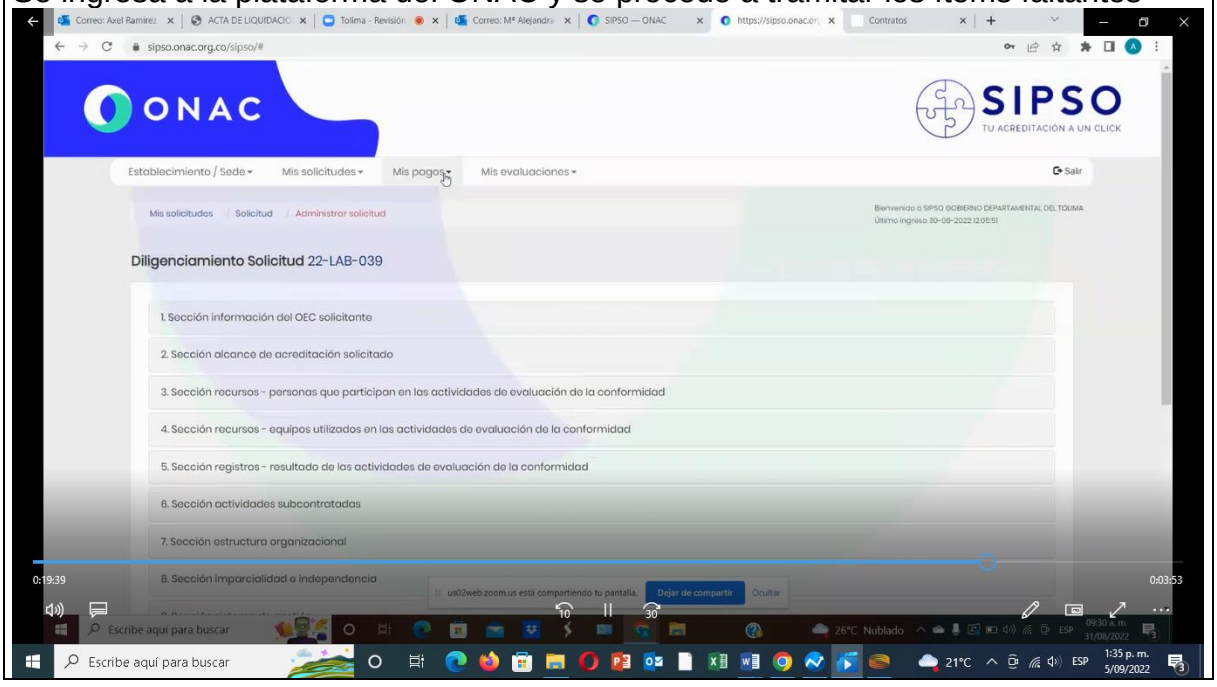
ACTA DE REUNION No. 48
Tema: Trámite ONAC
Nombre de la reunión: Trámite ONAC
Fecha de la reunión: 31de agosto de 2022
Lugar de la reunión: Virtual a través de Zoom
Asistentes: Oscar Alexander Delgado Alejandra Rodríguez Claudia Gómez
Objetivos de la reunión: Adelantar trámite ONAC

Desarrollo de la reunión:

El experto técnico Oscar Delgado da el saludo de bienvenida corroborando una correcta comunicación entre los participantes. Una vez hechos los respectivos ajustes técnicos, se procede con el desarrollo de la reunión.

Se trato sobre las recomendaciones y hallazgos identificados en la auditoria interna. Se concluyó que el rendimiento fue optimo y los ajustes que se deben hacer son mínimos.

Se ingresa a la plataforma del ONAC y se procede a tramitar los ítems faltantes



Anexos: NINGUNO	
Elaborada por: Erika Paola Yaluzan	Fecha elaboración: 31 de agosto de 2022
	Fecha próxima reunión: por definir

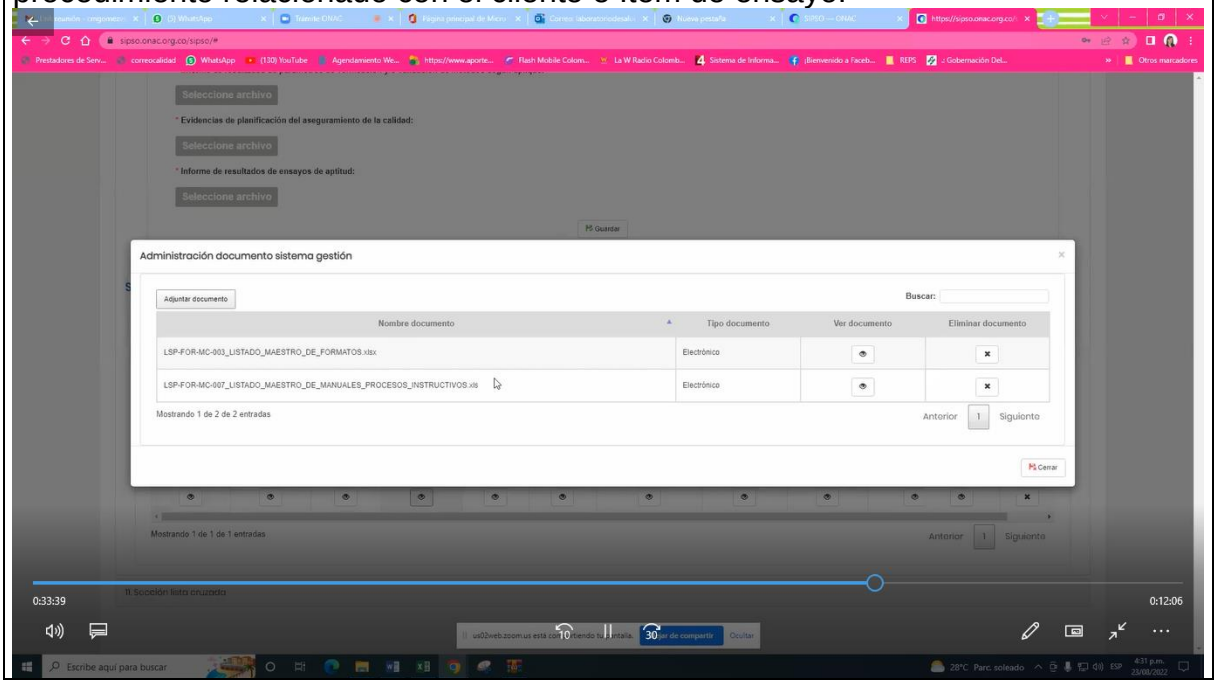
ACTA DE REUNION No. 47
Tema: Trámite ONAC
Nombre de la reunión: Trámite ONAC
Fecha de la reunión: 23 de agosto de 2022
Lugar de la reunión: Virtual a través de Zoom
Asistentes: Oscar Alexander Delgado Alejandra Rodríguez Claudia Gómez
Objetivos de la reunión: Adelantar trámite ONAC

Desarrollo de la reunión:

El experto técnico Oscar Delgado da el saludo de bienvenida corroborando una correcta comunicación entre los participantes. Una vez hechos los respectivos ajustes técnicos, se procede con el desarrollo de la reunión.

Se revisa el cargue de los documentos cargados en la plataforma del ONAC. Se revisa cada uno para verificar que corresponden a los requeridos.

Están pendientes: Procedimiento para garantizar la validez de los resultados, procedimiento relacionado con el cliente e Ítem de ensayo.



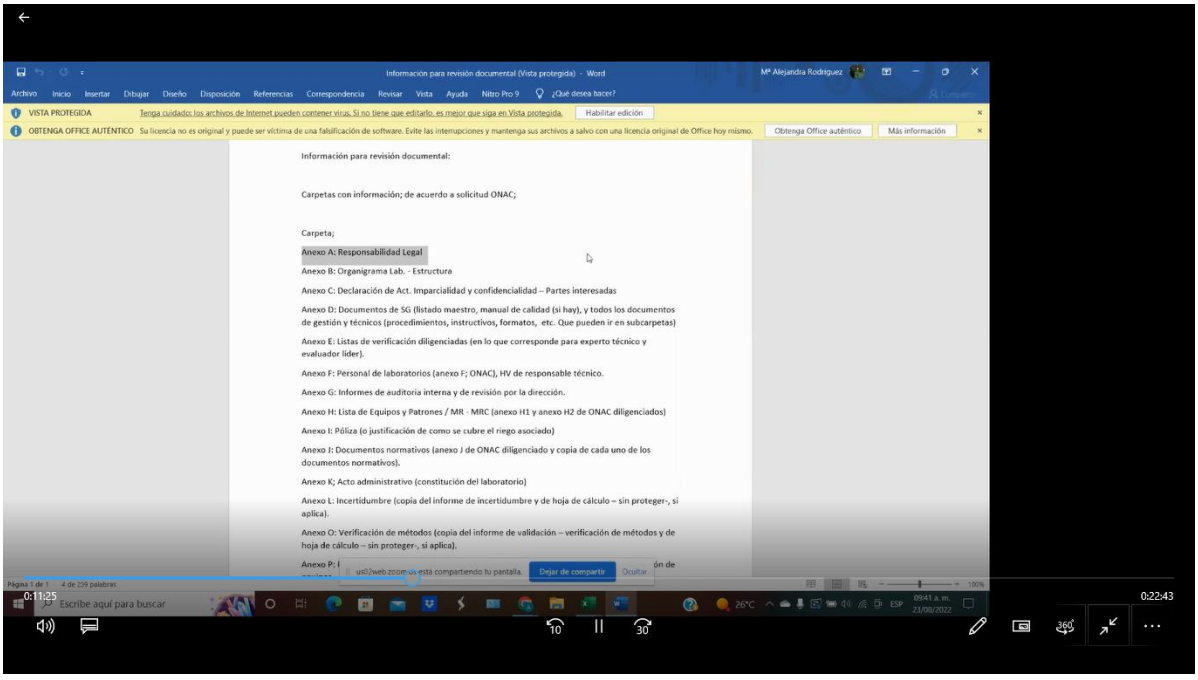
Se debe cargar todos los documentos hasta el día viernes 26 de agosto y a más tardar el día jueves 1 de septiembre se entrega el informe de la auditoria.	
Anexos: NINGUNO	
Elaborada por: Erika Paola Yaluzan	Fecha elaboración: 23 de agosto de 2022
	Fecha próxima reunión: por definir

ACTA DE REUNION No. 46
Tema: Revisión de documentos de auditoria
Nombre de la reunión: Revisión de documentos de auditoria
Fecha de la reunión: 23 de agosto de 2022
Lugar de la reunión: Virtual a través de Zoom
Asistentes: Oscar Alexander Delgado Alejandra Rodríguez
Objetivos de la reunión: Revisar de documentos de auditoria

Desarrollo de la reunión:

El experto técnico Oscar Delgado da el saludo de bienvenida corroborando una correcta comunicación entre los participantes. Una vez hechos los respectivos ajustes técnicos, se procede con el desarrollo de la reunión.

Se revisa cada Ítem de la lista de documentos de auditoria para definir qué documentos se deben presentar como evidencia.
Se aclaran dudas frente a los documentos solicitados.
Se asignan tareas para completar todos los documentos.



Tareas: -Investigar a que se refiere la póliza. -Pendiente entregar informes de incertidumbre. -Cargar documentos faltantes.	
Anexos: NINGUNO	
Elaborada por: Erika Paola Yaluzan	Fecha elaboración: 23 de agosto de 2022
	Fecha próxima reunión: por definir

ACTA DE REUNION No. 45
Tema: Trámite ONAC
Nombre de la reunión: Trámite ONAC
Fecha de la reunión: 22 de agosto de 2022
Lugar de la reunión: Virtual a través de Zoom
Asistentes: Oscar Alexander Delgado Alejandra Rodríguez Claudia Gómez
Objetivos de la reunión: Adelantar trámite ONAC

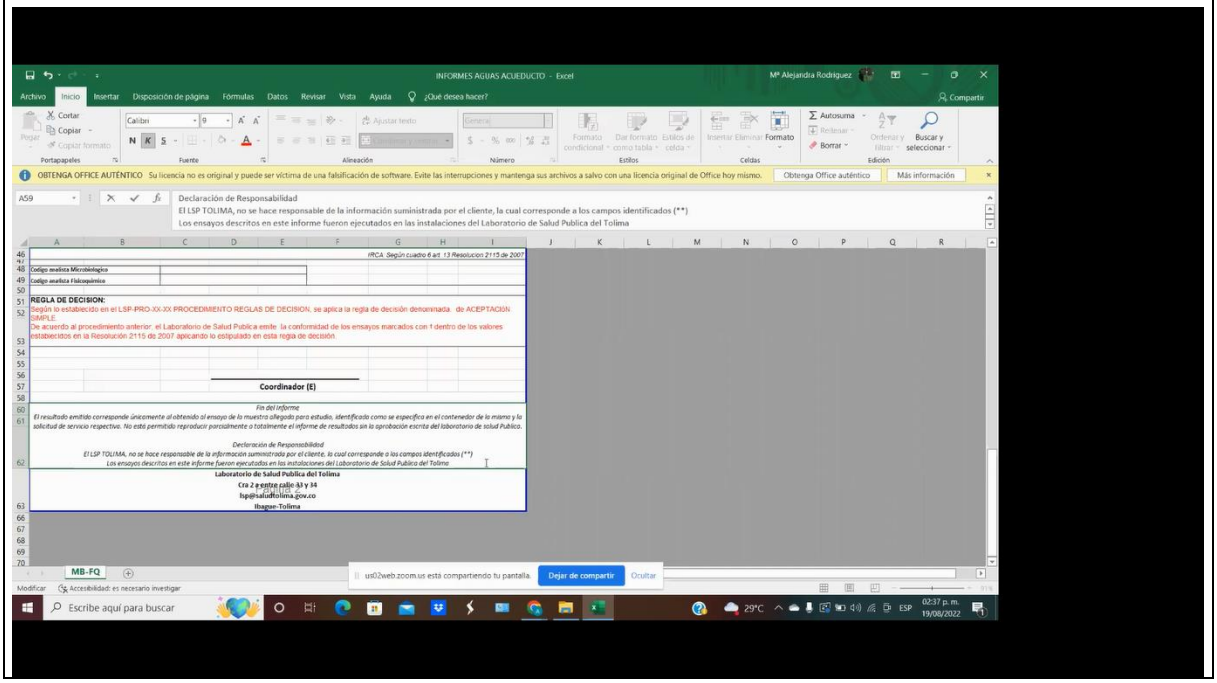
Desarrollo de la reunión: El experto técnico Oscar Delgado da el saludo de bienvenida corroborando una correcta comunicación entre los participantes. Una vez hechos los respectivos ajustes técnicos, se procede con el desarrollo de la reunión. El equipo del LSP y el asesor continúan con el trámite a través de la plataforma del ONAC para la solicitud de la acreditación. Se cargan documentos, se revisan requisitos y se asignan responsabilidades para cumplir con el proceso dentro del tiempo estimado.	
Anexos: NINGUNO	
Elaborada por: Erika Paola Yaluzan	Fecha elaboración: 22 de agosto de 2022
	Fecha próxima reunión: por definir

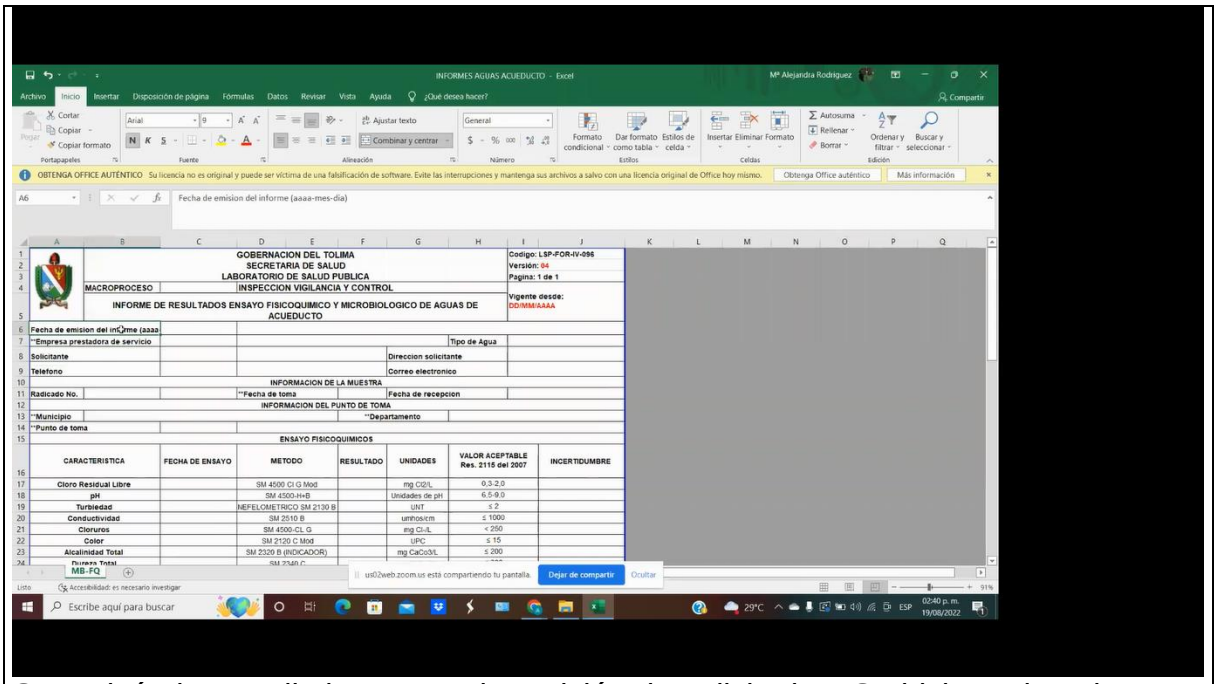
ACTA DE REUNION No. 44
Tema: Revisión del formato de informes de resultados y otros
Nombre de la reunión: Revisión del formato de informes de resultados y otros
Fecha de la reunión: 19 de agosto de 2022
Lugar de la reunión: Virtual a través de Zoom
Asistentes: Oscar Alexander Delgado Alejandra Rodríguez
Objetivos de la reunión: Revisión del formato de informes de resultados y otros

Desarrollo de la reunión:

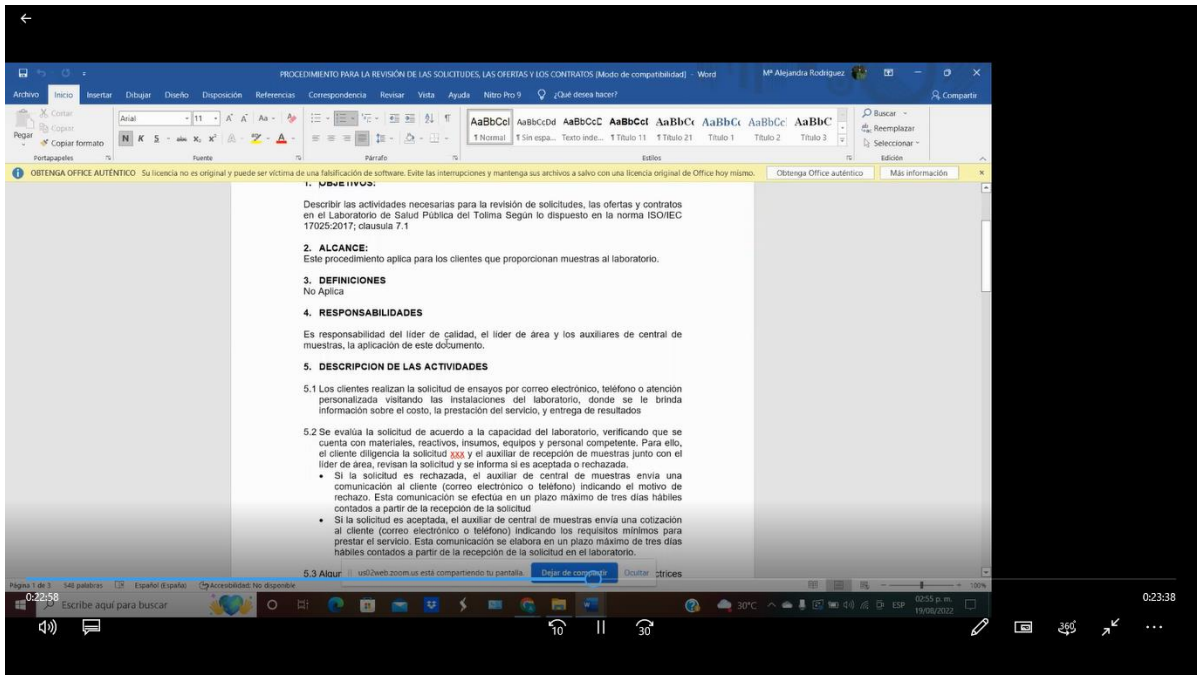
El experto técnico Oscar Delgado da el saludo de bienvenida corroborando una correcta comunicación entre los participantes. Una vez hechos los respectivos ajustes técnicos, se procede con el desarrollo de la reunión.

Se revisa el formato y se hacen los ajustes y recomendaciones con el fin de cumplir los requisitos aplicables.

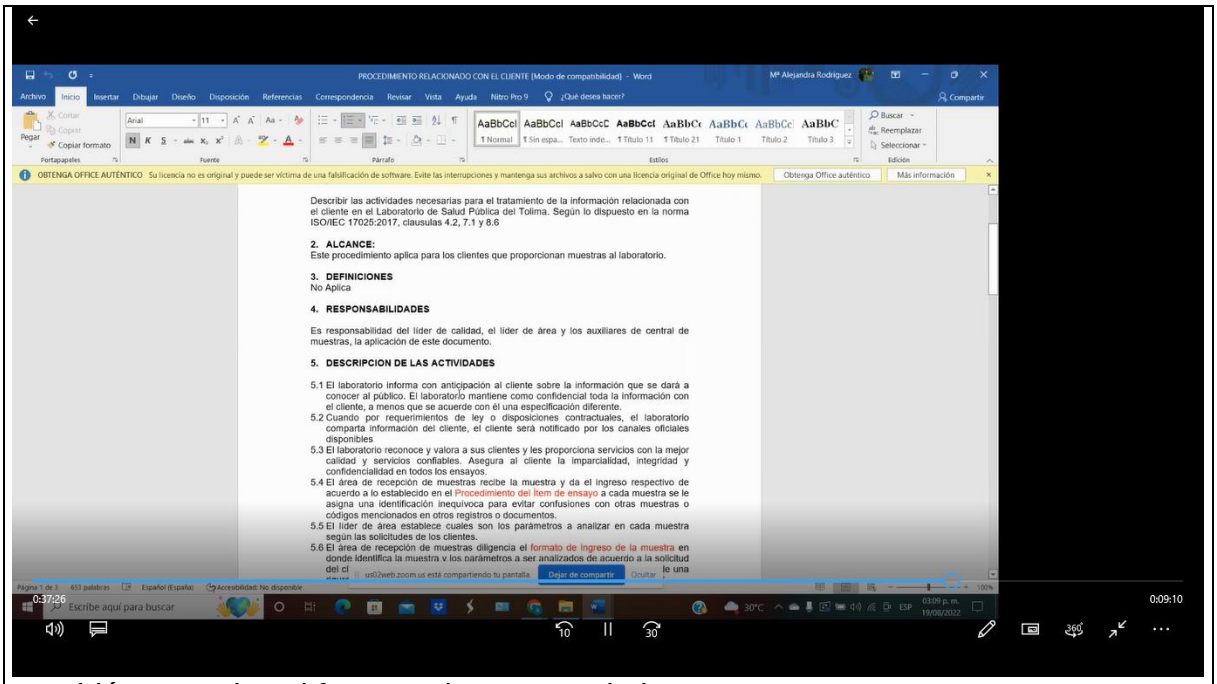




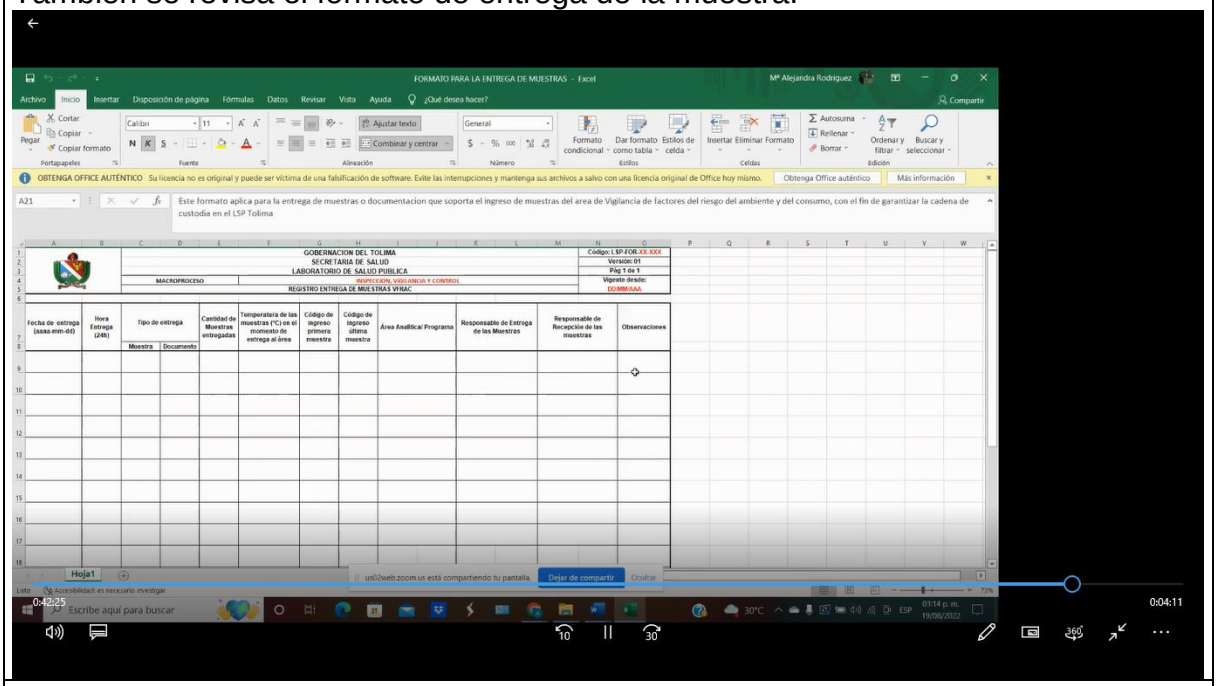
Se revisó el procedimiento para la revisión de solicitudes. Se hicieron los ajustes y modificaciones requeridas.



El documento debe permitir que el cliente firme la regla de decisión.
Se revisa el procedimiento relacionado con el cliente. Se hacen las recomendaciones para modificar el documento.



También se revisa el formato de entrega de la muestra:



Anexos: NINGUNO

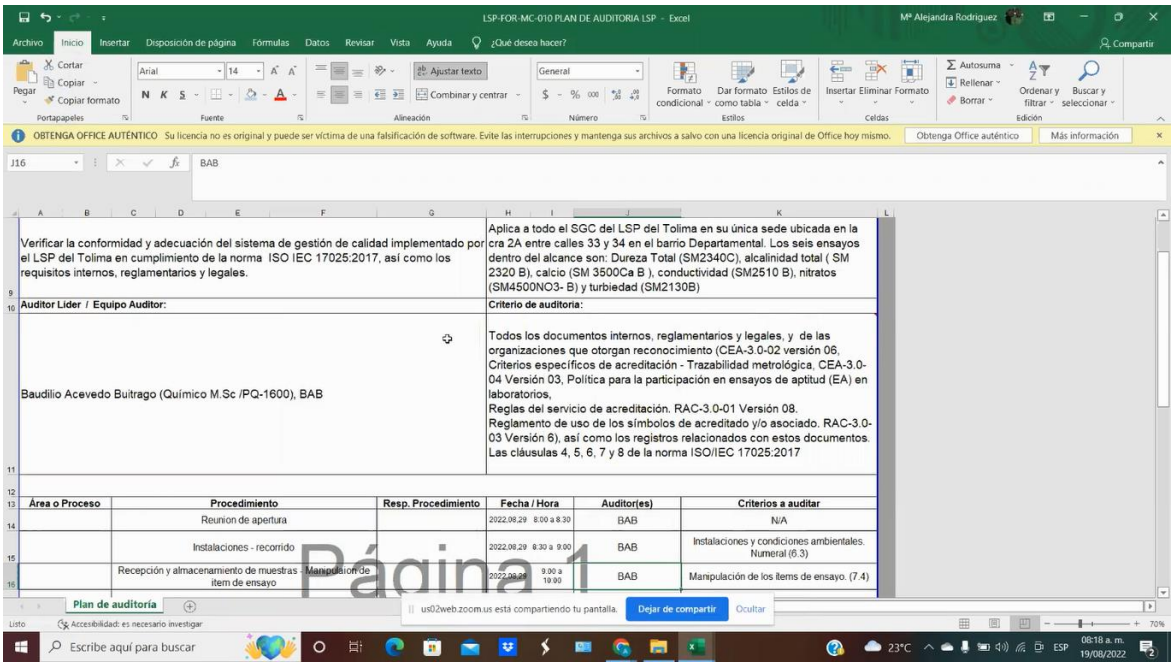
Elaborada por: Erika Paola Yaluzan	Fecha elaboración: 19 de agosto de 2022
	Fecha próxima reunión: por definir

ACTA DE REUNION No. 43
Tema: Revisar el plan de auditoria
Nombre de la reunión: Revisar el plan de auditoria
Fecha de la reunión: 19 de agosto de 2022
Lugar de la reunión: Virtual a través de Zoom
Asistentes: Oscar Alexander Delgado María Alejandra Rodríguez Claudia Gómez Sebastián Pinzón
Objetivos de la reunión: Revisar el plan de auditoria

Desarrollo de la reunión:

El experto técnico Oscar Delgado da el saludo de bienvenida corroborando una correcta comunicación entre los participantes. Una vez hechos los respectivos ajustes técnicos, se procede con el desarrollo de la reunión.

Se revisa el plan de auditoria y se hacen los ajustes y recomendaciones pertinentes.



Dejar los dos analistas.
Pendiente realizar una capacitación sobre los documentos.

El área de calidad debe comunicarse formalmente con el auditor para notificar al auditor la revisión del plan de auditoria y los comentarios.	
Anexos: NINGUNO	
Elaborada por: Erika Paola Yaluzan	Fecha elaboración: 19 de agosto de 2022
	Fecha próxima reunión: por definir

ACTA DE REUNION No. 42
Tema: Trámite ONAC
Nombre de la reunión: Trámite ONAC
Fecha de la reunión: 18 de agosto de 2022
Lugar de la reunión: Virtual a través de Zoom
Asistentes: Oscar Alexander Delgado María Alejandra Rodríguez Claudia Gómez
Objetivos de la reunión: Tramitar el proceso de solicitud de auditoria ante ONAC

Desarrollo de la reunión: El experto técnico Oscar Delgado da el saludo de bienvenida corroborando una correcta comunicación entre los participantes. Una vez hechos los respectivos ajustes técnicos, se procede con el desarrollo de la reunión. Se inicia revisando las tareas asignadas en la anterior reunión. -El plan de aseguramiento se entregó. Ya fue codificado por la líder de calidad. -La lista de chequeo debe revisar y complementar. -Se debe enviar los documentos del sistema del alcance de acreditación al auditor. -Se actualizó los documentos que estaban en borrador en la plataforma del ONAC. -Queda pendiente los informes de turbiedad.
Anexos: NINGUNO

Elaborada por: Erika Paola Yaluzan	Fecha elaboración: 18 de agosto de 2022
	Fecha próxima reunión: por definir

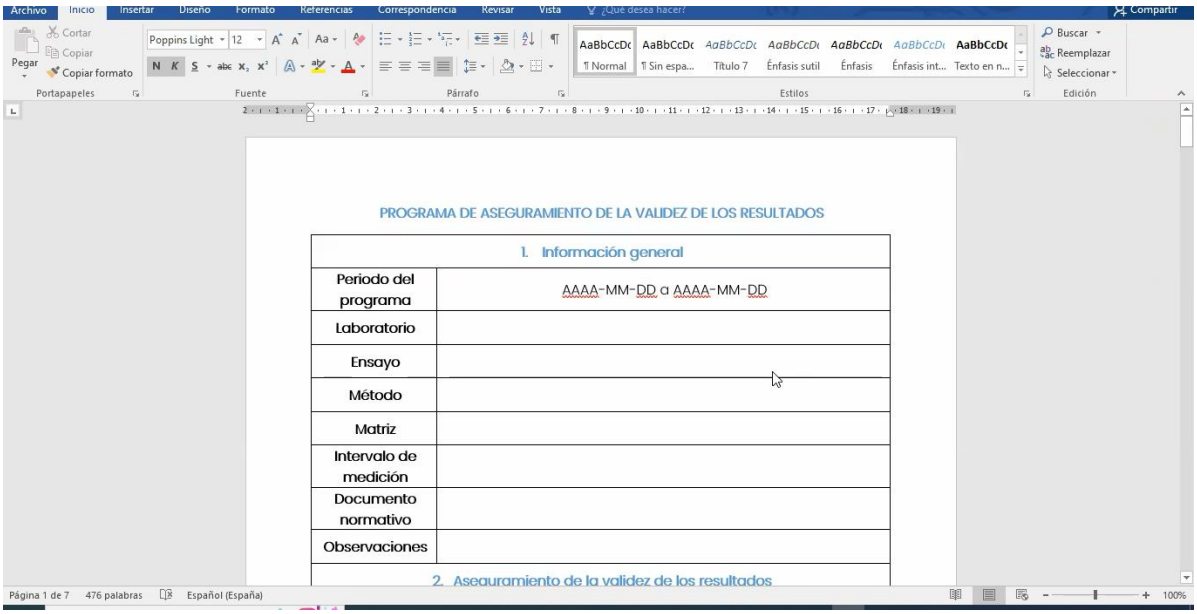
ACTA DE REUNION No. 41
Tema: Revisión programa de aseguramiento
Nombre de la reunión: Revisión programa de aseguramiento
Fecha de la reunión: 16 de agosto de 2022
Lugar de la reunión: Virtual a través de Zoom
Asistentes: Oscar Alexander Delgado Sebastián Pinzón
Objetivos de la reunión: Revisión programa de aseguramiento

Desarrollo de la reunión:

El experto técnico Oscar Delgado da el saludo de bienvenida corroborando una correcta comunicación entre los participantes. Una vez hechos los respectivos ajustes técnicos, se procede con el desarrollo de la reunión.

Se indica el formato que se diseñó para el aseguramiento de la calidad de los resultados. Se asignan dos tareas:

1. Pasar el documento a calidad.
2. Enlazar el documento con el programa de aseguramiento.



Se indica que el documento permite hacer cambios.

Se explica cómo se debe diligenciar el documento para cada ensayo. Se deben incluir todas las matrices, teniendo en cuenta el estándar método. Se debe indicar el código del procedimiento interno de dureza total. El formato se aplica para todos los ensayos de acreditación como prioridad, también se puede para otros ensayos. Recomendación: Calidad debe enviar un correo oficial comunicando el documento y su aprobación.	
Anexos: NINGUNO	
Elaborada por: Erika Paola Yaluzan	Fecha elaboración: 16 de agosto de 2022
	Fecha próxima reunión: por definir

ACTA DE REUNION No. 40
Tema: Trámite ONAC
Nombre de la reunión: Adelantar trámite ante ONAC
Fecha de la reunión: 12 de agosto de 2022
Lugar de la reunión: Virtual a través de Zoom
Asistentes: Oscar Alexander Delgado Alejandra Rodríguez Claudia Gómez
Objetivos de la reunión: Adelantar trámite ante ONAC

Desarrollo de la reunión:

El experto técnico Oscar Delgado da el saludo de bienvenida corroborando una correcta comunicación entre los participantes. Una vez hechos los respectivos ajustes técnicos, se procede con el desarrollo de la reunión.

Se ingresa a la plataforma del ONAC, se carga la documentación del sistema solicitada: Manual de calidad, lista de documentos internos y externos, documentos del sistema de gestión (procedimientos, guías), manual de funciones.

- Claudia Gómez debe subir los documentos del sistema de gestión.
- Se debe buscar un formato para hacer seguimiento a los ensayos de aptitud del año anterior y del presente.
- Solicitar el certificado de que los proveedores están acreditados en el cumplimiento de los estándares de calidad.
- Trabajar con Claudia Gómez la Lista cruzada.
- Hacer revisión documental.

Anexos: NINGUNO	
Elaborada por: Erika Paola Yaluzan	Fecha elaboración: 12 de agosto de 2022
	Fecha próxima reunión: por definir

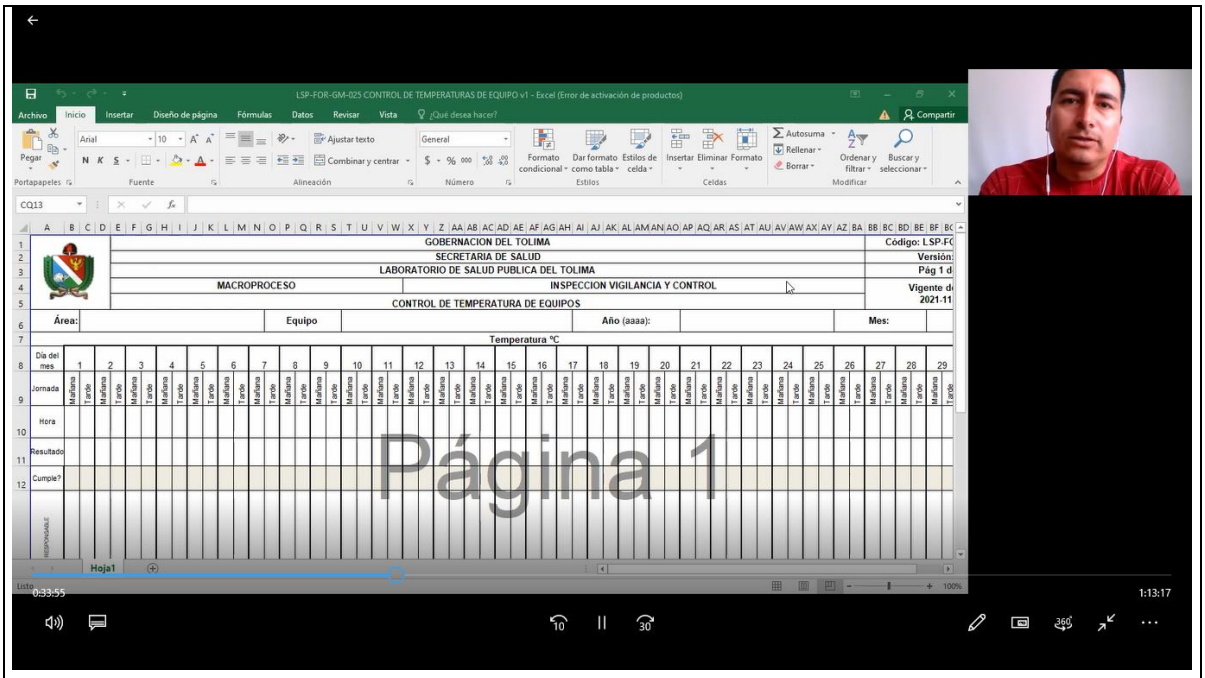
ACTA DE REUNION No. 39
Tema: Capacitación sobre toma de temperatura
Nombre de la reunión: Capacitación sobre toma de temperatura
Fecha de la reunión: 12 de agosto de 2022
Lugar de la reunión: Virtual a través de Zoom
Asistentes: Oscar Alexander Delgado Claudia Mercedes Gómez Anexo listado de asistencia a la capacitación.
Objetivos de la reunión: Capacitar sobre toma de temperatura

Desarrollo de la reunión:

El experto técnico Oscar Delgado da el saludo de bienvenida corroborando una correcta comunicación entre los participantes. Una vez hechos los respectivos ajustes técnicos, se procede con el desarrollo de la reunión.

Se habla sobre del propósito y la importancia del uso de los procedimientos para la toma de temperatura. Se pretende que el personal del laboratorio tome conciencia de la necesidad de cumplir al pie de la letra de los procedimientos y adoptar una cultura del trabajo con calidad.

El laboratorio debe mantener control sobre las condiciones ambientales, especialmente la humedad relativa y la temperatura. Los empleados deben conocer muy bien el método que van a trabajar para cumplir con los requisitos de los equipos y áreas.



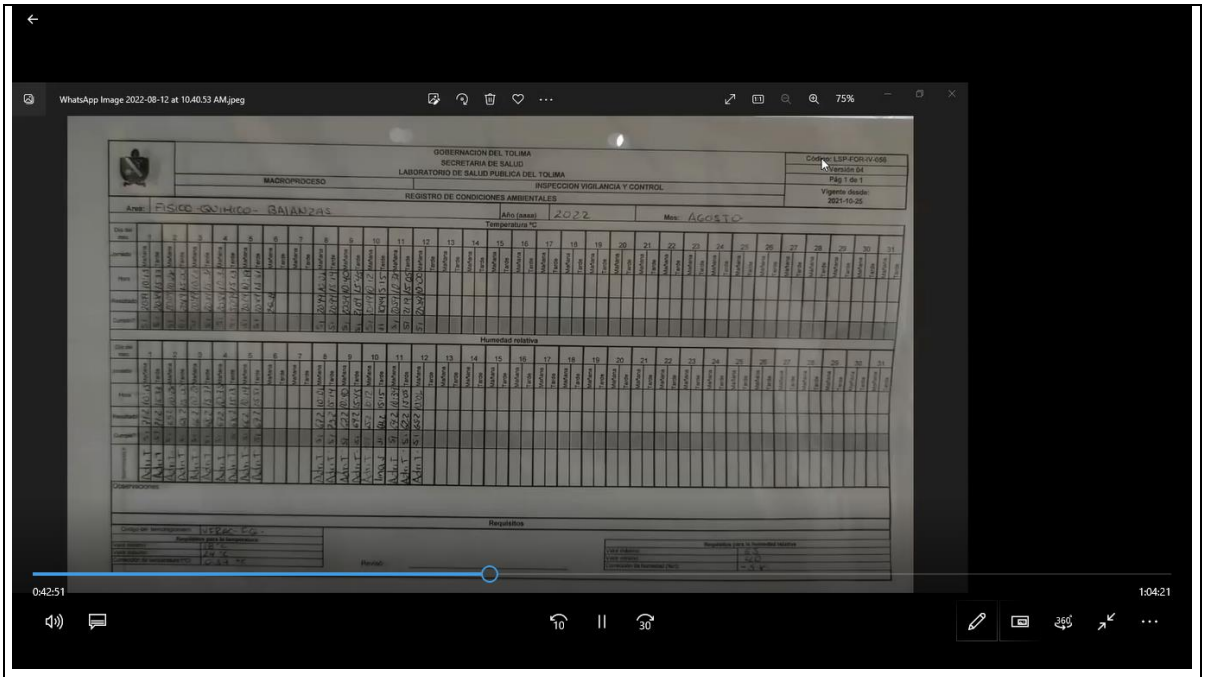
Se deben conocer las condiciones ambientales requeridas por el equipo y buscar asegurarlas para proteger los equipos y los resultados. De ahí la necesidad de cumplir y aplicar estos formatos.

Cuando se calibren los equipos se debe hacer con un órgano acreditado.

En los requisitos para los equipos y áreas de sebe colocar el código, el cual permite ir a la hoja de vida del equipo y verificar las intervenciones metrológicas realizadas. Igualmente se extrae el error para determinar el tipo de corrección requerida.

Es necesario conocer las condiciones, verificar que se cumplen y determinar cómo afectan los resultados.

Se analiza un formato ya diligenciado para esclarecer dudas y afianzar mejor las explicaciones.



Los procedimientos y registros deben ser revisados y controlados por la gestión de documentos.

La persona encargada de la gestión documental debe cumplir con las revisiones y controlar que los registros cumplan con los requisitos normativos, previniendo futuras no conformidades.

Anexos: NINGUNO	
Elaborada por: Erika Paola Yaluzan	Fecha elaboración: 12 de agosto de 2022
	Fecha próxima reunión: por definir

ACTA DE REUNION No. 38
Tema: Trámite ONAC
Nombre de la reunión: Adelantar trámite ante ONAC
Fecha de la reunión: 11 de agosto de 2022
Lugar de la reunión: Virtual a través de Zoom
Asistentes: Oscar Alexander Delgado Alejandra Rodríguez Claudia Gómez
Objetivos de la reunión: Adelantar trámite ante ONAC

Desarrollo de la reunión: El experto técnico Oscar Delgado da el saludo de bienvenida corroborando una correcta comunicación entre los participantes. Una vez hechos los respectivos ajustes técnicos, se procede con el desarrollo de la reunión. Se ingresa a la plataforma del ONAC para adelantar el cargue de las hojas de vida del personal. Se ingresa la HDV del coordinador-líder de área, analistas, auxiliar. Se recomienda revisar el procedimiento de auditoria para verificar cómo debe ser la documentación utilizada para este proceso. Se debe enviar un correo electrónico desde el correo del líder de calidad informando sobre el proceso de auditoría interna que se llevará a cabo el 29,30,31 de agosto.
Anexos: NINGUNO

Elaborada por: Erika Paola Yaluzan	Fecha elaboración: 11 de agosto de 2022
	Fecha próxima reunión: por definir

ACTA DE REUNION No. 37
Tema: Revisión de las verificaciones de métodos
Nombre de la reunión: Revisión de las verificaciones de métodos
Fecha de la reunión: 11 de agosto de 2022
Lugar de la reunión: Virtual a través de Zoom
Asistentes: Oscar Alexander Delgado Sebastián Pinzón Juan David Rincón
Objetivos de la reunión: Revisar las verificaciones de métodos

Desarrollo de la reunión:

El experto técnico Oscar Delgado da el saludo de bienvenida corroborando una correcta comunicación entre los participantes. Una vez hechos los respectivos ajustes técnicos, se procede con el desarrollo de la reunión.

Se informa que la preparación no resulta el error esperado, aunque es aceptable.
Lo que se recomendó es preparar un nuevo lote para una nueva calibración con el estándar de urolab.
Semanalmente se debe calibrar la turbiedad con el estándar de mollabs.
Se revisan la información entregada por el fabricante del estándar.

Recomendación:
Calibrar el equipo con mollabs.
Descargar el certificado y hacer la prueba para ver cuanto error da con esa curva.
Se recomienda hacerlo a la mayor brevedad posible.

Anexos: NINGUNO	
Elaborada por: Erika Paola Yaluzan	Fecha elaboración: 11 de agosto de 2022
	Fecha próxima reunión: por definir

ACTA DE REUNION No. 36
Tema: Reunión de Revisión por la Dirección
Nombre de la reunión: Reunión de Revisión por la Dirección
Fecha de la reunión: 5 de agosto de 2022
Lugar de la reunión: Virtual a través de Zoom
Asistentes: Oscar Alexander Delgado Claudia Gómez María Alejandra Rodríguez Axel Ramírez Rivera Ana María Rodriguez Hernán Vargas Agustín Núñez Rosales Ivette Johanna Nieto Suarez Sandra Patricia Tapias Bulla Martha Liliana Benavides Delgado Angie Vanessa Rincón Álvarez Myriam Patricia Ramírez Jorge Andrés Cadena Sánchez Juliana Carolina Guarnizo Iván Orlando Alfaro Moreno
Objetivos de la reunión: Revisión por la dirección

Desarrollo de la reunión:

El experto técnico Oscar Delgado da el saludo de bienvenida corroborando una correcta comunicación entre los participantes. Una vez hechos los respectivos ajustes técnicos, se procede con el desarrollo de la reunión.

Se inicio con la revisión de los cambios internos y externos del LSP del Tolima a cargo de Alejandra. Se informó que en los cambios internos y externos son:
Cambios en el sistema de gestión de calidad versión 2015 a la versión 2017, cambios en el alcance de los servicios del laboratorio, se amplió la contratación de personal, el laboratorio participa en boletines epidemiológicos, se fortaleció el proceso de gestión del archivo. Se identificaron debilidades importantes y fortalezas claves del LSP del Tolima.

En base a estos cambios se deben asumir compromisos por parte de la alta dirección, también es importante que el laboratorio analice la posibilidad de no cambiar al personal clave del sistema, para evitar la necesidad de empezar de nuevo con los nuevos empleados.

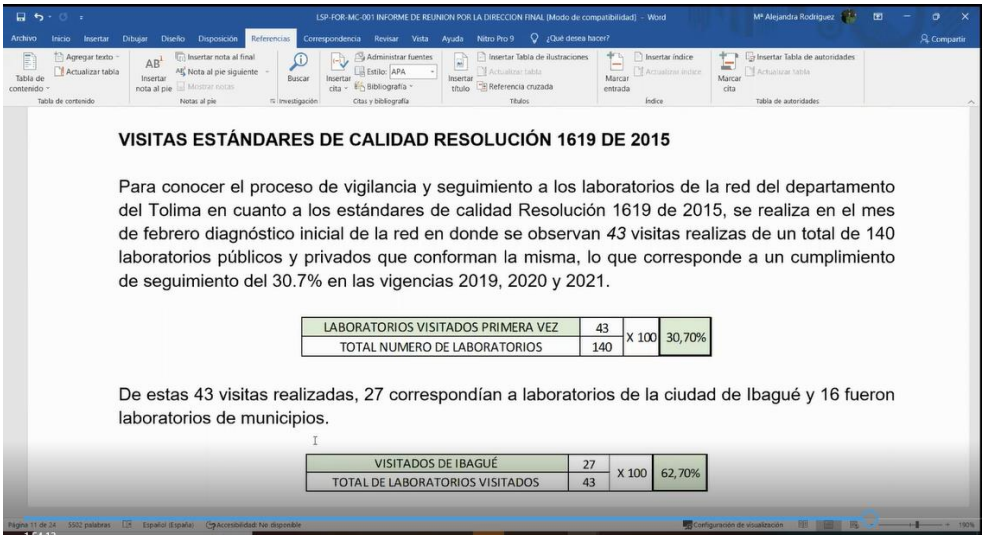
Para el cumplimiento de objetivos a cargo de Claudia y Diana, se mencionó el planteamiento de cuatros objetivos

1. Fortalecimiento de las competencias del personal a través de capacitaciones.
2. Garantizar la calidad de los resultados.
3. Mantener altos los niveles de satisfacción de las partes interesadas.
4. Familiarizar a los miembros del laboratorio con los documentos del sistema de gestión del laboratorio.

Los indicadores de estos objetivos están actualizados a junio de 2022.

Se establece como compromiso fortalecer el software, aunque por el momento no se cuente con los recursos, se hará un estudio para cotizar la compra del software.

Continúa Ana María con las visitas de estándares de calidad. Se presenta el informe y los resultados de este proceso:



VISITAS ESTÁNDARES DE CALIDAD RESOLUCIÓN 1619 DE 2015

Para conocer el proceso de vigilancia y seguimiento a los laboratorios de la red del departamento del Tolima en cuanto a los estándares de calidad Resolución 1619 de 2015, se realiza en el mes de febrero diagnóstico inicial de la red en donde se observan *43* visitas realizas de un total de 140 laboratorios públicos y privados que conforman la misma, lo que corresponde a un cumplimiento de seguimiento del 30.7% en las vigencias 2019, 2020 y 2021.

LABORATORIOS VISITADOS PRIMERA VEZ	43	X 100	30,70%
TOTAL NUMERO DE LABORATORIOS	140		

De estas 43 visitas realizadas, 27 correspondían a laboratorios de la ciudad de Ibagué y 16 fueron laboratorios de municipios.

VISITADOS DE IBAGUÉ	27	X 100	62,70%
TOTAL DE LABORATORIOS VISITADOS	43		

En la adecuación de políticas y procedimientos a cargo de Claudia, Andrés y Angie. Se hablo sobre la política de calidad, la cual se replanteó cuando se aprobó el Manual de Calidad.
En la gestión documental, el laboratorio controla que los procedimientos de aprueben y se cumplan por parte de todos lo involucrados.

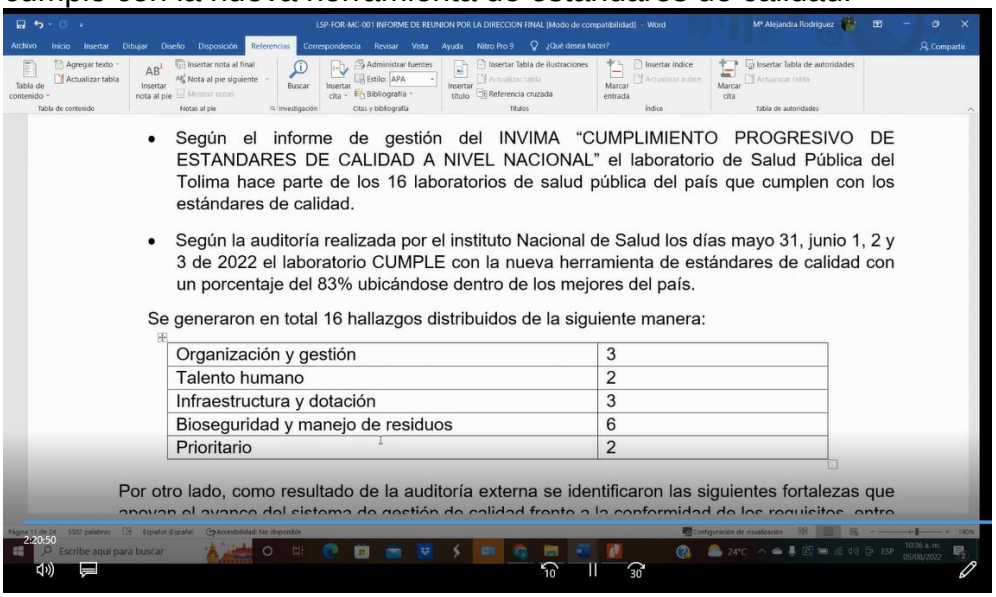
El compromiso del laboratorio es no dejar formatos o documentos sueltos.

En cuanto a las acciones correctivas, trabajo no conformes y planes de acción a cargo de Sandra e Ivett. Informan 2 acciones correctivas del área de fisicoquímica y 16 no conformidades que se trasladan a tratamiento no conforme. La gestión de estas se está haciendo en los tiempos planificados.

El compromiso es que se debe ejecutar la supervisión de procesos para prevenir acciones correctivas. Indicar el cumplimiento e incumplimiento, justificando el por qué no se ha hecho.

Por otro lado, la evaluación de organismos externos a cargo de Alejandra indica que el laboratorio hace parte de los 16 laboratorios que cumple con los estándares de calidad. Existe un plan de mejora que exige la actualización de equipos.

En la auditoria a cargo del INS en mayo 31 y junio 123 indicó que el laboratorio cumple con la nueva herramienta de estándares de calidad.



- Según el informe de gestión del INVIMA "CUMPLIMIENTO PROGRESIVO DE ESTANDARES DE CALIDAD A NIVEL NACIONAL" el laboratorio de Salud Pública del Tolima hace parte de los 16 laboratorios de salud pública del país que cumplen con los estándares de calidad.
- Según la auditoría realizada por el instituto Nacional de Salud los días mayo 31, junio 1, 2 y 3 de 2022 el laboratorio CUMPLE con la nueva herramienta de estándares de calidad con un porcentaje del 83% ubicándose dentro de los mejores del país.

Se generaron en total 16 hallazgos distribuidos de la siguiente manera:

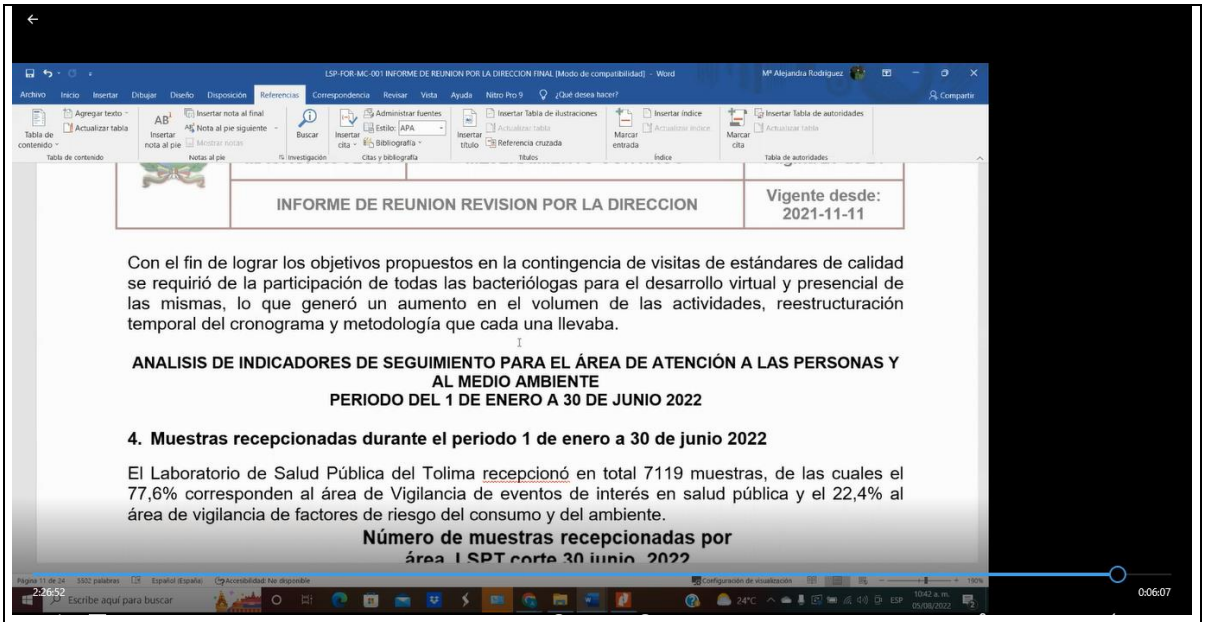
Organización y gestión	3
Talento humano	2
Infraestructura y dotación	3
Bioseguridad y manejo de residuos	6
Prioritario	2

Por otro lado, como resultado de la auditoría externa se identificaron las siguientes fortalezas que

Se identificaron fortalezas centradas en el compromiso, participación, organización y limpieza por parte del laboratorio.

En cuanto a la evaluación que se aproxima por parte del ONAC, es necesario que el laboratorio asigne los recursos necesarios para realizar el proceso. Se señala que el laboratorio tiene asignado 38 millones de pesos para esto.

En cuanto a los reportes de resultados se han implementado bases de datos con correspondencia cruzada para eventos de interés de salud pública.



Enviar los compromisos pactados a todos los miembros de la dirección.

Anexos: NINGUNO	
Elaborada por: Erika Paola Yaluzan	Fecha elaboración: 5 de agosto de 2022
	Fecha próxima reunión: por definir

Fecha de la reunión: (AAAA-MM-DD)	2022-08-05
Periodo de la reunión:	PRIMER SEMESTRE 2022

INTRODUCCIÓN:

La norma ISO/IEC 17025:2017 en su numeral 8.9.1 establece que la dirección del laboratorio debe revisar su sistema de gestión a intervalos planificados, con el fin de asegurar su conveniencia, adecuación y eficacia, incluidas las políticas y objetivos establecidos relacionados con el complimiento de la norma

RESPONSABLE DE LA REVISIÓN

NOMBRESY APELLIDOS	CARGO	FIRMA
Agustín Núñez Rosales	Director de Salud Publica	
Axel Lombardo Ramírez Rivera	Coordinador Laboratorio	
Claudia Mercedes Gómez Villanueva	Líder de calidad	
Ivette Johanna Nieto Suarez	Líder de área	
Sandra Patricia Tapias Bulla	Líder de área	
Hernán Alexis Vargas Bustos	Líder de área	
Martha Liliana Benavides Delgado	Líder de área	
Angie Vanessa Rincón Álvarez	Profesional de apoyo	
Myriam Patricia Ramírez	Profesional de apoyo	
Ana María Rodríguez Chamorro	Profesional de apoyo	
Jorge Andrés Cadena Sánchez	Profesional de apoyo	
Juliana Carolina Guarnizo	Profesional de apoyo	
Iván Orlando Alfaro Moreno	Profesional de apoyo	
Oscar Alexander Delgado Arcos	Asesor	
María Alejandra Rodriguez Urueña	Profesional de apoyo	

AGENDA DEL DÍA.

a) Cambios en las cuestiones internas y externas que sean pertinentes al laboratorio.
b) Cumplimiento de objetivos.
c) Adecuación de las políticas y procedimientos.
d) Estado de las acciones de revisiones por la dirección anteriores.
e) Resultados de auditorías internas recientes.
f) Acciones correctivas.
g) Evaluaciones por organismos externos.
h) Cambios en el volumen y tipos de trabajo o en el alcance de actividades del laboratorio.
i) Retroalimentación de los clientes y del personal.
j) Quejas.
k) Eficacia de cualquier mejora implementada.
l) Adecuación de los recursos.
m) Resultados de la edificación de los riesgos.
n) Resultados del aseguramiento de la validez de los resultados.
o) Otros factores pertinentes, tales como las actividades de seguimiento y la formación

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

El laboratorio de Salud Pública del Tolima es la cabeza de la Red Departamental de Laboratorios y el soporte sustancial para la vigilancia en salud Publica del Departamento del Tolima, el cual tiene como función principal la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de información específica relacionada con la salud de los individuos y colectivos, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica en salud pública enmarcada en el proceso de verificación de estándares de calidad, monitoreo de efectos en salud y acciones de intervención en las cadenas productivas, orientadas a eliminar o minimizar los riesgos, daños e impactos negativos para la salud humana por el uso o consumo de bienes y servicios.
Para el funcionamiento integral del Laboratorio de Salud Pública del Tolima, se tienen identificados los siguientes ejes:

1. Recurso humano calificado con experiencia en las actividades a desarrollar
2. Gestión de equipos (insumos, materiales, reactivos, equipos)
3. Gestión metrológica (mantenimiento, calibración y calificación)
4. Gestión infraestructura (mantenimiento instalaciones y sistema de aire central)

Que permitan dar cumplimiento a las competencias establecidas en El Decreto 2323 de 2006, el cual establece:

1. La implementación del sistema de gestión de calidad a través de la resolución 1619 de 2015;

2. Realizar de la totalidad de ensayos estipulados en la Resolución 1646 de 2018

Por lo que para el plan de desarrollo del actual gobierno se tiene establecido la siguiente meta: META EP1MP39: "***Fortalecer al laboratorio de Salud Pública con recursos físicos, tecnológicos, financieros y de talento humano para el cumplimiento de condiciones de acreditación***".

a) **Cambios en las cuestiones internas y externas que sean pertinentes al laboratorio.**

- Priorización de acreditación del laboratorio en la norma ISO/IEC 17025:2017

La norma NTC ISO/IEC 17025 establece los requisitos para laboratorios de ensayo y calibración. Actualmente el Laboratorio de Salud Pública del Tolima con el fin de continuar con el cumplimiento de los requisitos de acreditación, del 4 al 6 de noviembre de 2021 realizo el diagnóstico de la implementación del sistema y a partir de este:

1. Se realizo análisis DOFA

Debilidades:	**Oportunidades:**
• Infraestructura deficiente (techo en remodelación). • La mayoría del personal clave es contratista. • Falta de compromiso por parte del personal. • No existe un liderazgo eficaz del área de calidad. • Equipos de microbiología (ultracongelador, cabina y autoclave) no cumplen los requisitos técnicos.	• Al acreditar el laborato lograr: • Reconocimiento interna la validez de los resulta • Cumplimiento de los es calidad del INS y del IN • Ahorro de dinero al ten procesos bajo control. • Imagen favorable y aur confianza en la Red De y Nacional.
Fortalezas:	**Amenazas:**
• El personal de la dirección del laboratorio está comprometido con la implementación del SGC. • El personal que ejecuta los ensayos tiene la competencia para el cargo. • Disponibilidad de recursos	• La tecnología de equip muy rápido y hace que equipamiento actual se quedando obsoleto. • La normatividad y los c ante el INS y del INVIM

2. Se estableció un "Cronograma de actividades del proceso de implementación del sistema de gestión de calidad ISO/IEC 17025:2017 con seguimiento"
3. Se amplio el recurso humano para el área de calidad contando con dos personas más (ingeniero agroindustrial y Químico-asesor para la acreditación)

- El laboratorio de Salud Pública tiene compromisos adquiridos según la Resolución 1619 de 2015 a partir de la actualización de "HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE

12 C 12

ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD PÚBLICA LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA"

- El laboratorio ha venido creciendo en su capacidad de diagnóstico de interés en salud pública con la implementación a partir de la pandemia de SARS-COVII del área de biología molecular.
- El reforzamiento de la estructura física general del laboratorio con la cubierta
- La ampliación del talento humano contratado por prestación de servicios el cual en los últimos años tuvo un crecimiento del 130%
- Se implementó la participación en boletines epidemiológicos, donde se ha logrado difundir consolidar la información
- Se realizaron cambios en la medición del cliente interno. (Nuevas formas de medición del indicador)
- Fortalecimiento a la aplicación de los estándares de calidad a la Red Departamental de Laboratorios.
- Se fortaleció el proceso de gestión documental.

b) Cumplimiento de objetivos.

b.1. En el laboratorio se establecieron los objetivos de calidad para el año 2022, y se cuentan con los siguientes:

OBJETIVO	TIPO INDICADOR	NOMBRE INDICA-DOR	FORMULA	PERIODI-CIDAD	META	RESULTA DO
Promover el desarrollo integral del Talento Humano mediante programas de capacitación que contribuyan a potencializar sus competencias	EFICIENCIA	Capacitacione s realizadas	Sumatoria de funcionarios que recibieron capacitación/N° de funcionarios del LSP *100	semestral	>90%	100%
Garantizar la calidad y veracidad de los resultados, asegurando la trazabilidad y reproducibilidad de los mismos.	EFICIENCIA	Desempeño satisfactorio en ensayos de aptitud	Sumatoria de parámetros con desempeño satisfactorio en ensayos de aptitud/N° de parámetros evaluados en ensayos de aptitud *100	semestral	>90%	99%

OBJETIVO	TIPO INDICADOR	NOMBRE INDICA-DOR	FORMULA	PERIODI-CIDAD	META	RESULTA DO
Mantener un alto indice de satisfacción tanto de los clientes internos como de los externos, cumpliendo los requisitos legales y reglamentarios.	EFICIENCA	Satisfacción cliente interno	Sumatoria de valores calificación de encuestas/N° de encuestas calificadas *100	semestral	>80%	80%
		Satisfacción cliente externo	Sumatoria de valores calificación de encuestas/N° de encuestas calificadas *100	semestral	>80%	81%
Familiarizar al personal del laboratorio con los documentos del SGC, políticas y procedimientos establecidos, de tal forma que los comprendan e implementen	EFICIENCIA	Adherencia al SGC	Sumatoria del total de evaluaciones aprobadas /Sumatoria de evaluaciones presentadas	semestral	90%	99%

Estos indicadores de los objetivos de calidad están actualizados a junio 30 de 2022

Se deben garantizar las capacitaciones durante todo el año, buscando lograr y mantener la adherencia a los procesos, y replantear nuevos indicadores para continuar disminuir la brecha, buscando ser más eficientes cada día.
Se debe garantizar por la alta dirección que el personal a vincular en las actividades del laboratorio cumpla con los requisitos de experiencia, competencias y habilidades de las cuales será responsable y evaluar la importancia de esto teniendo en cuenta que al no cumplirse se generarían desviaciones y aumento de trabajos no conformes, desperdicio de material y bajo rendimiento en los ensayos de aptitud.

b.2. Los indicadores transversales formulados y diligenciados a la fecha para seguimiento de las actividades de las diferentes áreas del LSP, se consolidan en su mayoría de forma mensual y por evento de interés en salud pública. Los indicadores actualmente incluyen los siguientes:

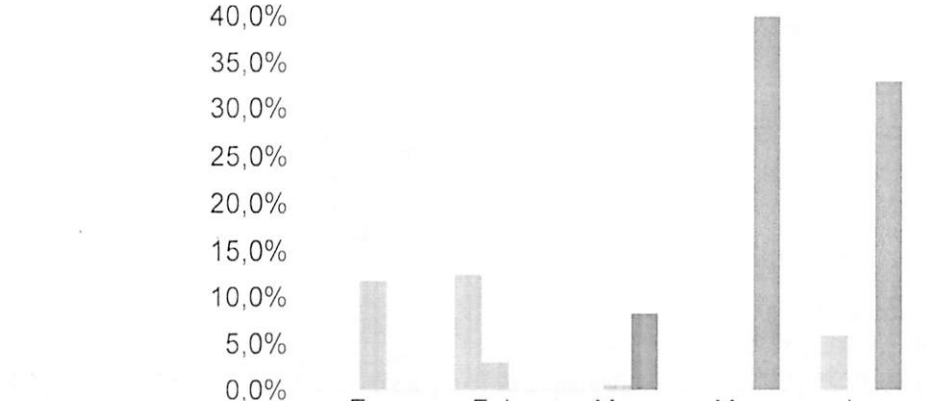
- ✓ Proporción de muestras rechazadas
- ✓ Proporción de muestras procesadas oportunamente
- ✓ Proporción de muestras con reporte oportuno
- ✓ Rendimiento de los laboratorios de la Red Departamental mediante las Evaluaciones externas indirectas del desempeño (EEID)

b.3. Proporción de muestras rechazadas

202

Durante el periodo 2022, se han rechazado el 0,005% del total de muestras recepcionadas en el LSPT, el indicador se encuentra por debajo de la meta establecida, en la cual se definió como máximo 5% de rechazo de muestras. En cuanto a los eventos que no cumplieron con la meta, se destaca el análisis microbiológico de alimentos con un rechazo de muestras del 40% en mayo y del 33% en junio. En segundo lugar, se encuentra la vigilancia de Leishmaniasis cutánea, con un rechazo del 12,5% en febrero y del 6,0% en junio. Por último, se encuentra análisis fisicoquímico de aguas que registró un rechazo de muestras del 11,8% en el mes de enero.

Eventos que superaron el 5% de muestras rechazadas por mes, LSPT 2022



	Ene	Feb	Mar	May	Jun
Leishmaniasis cutánea	0,0%	12,5%	0,0%	0,0%	6,0%
A fisicoquímico aguas	11,8%	3,1%	0,6%	0,0%	0,0%
A microbiológico Alimentos		0,0%	8,3%	40,0%	33,0%

b.4. Proporción de muestras procesadas oportunamente

Durante el periodo enero a junio de 2022, el 95,1% de las muestras cumplieron con la oportunidad en el procesamiento de acuerdo con los plazos establecidos por cada líder de proceso. Aunque en algunos eventos de interés en salud pública se logró la oportunidad en el procesamiento del 100% de las muestras, en 8 eventos este indicador estuvo por debajo de la meta establecida que define como mínimo el procesamiento oportuno del 95% de las muestras recepcionadas por el LSPT.

El no cumplimiento de la meta fue más notable para los eventos de malaria, tuberculosis y ETS N gonorrhoeae.

Distribución de muestras procesadas inoportunamente según evento y mes, LSPT corte 30 de junio de 2022

INDICADOR	META	EVENTO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
% OPORTUNIDAD EN EL PROCESAMIENTO DE LAS MUESTRAS Número de muestras procesadas en los plazos establecidos por	≥ 95%	Tuberculosis	N/A	100,0%	100,0%	23,1%	0,0%	0,0%
		Malaria	0,0%	100,0%	63,0%	100,0%	47,0%	78,0%
		Leptospirosis	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Leishmaniasis cutánea	100,0%	100,0%	85,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Leismaniasis Visceral	100,0%	N/A	100,0%	N/A	N/A	N/A
		ETS N gonorrhoeae	50,0%	100,0%	100,0%	85,7%	100,0%	100,0%
		Hepatitis A	N/A	N/A	N/A	0,0%	N/A	N/A
		Hepatitis C	N/A	N/A	N/A	33,3%	100,0%	N/A
		Hemovigilancia	N/A	100,0%	N/A	50,0%	N/A	N/A

b.5. Proporción de muestras con reporte de resultados oportuno

En el periodo evaluado, el 93,4% de los reportes de resultados se emitieron en los plazos establecidos para cada evento de interés en salud pública. Sólo el 48% de los eventos lograron cumplir con la meta establecida, la cual define que el 95,0% de las muestras recepcionadas deben contar con la emisión de reportes oportunos según los tiempos establecidos por área. Entre los eventos que presentaron inoportunidad en el reporte de resultados generados se destacan; tuberculosis, malaria, y análisis físico químico y microbiológico de agua para consumo humano, microbiología de alimentos e identificación de vectores.

Distribución de reportes de resultados generados inoportunamente según evento y mes, corte 30 de junio 2022

INDICADOR	META	EVENTO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
% OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE RESULTADOS % OPORTUNIDAD EN	≥ 95%	Tuberculosis	100,0%	100,0%	100,0%	23,1%	0,0%	0,0%
		Malaria	0,0%	100,0%	59,3%	0,0%	47,0%	74,0%
		Leptospirosis	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Leishmaniasis cutánea	25,0%	100,0%	85,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		ETS N gonorrhoeae	50,0%	100,0%	100,0%	85,7%	100,0%	100,0%
		Tripanosomiasis	N/A	98,4%	100,0%	100,0%	25,0%	100,0%
		Hepatitis A	N/A	N/A	N/A	0,0%	N/A	N/A
		Hepatitis C	N/A	N/A	N/A	33,3%	100,0%	N/A
		Hemovigilancia	N/A	100,0%	N/A	50,0%	N/A	N/A
		Análisis fisicoquímico agua consumo humano	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	16,0%
		Análisis microbiológico agua consumo humano	100,0%	97,0%	95,6%	93,7%	98,0%	88,0%
		Análisis Microbiológico Alimentos	N/A	100,0%	25,0%	91,4%	100,0%	100,0%
		Identificación taxonómica de vectores	N/A	0,0%	40,0%	100,0%	100,0%	16,0%

b.6. Rendimiento de las evaluaciones externas indirectas del desempeño (EEID)

Actualmente se realizan EEID a 15 eventos de interés en salud pública, la concordancia general fue del 96,3%. Teniendo en cuenta la meta del indicador, en la cual se establece que la concordancia debe ser mayor o igual al 95%, se observa que los eventos que obtuvieron una concordancia muy por debajo del indicador establecido fueron leishmaniasis cutánea y ETS/ T. *pallidium*.

12 C12

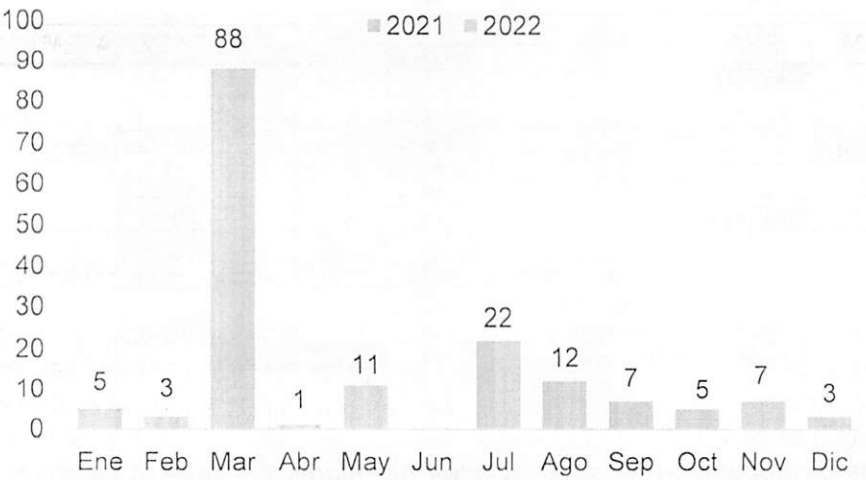
Distribución del rendimiento de EEID en términos de concordancia, según evento y mes, corte 30 de junio 2022

INDICADOR	META	EVENTO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
% CONCORDANCIA EN EEID	≥ 95%	ETS/T pallidum	100,0%	100,0%	100,0%	94,9%	100,0%	100,0%
		Leptospirosis EEID	100,0%	100,0%	87,5%	100,0%	100,0%	100,0%
		Leishmaniasis cutánea	100,0%	100,0%	85,0%	100,0%	93,0%	97,0%
		Covid-19 EEID	N/A	N/A	93,0%	N/A	N/A	100,0%
		Hemovigilancia	N/A	100,0%	N/A	50,0%	N/A	N/A

b.7. Resultados encuesta de satisfacción del cliente 2021 a 28 julio 2022

La encuesta de satisfacción del cliente inició se socializó y difundió nuevamente en julio de 2021, actualmente está disponible en link y en medio físico. Durante el periodo de 13/07/2021 a 28/07/222 se han diligenciado 164 encuestas en total con 988 respuestas. En el año 2021 se diligenciaron 56 encuestas y en el 2022 a 6 de julio se han diligenciado 108. Se evidencia que las encuestas no se diligencian de forma constante, algunos meses como abril del 2022 registra 1 encuesta y junio no reporta encuestas.

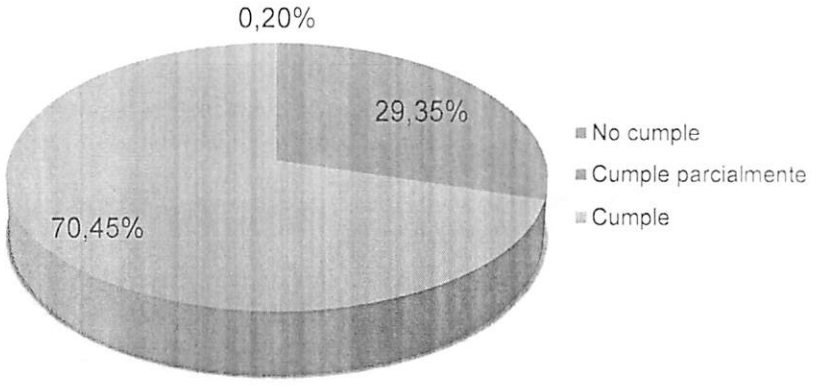
Diligenciamiento de encuestas de satisfacción del cliente por mes, Laboratorio de Salud Pública Tolima a 28/07/2022



Fuente: Base de datos encuesta cliente, LSPT julio 2022

De acuerdo con la escala de satisfacción del cliente implementado en el formato de encuesta, de las 988 respuestas el 70,45% registra que el laboratorio cumple con los criterios evaluados, el 29,35% refieren que cumple parcialmente, y el 0,20% reporta que no cumple.

Resultados para encuesta satisfacción del cliente según escala de satisfacción, Laboratorio de Salud Pública Tolima corte 28 julio 2022



Fuente: Base de datos encuesta cliente, LSPT julio 2022

Con respecto a cada uno de los criterios evaluados en la encuesta de satisfacción del cliente, el 92% de las respuestas registran estar satisfechos con el nivel técnico del laboratorio, el 88% refiere que la información que recibe del laboratorio es clara, precisa y concreta, y el 85% informa se siente satisfecho con atención del laboratorio.

Entre las respuestas que consideran que el laboratorio cumple parcialmente, se resaltan los siguientes criterios:

- ✓ ¿En caso de dificultades de cumplimiento, se le ofrecen alternativas para su satisfacción?
- ✓ ¿El personal del Laboratorio de Salud Pública del departamento responde a sus inquietudes, opiniones y sugerencias oportunamente?
- ✓ ¿La información suministrada es clara y coherente a sus necesidades?

Distribución de resultados para encuesta satisfacción del cliente, Laboratorio de Salud Pública Tolima corte 28 julio 2022

Encuesta	NO cumple	%	Cumple parcialmente	%	Cumple	%	N° respuestas
¿La información suministrada es clara y coherente a sus necesidades?	0	0,00	68	41,72	95	58,28	163
departamento responde a sus inquietudes, opiniones y sugerencias oportunamente?	0	0,00	70	42,94	93	57,06	163
¿En caso de dificultades de cumplimiento, se le ofrecen alternativas para su satisfacción?	0	0,00	74	45,68	88	54,32	162
¿La información que recibe del Laboratorio es clara, precisa y concreta?	0	0,00	12	12,00	88	88,00	100
¿Los reportes de informes realizados por el Laboratorio se entregan oportunamente?	1	1,00	27	27,00	72	72,00	100
¿Recibe los informes con interpretaciones, valores de referencia y comentarios adecuados?	1	1,00	16	16,00	83	83,00	100
¿Se siente satisfecho con la atención de nuestro Laboratorio?	0	0,00	15	15,00	85	85,00	100
¿Le satisface el nivel técnico del Laboratorio?	0	0,00	8	8,00	92	92,00	100
Total	**2**	**0,20**	**290**	**29,35**	696	**70,45**	**988**

Fuente: Base de datos encuesta cliente, LSPT julio 2022

Con respecto a los comentarios registrados se resaltan los siguientes se resaltan los mensajes de felicitación con el 47,2%, seguido de los buenos comentarios en relación con el buen servicio y atención con el 23,2%.

- ❖ **Este análisis corresponde a la encuesta que bajan con código QR, que se encuentra en la recepción de muestras correspondientes a los eventos en Vigilancia de Factores del riesgo del ambiente y del consumo.**

RCR

Se resaltan algunos comentarios como la solicitud de más capacitaciones, demoras en la respuesta de solicitudes, inquietudes y reportes, y las dificultades en la atención telefónica para los clientes del laboratorio.

Comentarios de la encuesta	N°	%
Felicitaciones	59	47,2
Buenos comentarios	29	23,2
Ningún comentario	8	6,4
Más capacitaciones	7	5,6
Excelente conferencia	3	2,4
Capacitaciones y prácticas presenciales	2	1,6
Demora a solicitudes e inqueitudes	2	1,6
Más agilidad	2	1,6
Agradecimientos	2	1,6
No aplica	2	1,6
Fortalecer divulgación en redes	1	0,8
Alcohol antiséptico en las entradas	1	0,8
Reportes para aislamiento viral de dengue y MAT leptospira son muy demorados	1	0,8
Mejorar servicio de atención telefónica, casi nunca contestan los teléfonos	1	0,8
Los comunicados no son acorde a las guías técnicas de EISP	1	0,8
Las notificaciones deben ser más explícitas y la solicitud de la información con mayor anterioridad	1	0,8
Mejorar oportunidad de recibo de muestras los festivos y fines de semana, solucionar inconvenientes de documentación antes de devolver las muestras	1	0,8
Revisar fechas de EEID, tener encuenta días festivos	1	0,8
Tener en cuenta tiempo de recepción y documentos de la muestra	1	0,8
Total	**125**	**100**

Fuente: Base de datos encuesta cliente, LSPT julio 2022

b.8. Proposiciones y varios

- ✓ En el momento se adelanta la gestión de la información para consolidar un indicador que permita evidenciar el número de ensayos realizados por muestra; con el fin de complementar el análisis de la información, y de esta manera evidenciar los ensayos de mayor y menor demanda en el LSPT.

- ✓ Se requiere con urgencia la centralización del sistema de información del área de atención a las personas mediante un software, debido a que se maneja una base de datos para el registro del proceso de recepción de la muestra, y otras bases de datos por evento de interés en salud pública, lo cual genera reprocesos en la información, inconsistencias entre lo reportado por el área de recepción y el área de procesamiento, impide realizar la trazabilidad de la muestra, y limita la generación ágil de informes debido a que se debe de contar con la disponibilidad de tiempo de cada analista responsable de una base.

- ✓ Es pertinente realizar los planes de mejoramiento correspondientes a todos los indicadores que no alcanzaron la meta, para realizar seguimiento a responsables y mejorar el cumplimiento del indicador.

- ✓ Fortalecer mecanismos de socialización y difusión de la encuesta de satisfacción al cliente mediante redes y envío a los correos electrónicos, especialmente a las IPS, y coordinadores de laboratorios que más aportan muestras al LSPT. Generalmente la encuesta la diligencia la persona que entrega la muestra, quien en la mayoría de los casos es el mensajero, conductor, y/o auxiliar de enfermería de las ESE e IPS.

- ✓ De acuerdo con los registros de la encuesta de satisfacción del cliente se recomienda generar alternativas para la resolución ante dificultades de cumplimiento en criterios de recepción de muestras, mejorar la oportunidad de respuesta ante inquietudes, opiniones y sugerencias. Adicionalmente se debe verificar normatividad vigente y garantizar que la información suministrada sea actualizada, clara y coherente.

- ✓ Se deben generar estrategias que permitan y garanticen un envío oportuno de los reportes de laboratorio.

b.9. VISITAS ESTÁNDARES DE CALIDAD RESOLUCIÓN 1619 DE 2015

Para conocer el proceso de vigilancia y seguimiento a los laboratorios de la red del departamento del Tolima en cuanto a los estándares de calidad Resolución 1619 de 2015, se realiza en el mes de febrero diagnóstico inicial de la red en donde se observan *43* visitas realizas de un total de 140 laboratorios públicos y privados que conforman la misma, lo que corresponde a un cumplimiento de seguimiento del 30.7% en las vigencias 2019, 2020 y 2021.

LABORATORIOS VISITADOS PRIMERA VEZ	43	X 100	30,70%
TOTAL NUMERO DE LABORATORIOS	140		

De estas 43 visitas realizadas, 27 correspondían a laboratorios de la ciudad de Ibagué y 16 fueron laboratorios de municipios.

VISITADOS DE IBAGUÉ	27	X 100	62,70%
TOTAL DE LABORATORIOS VISITADOS	43		

ECR

VISITADOS DE MUNICIPIOS	16	X 100	37,20%
TOTAL DE LABORATORIOS VISITADOS	43		

A partir de este diagnóstico, se registra un total de 96 laboratorios que aún no tienen visita de estándares de calidad, de los cuales 27 son de la ciudad de Ibagué y 69 son de municipios.

LABORATORIOS NO VISITADOS	96	X 100	68,00%
TOTAL NUMERO DE LABORATORIOS	140		

NO VISITADOS DE IBAGUÉ	27	X 100	28,00%
TOTAL DE LABORATORIOS NO VISITADOS	96		

NO VISITADOS DE MUNICIPIOS	69	X 100	71,80%
TOTAL DE LABORATORIOS NO VISITADOS	96		

En articulación con la Dirección de Salud Pública se da inicio a un plan de contingencia que permita durante la vigencia 2022 y en el marco de la visita del INS, realizar el 100% de visitas a toda la red del departamento incluyendo los laboratorios que no realizan EISP, con el fin de tener una línea base que permita conocer la realidad de los laboratorios en cuanto a sus estándares de calidad, eventos de interés en salud pública que procesen y conocer el funcionamiento y capacidad de nuestra red.

Mediante esta contingencia se logró realizar la primera visita virtual de seguimiento al 100% de los 43 laboratorios visitados en las vigencias anteriores, de los cuales no todos habían cumplido con los estándares y por ende tenían calificación inferior a 80% (12 laboratorios). Con este seguimiento se pudo evidenciar que todos realizaron actividades de mejoramiento para cumplir con el puntaje necesario y quedar aprobados, sin embargo se debe realizar segundo seguimiento a las actividades que aún siguen pendientes en los planes de mejora.

Como parte de la estrategia de despliegue se realiza georreferenciación de los laboratorios para priorizar las visitas y los tiempos de ejecución de las mismas.



Se prioriza realizar 17 visitas virtuales de primera vez a municipios de difícil acceso, las cuales se realizan en su totalidad, adicionalmente se hace despliegue para visitar los 27 laboratorios de la ciudad de Ibagué que no habían sido visitados, de los cuales a la fecha se llevan un total de 20, y se distribuyen los laboratorios de los municipios que faltan que corresponden a 51, de los cuales se llevan realizadas 11.

	LABORATORIOS	TOTAL	REALIZADAS	PENDIENTES
PRIMERA VEZ 2022	VIRTUALES DE MUNICIPIOS PRIORIZADOS	17	17	0
	PRESENCIALES IBAGUÉ	27	20	7
	PRESENCIALES MUNICIPIOS	51	11	40
	TOTAL	95	48	47

Esto significa un total de 48 visitas realizadas en aproximadamente 5 meses, dato que supera las visitas realizadas durante los últimos 3 años de manera dispersa, y permite ir estructurando la información de la red a través de los puntajes obtenidos, planes de mejora solicitados y proyección de visitas de seguimiento para la vigencia 2023.

Por lo tanto, a la fecha en lo que va corrido del 2022 se ha realizado un despliegue que suma 91 laboratorios visitados entre primera vez y seguimientos, lo que corresponde a un 65% de la meta establecida, dato socializado al INS que incentivó a continuar con la metodología establecida para cumplir la meta y lograr tener la información completa de la red al finalizar el año y hacer un enfoque posterior en seguimientos y fortalecimiento de las capacidades de la red.

RCR

ESTADO DE LA RED A 31 DE JULIO DE 2022 (CON VISITAS DE VIGENCIA 2019-2020-2021-2022)	43 + 48 (91)	X 100	65,00%
TOTAL NUMERO DE LABORATORIOS HABILITADOS EN EL RESP	140		

Los 47 laboratorios que faltan por visitas se encuentran agendados en cronograma hasta el 30 de noviembre de 2022, en donde se cumplirá con la meta de visitas de los 140 laboratorios que se encuentran registrados en el REPS, superando el objetivo de visitar solamente los laboratorios que procesan eventos de interés en salud pública y que son los que conforman nuestra red.

c) Adecuación de las políticas y procedimientos.

El laboratorio ha establecido las siguientes políticas:

1. Política de calidad

Se replantea la Política de calidad y se enfoca en el aseguramiento de la calidad, impulsando en una cultura de calidad como forma de trabajo, aplicando buenas prácticas de laboratorio, personal idóneo y competente enfocados en el cumplimiento de estándares de calidad (norma ISO/IEC 17025:2017).

2. Política ambiental

La política ambiental del LSP se fortalece en el cumplimiento del uso racional de los recursos, en la reducción de la producción de residuos, en la capacitación constante del recurso humano, proveedores y visitantes en el tema, e implementando medidas de prevención, control y protección para disminuir el impacto ambiental derivado de nuestras actividades.

El Laboratorio de Salud Pública del Tolima, consciente de la responsabilidad ambiental que origina el desarrollo de sus actividades, se compromete a:

- Utilizar racionalmente los recursos y reducir la producción de residuos y emisiones, evitando vertidos e impactos ambientales, mediante la aplicación de programas de mejora continua y el establecimiento de objetivos y metas ambientales, haciendo que las instalaciones y actividades de nuestra entidad sean cada día más respetuosas con el entorno.
- Promover la formación, sensibilización, participación y comunicación ambiental, a todos los servidores públicos del Laboratorio, haciéndola extensible a los proveedores y la comunidad en general, para conseguir entre todos un mayor compromiso ambiental, fomentando su integración activa y trabajo en equipo.
- Cumplir la legislación ambiental vigente, que le sea de aplicación por razón de su actividad y ubicación geográfica, así como los requisitos que la entidad suscriba, relacionados con sus aspectos ambientales.
- Implementar medidas de prevención, control y protección, encaminadas a disminuir el impacto ambiental derivado de nuestra actividad, buscando el uso más eficiente y racional posible de los recursos naturales y los insumos necesarios para el desarrollo de nuestro servicio.

La política ambiental del LSP se fortalece en el cumplimiento del uso racional de los recursos, en la reducción de la producción de residuos, en la capacitación constante del recurso humano, proveedores y visitantes en el tema, e implementando medidas de prevención, control y protección para disminuir el impacto ambiental derivado de nuestras actividades

3. Política de seguridad y salud en el trabajo

De acuerdo a los compromisos adquiridos en la política de seguridad y salud en el trabajo el Laboratorio de Salud Pública del Tolima está implementando los requerimientos necesarios para garantizar óptimas condiciones de infraestructura, equipos y elementos para el normal funcionamiento de las actividades diarias y procesos en general.

En relación al cuidado de la salud de los colaboradores, se viene sensibilizando por medio de charlas, capacitaciones y comunicados sobre la importancia de la salud y como repercute la misma en el entorno laboral, familiar y social; la cual se lleva a cabo evaluando permanentemente las condiciones de salud y garantizando que desempeñen sus labores en los ambientes apropiados.

4. Política de Bioseguridad

Como pilar fundamental de las labores propias que se desarrollan en el Laboratorio de Salud Pública del Tolima, se insta constantemente a los funcionarios sobre la importancia del cumplimiento de las normas y protocolos de bioseguridad establecidas para la prevención de accidentes y enfermedades laborales, teniendo en cuenta el nivel de riesgo al que se está expuesto diariamente, máxime cuando el Laboratorio está siendo tomado como referente a nivel nacional por el cumplimiento de los estándares de calidad.

Procedimientos

- ✓ ¿QUE SE HACE EN EL AREA DE GESTION DOCUMENTAL?

Desde el área de calidad se ha propuesto un plan de acción con el fin de llevar el control documental del laboratorio, para este fin se ha designado un grupo de profesionales que trabajan en conjunto con el líder del área y de la mano con el personal de archivo del laboratorio.

El área de calidad verifica, aprueba o rechaza las solicitudes de documentos, se codifican, ingresa a los listados maestros y se socializan para su debida publicación y uso, todos los documentos (procedimientos, manuales, formatos, etc.).

Todos los documentos que se emplean en las diferentes áreas del laboratorio deben ser aprobados por el área de calidad, para ello se emplea un formato LSP-FOR-MC-013 Solicitud de cambio, elaboración, modificación o retiro de documentos, en donde se debe consignar la información solicitada: qué clase de documento es, a que área corresponde, quien elaboro el formato o quien solicita el cambio, el porqué de la solicitud, quien aprueba y la fecha.

- ✓ LISTADOS MAESTROS

RCR

Listado Maestro Formatos: LSP-FOR-MC-003
Listado Maestro Manuales, Procedimientos e Instructivos: LSP-FOR-MC-007
Listado Maestro Obsoleto: LSP-FOR-MC-019

✓ ¿QUE SE TIENE?

MANUALES	AC	1
	GS	5
	IV	4
	MC	5
PROCEDIMIENTOS	GM	43
	MC	20
	GS	2
	AD	12
	CB	1
	IV	96
FORMATOS	AC	17
	CA	16
	GA	31
	GC	3
	GM	29
	GS	39
	GT	2
	IV	310
	MC	24
INSTRUCTIVOS	AC	2
	CA	1
	GA	3
	GE	1
	GM	2
	IV	7
	PI	1
REGLAMENTOS	MC	1
LISTADOS MAESTROS	MC	2

✓ VERIFICACION DOCUMENTAL

Con el líder encargado de cada evento y con el personal encargado de las diferentes áreas se ha implementado una revisión de los documentos que se manejan, con el fin actualizar los diferentes manuales, protocolos, procedimientos y manuales, para poder determinar si son adecuados, si se están empleando y si requieren alguna sugerencia o cambio según sea su naturaleza y así mismo disminuir la cantidad de documentos vigentes presentes en la carpeta compartida de **escaneados** que se maneja con los funcionarios del LSP.

Con los documentos transversales se cumple una función similar, aunque todo va de la mano con la directriz dirigida por parte de la gobernación del Tolima.

- ✓ OBSOLETOS

La líder de calidad luego de verificar el formato LSP-FOR-MC-013 Solicitud de cambio, elaboración, modificación o retiro de documentos y de realizar los ajustes solicitados genera la nueva versión y los documentos con versiones anteriores o eliminados según el caso se envían a la carpeta de RESERVAS GESTION DE CALIDAD y allí se guardan estas versiones anteriores en su respectiva carpeta (Manuales, procedimientos, formatos o retirados mes a mes) Y el funcionario de apoyo a Gestión documental ha generado el listado de obsoletos el cual actualiza a medida que se van enviando documentos, lo cual constituye la mejora del LSP.

Se viene implementado una revisión con el personal del laboratorio que maneja la documentación existente y si allí se evidencia que algún documento lleva un tiempo estimado sin uso y en la actualidad ningún funcionario lo está empleando este documento, debe pasar a revisión y posteriormente se tiene que dar de baja en la carpeta compartida de documentos donde se hace la respectiva retención según los tiempos estipulados.

En la carpeta anteriormente nombrada se ha organizado la documentación que se ha dado de baja y está organizada de la siguiente manera:

- ✓ RESERVAS GESTION DE CALIDAD

1. LISTADOS MAESTROS
2. OBSOLETOS FORMATOS
3. OBSOLETOS INSTRUCTIVOS
4. OBSOLETOS MANUALES
5. OBSOLETOS PROCEDIMIENTOS
6. OTROS OBSOLETOS TRANSVERSALES
7. DOCUMENTOS OBSOLETOS AÑO 2017
8. DOCUMENTOS OBSOLETOS MES A MES AÑO 2022

FORMATOS	AC	3
	CA	16
	GA	17
	GC	3
	GM	18
	GS	5
	IV	190
	MC	4
INSTRUCTIVOS	AC	3
	GM	2
	GS	2
MANUALES	GM	2
	GS	12
	IV	13
	MC	5

RCR

PROCEDIMIENTOS	IV	89
	AD	8
	AC	1
TRANSVERSALES	AC	4
	MC	2
	AD	13
DOCUMENTOS OBSOLETOS 2017		
PROCEDIMIENTOS	IV	10
FORMATOS	IV	19
	MC	1
DOCUMENTOS OBSOLETOS 2022		
FORMATOS	IV	27
	GA	5
	GM	12
	AC	3
	GC	2
	MC	7
	GS	13
PROCEDIMIENTOS	AD	3
	AC	4
	IV	29
	GM	4
	MC	1
MANUALES	IV	2
	AC	2
	GS	4
	MC	4

d) Estado de las acciones de revisiones por la dirección anteriores:
No aplica para la reunión

e) Resultados de auditorías internas recientes.
No aplica para la reunión

f) **Acciones correctivas.**

El LSP a través de la líder de calidad, brinda asesoría, capacitación, y acompañamiento, necesarios, para la implementación de las acciones correctivas derivadas del tratamiento de los trabajos no conformes o desvíos de las políticas y procedimientos del sistema de gestión o de las operaciones técnicas identificados, fomentando la cultura del reporte de trabajos, reportes, acciones, equipos, reactivos no conformes que puedan afectar el sistema

Es así como se han documentado 2 acciones correctivas en el área de físico químico las cuales fueron documentadas, atendidas y cerradas. Se ha documentado 16 no conformidades producto de la aplicación de estándares de calidad de la resolución 1619 por parte del INS, de estas ya se han cerrado 2 y los 14 restantes están en verificación permanente para el seguimiento según las fechas planteadas en las mismas.

g) Evaluaciones por organismos externos.

- Según el informe de gestión del INVIMA "CUMPLIMIENTO PROGRESIVO DE ESTANDARES DE CALIDAD A NIVEL NACIONAL" el laboratorio de Salud Pública del Tolima hace parte de los 16 laboratorios de salud pública del país que cumplen con los estándares de calidad.
- Según la auditoría realizada por el instituto Nacional de Salud los días mayo 31, junio 1, 2 y 3 de 2022 el laboratorio CUMPLE con la nueva herramienta de estándares de calidad con un porcentaje del 83% ubicándose dentro de los mejores del país.

Se generaron en total 16 hallazgos distribuidos de la siguiente manera:

Organización y gestión	3
Talento humano	2
Infraestructura y dotación	3
Bioseguridad y manejo de residuos	6
Prioritario	2

Por otro lado, como resultado de la auditoría externa se identificaron las siguientes fortalezas que apoyan el avance del sistema de gestión de calidad frente a la conformidad de los requisitos, entre los cuales se destacan:

- ✓ El personal vinculado al LSP muestra alto compromiso frente a la labor realizada, en pro del fortalecimiento del laboratorio, así como disposición ante sugerencias de mejora.
- ✓ Gestión por parte de los directivos para la consecución de recursos y alianzas para el fortalecimiento del LSP
- ✓ Organización y disponibilidad de la información.
- ✓ Se observa organización y limpieza de las áreas técnicas y administrativas
- ✓ Se evidencia un fortalecimiento en la gestión y análisis de la información que genera el laboratorio derivado a vigilancia

Evaluaciones del desempeño con resultado satisfactorio.

h) **Cambios en el volumen y tipos de trabajo o en el alcance de actividades del laboratorio.**

El laboratorio ha demostrado un significativo avance en el alcance de los parámetros a acreditar bajo la norma ISO 17025/2017, lo cual se traduce en reporte de resultados de las diferentes pruebas con una alta confiabilidad y credibilidad dada la implementación y cumplimiento de los requisitos de la mencionada norma.

2 C R

Se ha mejorado el tiempo de generación de reportes de resultados con la implementación de bases de datos con correspondencia cruzada para los eventos (parasitología, microbiología de alimentos, fisicoquímico de alimentos y bebidas)

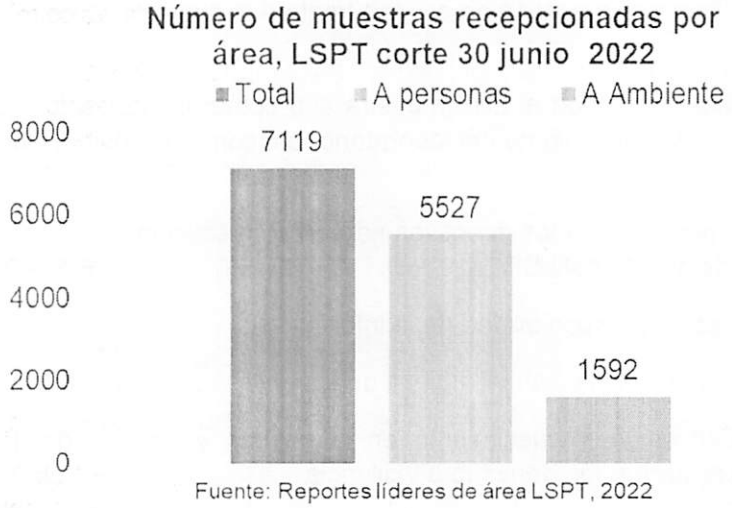
Con el fin de lograr los objetivos propuestos en la contingencia de visitas de estándares de calidad se requirió de la participación de todas las bacteriólogas para el desarrollo virtual y presencial de las mismas, lo que generó un aumento en el volumen de las actividades, reestructuración temporal del cronograma y metodología que cada una llevaba.

ANALISIS DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO PARA EL ÁREA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS Y AL MEDIO AMBIENTE

PERIODO DEL 1 DE ENERO A 30 DE JUNIO 2022

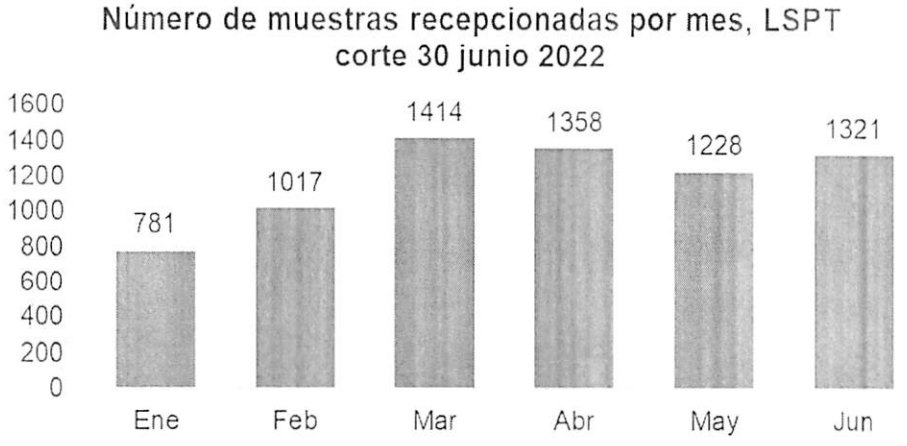
1. Muestras recepcionadas durante el periodo 1 de enero a 30 de junio 2022

El Laboratorio de Salud Pública del Tolima recepcionó en total 7119 muestras, de las cuales el 77,6% corresponden al área de Vigilancia de eventos de interés en salud pública y el 22,4% al área de vigilancia de factores de riesgo del consumo y del ambiente.



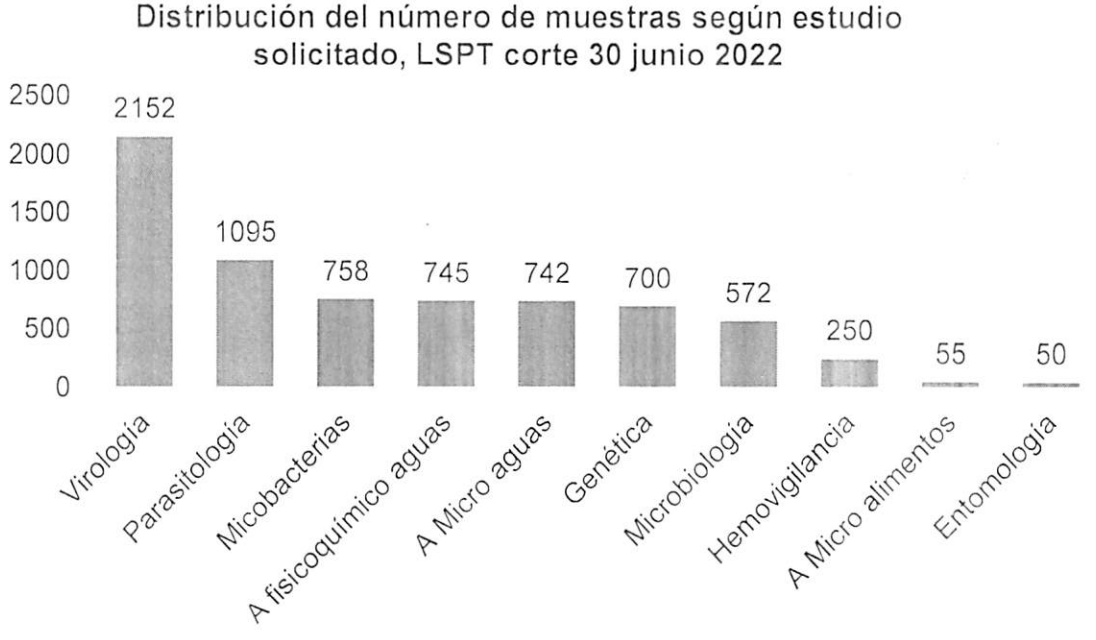
Fuente: Reportes líderes de área LSPT, 2022

Durante el periodo de enero a junio de 2022 se observó que el mayor número de muestras se recepcionaron en los meses de marzo y abril, los cuales aportaron el 38,94% del total.



Fuente: Reportes indicadores líderes de área, LSPT 2022

En el periodo de enero a junio del presente año, según el tipo de estudio solicitado para la muestra, el 30,23% corresponde a virología, el 15,38% a parasitología, y el 10,65% a micobacterias.

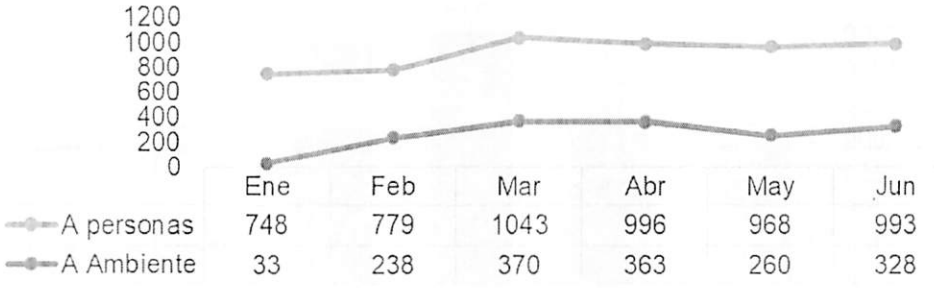


Fuente: Reportes indicadores líderes de área, LSPT 2022

Durante los seis meses del año, el mayor número de muestras de atención a las personas y atención al ambiente se recepcionaron en el mes de marzo, en el cual el 73,9% corresponden a VEISP.

12 CR

Muestras recepcionadas según área de procesamiento y mes, LSPT corte 30 junio 2022



Fuente: Reportes indicadores líderes de área, LSPT 2022

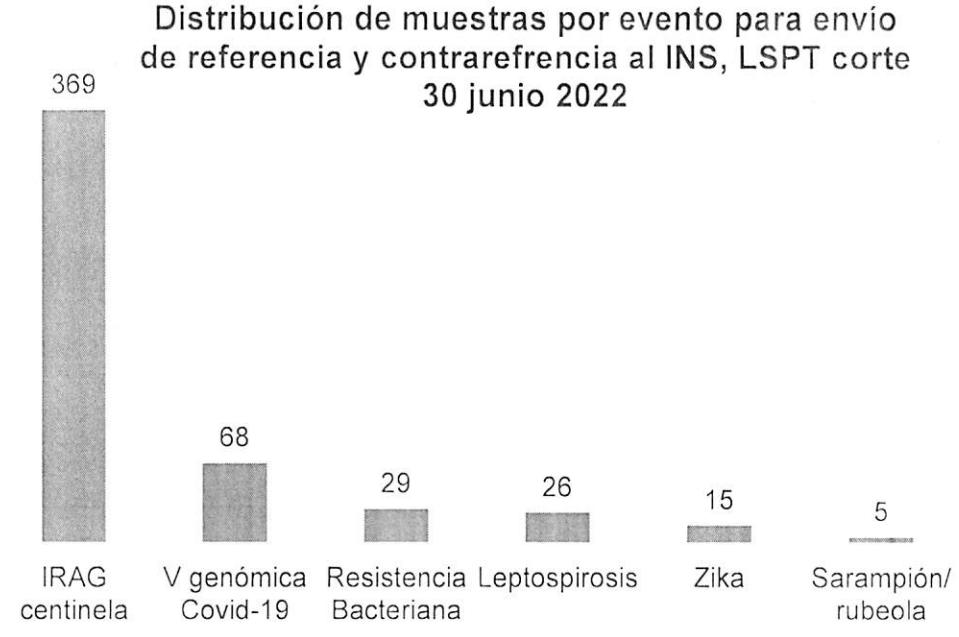
A corte del 30 de junio de 2022 se recepcionaron 5527 muestras para procesamiento en el área de atención a las personas, de las cuales el 21,33% se enviaron por referencia al Instituto Nacional de Salud para su análisis. La mayor parte de las muestras enviadas corresponden a estudios de virología, de las cuales se enviaron el 21,33% de las muestras recepcionadas para esta área.

Distribución de muestras procesadas en el LSPT vs Referencia y contrarrefencia, área atención a las personas corte 30 junio 2022

Estudio	Procesamiento LSP	Enviadas referencia INS	Total	% referencia y contrarreferencia
Virología	1693	459	2152	21,33
Microbiología	515	57	572	9,97
Parasitología	1095	0	1095	0,00
Genética	700	0	700	0,00
Hemovigilancia	250	0	250	0,00
Micobacterias	758	0	758	0,00
Total	**5011**	**516**	**5527**	**9,34**

Fuente: Reportes indicadores líderes de área, LSPT 2022

En el programa de referencia y contrarreferencia para la vigilancia de eventos de interés en salud pública, se enviaron desde el LSPT 516 muestras para el INS, de las cuales el 71,5% corresponden a la vigilancia centinela de IRAG, el 13,01% a la vigilancia genómica de Covid-19, y el 8,06% a resistencia bacteriana.



Fuente: Reportes indicadores líderes de área, LSPT 2022

De las muestras recepcionadas a 30 de junio de 2022, los eventos de interés en salud pública que más aportan muestras al LSPT corresponden en su orden a diagnóstico Covid-19 con el 12,9%, seguido de tuberculosis con el 10,5%, y análisis fisicoquímico de agua para consumo humano con el 10,5%.

Distribución del número de muestras recepcionadas por evento, Laboratorio de Salud Pública a 30 de junio de 2022

DCR

EVENTO	No de muestras	%
Covid-19 Diagnóstico	920	12,9
Tuberculosis	747	10,5
Análisis fisicoquímico agua consumo humano	745	10,5
Análisis microbiológico agua consumo humano	742	10,4
Hipotiroidismo congénito	700	9,8
Tripanosomiasis	615	8,6
ETS/T pallidum	392	5,5
IRAG centinela (R/C)	369	5,2
Hemovigilancia	250	3,5
Malaria	234	3,3
ITS-VIH	190	2,7
Leishmaniasis cutanea	186	2,6
Dengue NS1	177	2,5
Dengue EEID	164	2,3
Hepatitis B	107	1,5
Covid-19 EEID	100	1,4
Leptospirosis EEID	74	1,0
Vigilancia genómica Covid-19 (R/C)	68	1,0
Leishmaniasis visceral	60	0,8
Análisis microbiológico Alimentos	55	0,8
Identificación taxonómica de vectores	50	0,7
ETS N gonorrhoeae	36	0,5
Hepatitis C	33	0,5
Resistencia Bacteriana (R/C)	29	0,4
Leptospirosis (R/C)	26	0,4
Zika (R/C)	15	0,2
Tosferina	13	0,2
Lepra	11	0,2
Sarampión/Ruebeola (R/C)	5	0,1
Hepatitis A	2	0,0
EDA/ETA (R/C)	1	0,0
Meningitis (R/C)	1	0,0
Parálisis flácida (R/C)	1	0,0
AAPTR (R/C)	1	0,0
TOTAL	7119	100

i) **Retroalimentación de los clientes y del personal.**

Se revisaron los resultados de retroalimentación de los clientes internos y externos mediante las encuestas aplicadas y consolidadas semestralmente, y de acuerdo a la satisfacción global se obtienen los siguientes datos:

CLIENTE EXTERNO Se envía a los clientes externos el link de las encuestas, luego se descarga la información recolectada en el Google docs. y los datos se ingresan en el formato LSP-FOR-015 SEGUIMIENTO DE INDICADORES donde se obtiene una satisfacción global del 81%para el primer semestre.

CLIENTE INTERNO: Se actualiza la encuesta de satisfacción del cliente interno y se procede a enviar a todos los funcionarios por parte de la ingeniera de sistemas a los correos personales , se obtienen los resultados, la satisfacción global promedio es del 80% siendo apenas para lograr el cumplimiento del objetivo planteado, pero donde se ve la mayor preocupación del personal en el tema referente a la estabilidad laboral, congruente con la vinculación de la mayoría de los funcionarios que son contratistas y no ven segura su continuidad en la institución.

j) **Quejas.**

Las quejas o reclamaciones que son interpuestas por los clientes o por otras partes, respecto a las actividades desarrolladas por el laboratorio, son registradas en LSP-FOR-AC-009 FORMATO PARA PREGUNTAS, RECOMENDACIONES y su tratamiento se registra en el LSP-FOR-MC-005 TRATAMIENTO DEL TRABAJO NO CONFORME Y ACCIONES CORRECTIVAS.

Hasta la fecha se han atendido 3 quejas y las tres se encuentran atendidas y cerradas

k) Eficacia de cualquier mejora implementada. No aplica para la reunión
l) Adecuación de los recursos. No aplica para la reunión
m) Resultados de la edificación de los riesgos. No aplica para la reunión
n) Resultados del aseguramiento de la validez de los resultados. No aplica para la reunión
o) Otros factores pertinentes, tales como las actividades de seguimiento y la formación. No aplica para la reunión

CONCLUSIONES:

Se debe garantizar La provisión de los recursos requeridos, las instalaciones, el equipamiento, los sistemas, los servicios de apoyo necesarios, así como el personal capacitado evitando la rotación del mismo lo que retrasa los procesos por la imperiosa necesidad de validar nuevamente las metodologías y por ende el aumento en los costos, para gestionar y realizar las actividades de laboratorio con miras obtener la acreditación del LSP.

La segunda parte de la reunión por la dirección donde se tratará la agenda pendiente se realizara en el mes de septiembre

COMPROMISOS:

RCR

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA (AAAA-MES-DÍA)
Generar el indicador para evaluar si el personal que hay en el LSP cumple con los requisitos establecidos en el LSP-MAN-MC-005 Manual de Roles, Funciones y Competencias	Líder de Calidad	2022-08-26
Elaborar reuniones periódicas para el seguimiento y análisis de los indicadores	área de sistema de información	2022-11-30
Implementar las evaluaciones del Riesgo para la totalidad de los eventos del LSP, presentar cronograma	Profesional de Salud y Seguridad en el Trabajo	2022-08-26
Proyectar oficio al área de sistemas solicitando el cronograma de mantenimiento de equipos de cómputo y servidor, o información sobre cortes que se realicen del servicio de internet.	Ingeniera de sistemas	2022-08-05
Continuar con el desarrollo de las visitas de estándares de calidad resolución 1619 de 2015 según cronograma establecido.	Bacterióloga redes	2022-08-15
Verificación y validación de 7 ensayos para el año 2023 • E. Coli • Coliformes totales • Mesófilos • Pseudomona aeuruginosa • Chagas • TSH Neonatal • Covid-19	Lideres de área Microbiología de aguas, VEISP	2023-09-30
Para lo cual se requiere: 1. Realizar diagnostico inicial	Asesor Oscar Delgado	2022-09-30

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA (AAAA-MES-DIA)
2. Asignar presupuesto para contratar el acompañamiento en la validación de las metodologías en el año 2023	Dirección de Salud Publica	2022-09-30
3. Asignar presupuesto para la compra de equipamento necesario para realizar los ensayos.	Dirección de Salud Publica	2022-10-30
4. Elaboración de cronogramas y planes de validación.	Lideres de área Microbiología de aguas, VEISP	2023-02-28
Asegurar la continuidad del personal técnico clave en el sistema	Dirección salud Publica	2023-01-30
Adquisición de un LIMS para la totalidad de eventos del LSP	Dirección salud Publica	2023-01-30
El área de calidad debe realizar revisión al sistema para no dejar formatos o documentos sueltos	área de calidad	2022-08-30
La totalidad de áreas deben ejecutar la supervisión de procesos para prevenir acciones correctivas. Indicar el cumplimiento e incumplimiento, justificando el por qué no se ha hecho.	Lideres de área	2022-09-30
Adquisición de equipamiento para cumplir con el plan de mejora establecido con el INVIMA y el INSTITUTO	Dirección salud Publica	2023-06-30

RCR