se encuentra la asignación de concesiones sociales por parte de la empresa hacia los trabajadores, las que pueden ser obligatorias o voluntarias y asignadas fuera del lugar de trabajo o cuando el trabajador está ejerciendo sus labores.

Con los programas de beneficios sociales, se logra crear y estimular la moral, identidad e integración de los trabajadores, mediante la entrega de una gama de privilegios que son complementarias al sueldo directo que puede recibir un trabajador en el desempeño de sus labores.

Beneficios del Laboratorio Arauco

Se sugiere la Implementar beneficios sociales a través de:

- Convenios con Clínicas o Centros médicos
- Convenios con Farmacia
- Convenios con instituciones de educación
- Convenios con Caja de Compensación

Anexo 3:

Listado de Exámenes Realizados en Laboratorio

Exámenes Hematológicos

- Células de lupus
- Tiempo de coagulación
- Tiempo de protrombina
- Tiempo parcial de tromboplastina
- Test de Coombs directo
- Test de Coombs indirecto
- Grupos sanguíneos ABO y RHO.
- Hematocrito
- Hematocrito-Hemoglobina
- Hemograma
- Recuento de leucocitos
- Recuento de eritrocitos
- Recuento de plaquetas
- Recuento de reticulocitos
- Tiempo de sangría
- Velocidad de eritrosedimentación
- Recuento globular

Exámenes Bioquímicos

- Ácido úrico
- Amilasa
- Calcio
- Fósforo
- Bilirrubina total y directa
- GOT
- GPT

- GGT
- Fosfatasa alcalina
- Glicemia
- Test de tolerancia
- Creatinina
- Urea y/o Nitrógeno ureico
- Electrolitos plasmáticos
- Proteínas totales
- Albúmina
- Colesterol total
- Colesterol Hdl
- Colesterol Ldl
- Triglicéridos
- Creatin Kinasa
- Creatin Kinasa MB
- Lactato deshidrogenasa
- Microalbuminuria
- Clearance de creatinina
- RAC
- RPC
- Proteína C Reactiva
- Hemoglobina Glicosilada

Exámenes Microbiológicos

- Orina completa
- Test de embarazo en orina
- Cultivo corriente
- Flujo vaginal
- Examen directo al fresco
- Tinción de Gram

- Cultivo de hongos
- Coprocultivo
- Baciloscopía
- Espermiograma
- Test de Clamidia

Exámenes Parasitológicos

- Examen parasitológico seriado de deposiciones
- Rotavirus
- Leucocitos fecales
- Ph y Benedict
- Test de Weber

Exámenes Inmunológicos

- V.D.R.L
- R.P.R
- Factor reumatoideo
- ASO (Antistreptolixina O)

Anexo 4: Exámenes derivados a Laboratorio Externo

Existen un gran número de exámenes específicos que no se procesan en el laboratorio por diferentes razones por lo cual se tiene convenio con un laboratorio externo Redlab.

- 17-B- Estradiol
- 17- Hidroxiprogesterona
- 17- Cetoesteroides
- 17- Hidroxicorticoesteroides
- Acido 5- Hidroxi indolacetico
- Ácido fólico eritrocitario
- Ácido fólico serico
- Ácido lactico
- Ácido vainillilmandelico
- Ácido valproico
- Adenocorticotrofina
- Adenosin – Deaminasa
- Aldosterona
- Alfa 1 Antitripsina
- Aminoacidemia
- Aminoaciduria
- Androstenediona(sangre)
- Anticuerpo Anti Anca C
- Anticuerpo Anti Anca P
- Anticuerpo Anti Cardiolipina IgG
- Anticuerpo Anti Cardiolipina IgM
- Anticuerpo Anti Centromero
- Anticuerpo Anti Citomegalovirus IgG
- Anticuerpo Anti Citomegalovirus IgM
- Anticuerpo Anti Citoplasma de neutrófilos

- Anticuerpo Anti DNA
- Anticuerpo Anti Endomisio
- Anticuerpo Anti Gliadina Ig A
- Anticuerpo Anti Gliadina Ig G
- Anticuerpo Anti Herpes Tipo 1 IgG
- Anticuerpo Anti Herpes Tipo 2 IgG
- Anticuerpo Anti Herpestipo 1 IgM
- Anticuerpo Anti Herpestipo 2 IgM
- Anticuerpo Anti HTLV-1
- Anticuerpo Anti LKM-1 Antimicrosomal hígado y riñón
- Anticuerpo Anti péptidos cíclico citrulado
- Alfafetoproteínas
- Anticuerpo Anti Microsomales
- Anticuerpo Anti Mitocondriales
- Anticuerpo Anti Músculo liso
- Anticuerpo Anti Mycoplasma pneumoniae IgG
- Anticuerpo Anti Mycoplasma pneumoniae IgM
- Anticuerpo Anti Nucleares
- Anticuerpo Anti Rubeola IgG
- Anticuerpo Anti Rubeola IgM
- Anticuerpo Anti tiroglobulina
- Anticuerpo Anti Toxoplasma IgM
- Anticuerpo Anti Toxoplasma IgG
- Anticuerpo Anti Transglutaminasa IgA
- Anticuerpo Anti Transglutaminasa IgG
- Anticuerpo Anti Varicela Zoster IgG
- Anticuerpo Anti Virus Epstein- Barr IgG
- Anticuerpo Anti Virus Epstein- Barr IgM
- Antígeno CA 125
- Antígeno CA 15-3

- Antígeno CA 19-9
- Antígeno carcinoembrionario
- Antígeno prostático específico
- Antígeno prostático específico libre
- Beta 2 microglobulina
- Carbamazepina
- Ceruloplasmina
- Colinesterasa
- Complemento C1Q Antigénico
- Complemento C3
- Complemento C4
- Cortisol basal
- Cortisol libre urinario
- Cortisol Post Dexametasona
- Dehidroepiandrosterona sulfato
- Digoxina
- Electroforesis de Hemoglobina
- Electroforesis de Proteína
- ENA Específico JO-1
- ENA Específico LA
- ENA Específico RNP
- ENA Específico RO
- ENA Específico SCL-70
- ENA Específico SM
- Eritropoyetina
- Fenitoína
- Fenobarbital
- Ferritina
- Fosfatasa ácida fracción prostática
- Fosfatasa ácida total

- Fosfolípidos
- FTA-ABS (T.P.H.A.)
- Gonadotrofina coriónica
- Hidatidosis IgG
- Hormona de crecimiento basal
- Hormona folículo estimulante (FSH)
- Hormona ligante sexual (SHBG)
- Hormona luteinizante (LH)
- Hormona tiroestimulante (TSH)
- IgE Específica, Alergeno Mezcla
- IGF-1 (Somatomedina C)
- IGFBP-3 (Proteína transportadora de IgF)
- Índice andrógenos libres
- Inmunoglobulina A secretora
- Inmunoglobulina D
- Inmunoglobulina E total
- Inmunoglobulina IgA
- Inmunoglobulina IgG
- Inmunoglobulina IgM
- Insulina basal
- Insulina post carga
- Insulina post prandial
- Lipasa
- Lípidos totales
- Litio
- Magnesio (Sangre)
- Parathormona (PTH)
- Péptido C
- Primidona
- Progesterona

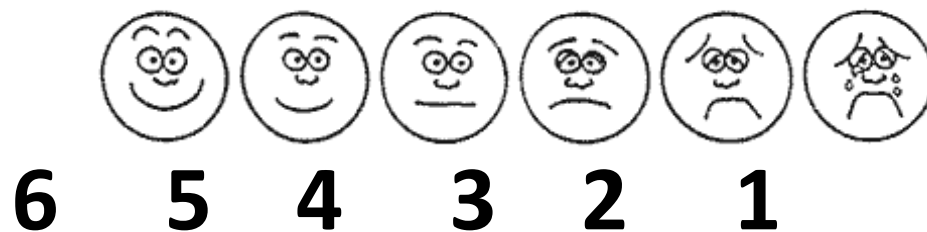
- Prolactina
- Prolactina (Pool 3 muestras)
- Renina plasmática
- Serología para Chagas
- Testosterona libre
- Testosterona total
- Tioglobulina
- Tiroxina (T4)
- Tiroxina libre (T4 Libre)
- Transferrina
- Triyodotironina (T3)
- Virus Hepatitis A IgM
- Virus Hepatitis B Antígeno de superficie
- Virus Hepatitis C
- Vitamina B12

Anexo 5: Test de Rostros

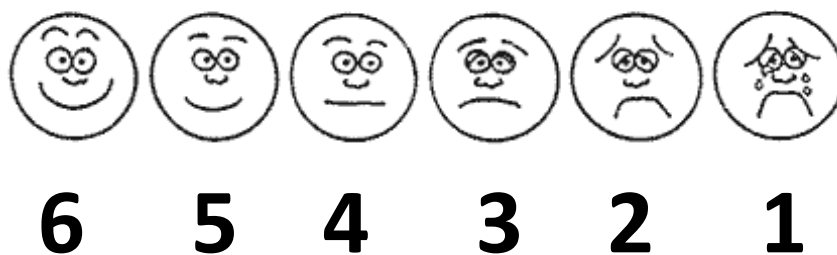
A través de la siguiente Encuesta queremos conocer su opinión en relación al desarrollo de su institución en el área de recurso humano, usted deberá seleccionar el rostro que más lo identifique con su opinión y percepción de la organización que trabaja. Según la figura se le otorgó un valor a cada rostro, que va desde 1 (perspectivas negativas) hasta 6 (perspectivas positivas), donde usted debe seleccionar una opción.

La encuesta es de carácter confidencial y voluntaria.

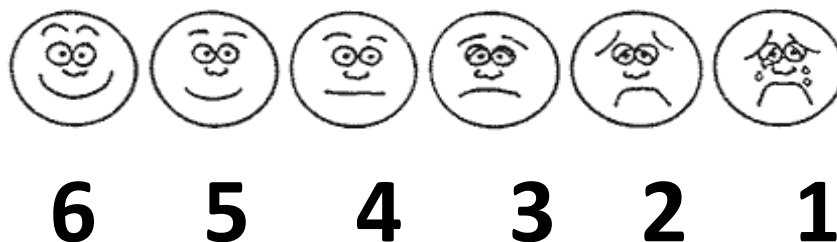
1.- ¿Cuál es su percepción del trabajo desarrollado por Recurso Humano en su institución?



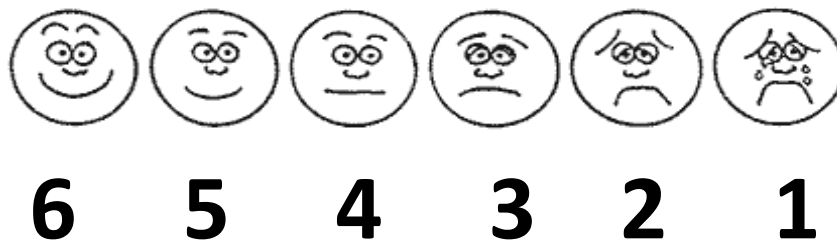
2.- ¿Cuál es su percepción de la jefatura que dirige su institución?



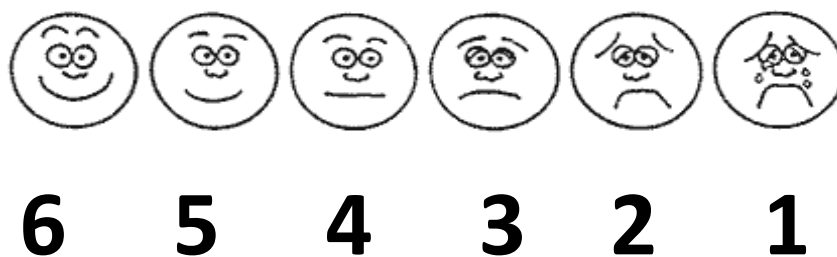
3.- ¿Cuál es su percepción del trabajo en equipo que se desarrolla en su institución?



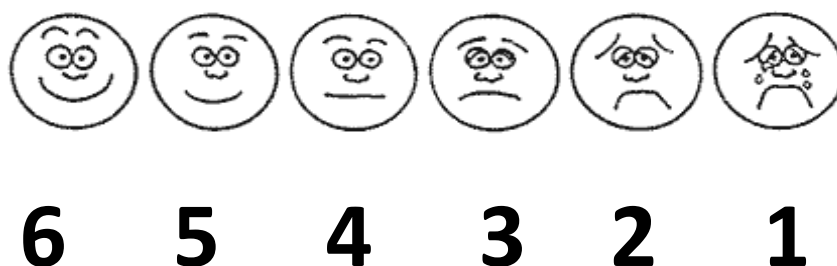
4.- ¿Cuál es su percepción del desarrollo de capacitación en su institución?



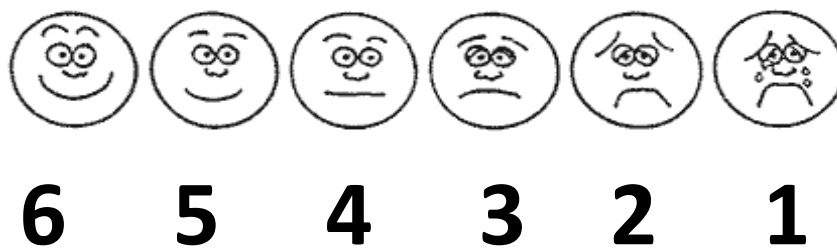
5.- ¿Cuál es su percepción de la evaluación de su desempeño al interior de la institución?



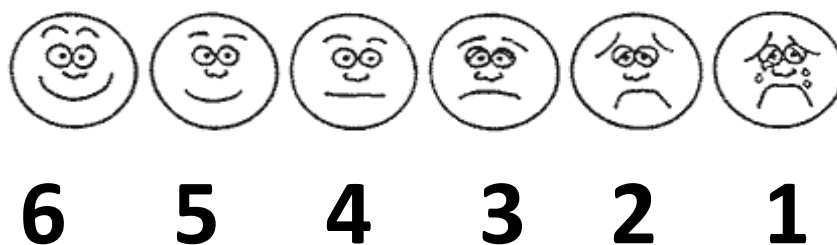
6.- ¿Cuál es su percepción de la comunicación interna entre jefatura y funcionarios en su institución?



7.- ¿Cuál es su percepción de cuidado de su seguridad y salud laboral en la institución?



8.- ¿Cuál es su percepción del equipamiento con el cual cuenta su institución?



Resultados:

Preguntas	Puntaje	Preguntas	Puntaje
1		5	
2		6	
3		7	
4		8	