



**GOBIERNO
DE JALISCO**
PODER EJECUTIVO

SECRETARÍA DE SALUD
OPD. SERVICIOS DE
SALUD JALISCO

PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE LABORATORIO Y GABINETE.

A U T O R I Z A C I Ó N

DOCUMENTÓ: LIC. PSIC. MILAGROS ASCENCIO GUIRADO LIC. T.S. BEATRIZ ADRIANA VÍQUEZ
GESTORA DE CALIDAD GESTOR DE CALIDAD

Vo. Bo.: DRA. MARÍA XOCHITL GONZÁLEZ DELGADO DRA. ANGÉLICA RAMÍREZ CÁRDENAS
JEFA DE CONSULTA EXTERNA JEFA DE HOSPITALIZACIÓN

APROBÓ: DR. EDUARDO VALLE OCHOA
DIRECTOR DEL CAISAME ESTANCIA BREVE

AUTORIZÓ: DR. DANIEL OJEDA TORRES
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE SALUD MENTAL

CENTRO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD MENTAL, ESTANCIA BREVE.

CÓDIGO: DOM-P104-I5_001

FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2010

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 17 DE ENERO DEL 2010

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 04 DE MARZO DEL 2011

COPIA No.: _____

Sello	DOCUMENTO DE REFERENCIA
El Presente procedimiento <u>Si</u> cumple con lo establecido en la Guía Técnica para Documentar Procedimientos.	
Sello	

Este documento es vigente y está actualizado porque responde a las necesidades actuales de la unidad, y no hay uno nuevo que lo sustituya.

Responsable de la información: Centro de Atención Integral de Salud Mental Estancia Breve
 Responsable de la Publicación: Depto. de Organización y Métodos
 Fecha de publicación: 04 Julio 2014

PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE LABORATORIO Y GABINETE.



CÓDIGO: DOM-P104-I5_001.

FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2010.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 17 DE ENERO DEL 2010.

Objetivo	Verificar que los servicios de apoyo diagnóstico de laboratorio clínico y gabinete propios o subrogados cumplan con los criterios de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-166, NOM-178 para los laboratorios y NOM-229 y NOM-178 para gabinetes además de definir métodos de control en caso de que los laboratorios y/o gabinetes presenten alguna anomalía en la prestación de servicios a Caisame Estancia Breve.
Alcance	<p>Límites del procedimiento: Este procedimiento inicia cuando Jefatura de Trabajo Social elabora una carta solicitando los servicios de algún laboratorio clínico y/o gabinete donde cumpla con requisitos preestablecidos y termina cuando se verifica el cumplimiento de los criterios de calidad en dichos establecimientos periódicamente por parte del departamento de Gestoría de Calidad.</p> <p>Áreas que intervienen: Comité COCASEP, Gestoría de Calidad, Psiquiatría, Medicina General, Anestesiología, Enfermería, Trabajo Social, Coordinación Administrativa, Ingeniero Biomédico.</p>
Políticas	<ol style="list-style-type: none">1. Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y serán de observancia para todos los Centros de Responsabilidad y Órganos de Control y Vigilancia.<ul style="list-style-type: none">• Un procedimiento actualizado es aquel que está vigente y responde a las necesidades actuales de la Institución.• Un procedimiento es vigente mientras no haya uno nuevo que lo supla o sustituya; por lo tanto se sigue aplicando aunque las fechas de autorización no correspondan a los del mes y año en curso, ni los nombres de los directivos a los que ostentan el cargo en la actualidad.• Un procedimiento es obsoleto cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales de la Institución y éste se encuentra en desuso o existe uno nuevo.2. Es responsabilidad de del Comité de Calidad y seguridad del paciente (COCASEP) vigilar que los servicios subrogados de laboratorio clínico cumplan con los lineamientos de la NOM-166-SSA1-1997 y la NOM-178-SSA1-1997 y Los servicios subrogados de gabinete cumplan con los lineamientos de la NOM-229-SSA1-2002 y la NOM-178-SSA1-1997.3. El Comité de Calidad y seguridad del paciente (COCASEP) debe de vigilar que el personal que labore en los servicios subrogados de laboratorio clínico y/o gabinete cuenten con la capacitación, destrezas, orientación y experiencia adecuada de acuerdo a su puesto.4. El Comité de Calidad y seguridad del paciente (COCASEP) debe de vigilar que los laboratorios clínicos y/o gabinete que proporcione servicios a CAISAME Estancia Breve tengan la suficiente capacidad para la realización de los estudios que ofertan.5. Es responsabilidad del Comité de Calidad y seguridad del paciente (COCASEP) llevar un análisis y control de los laboratorios y gabinetes que ofrecen sus servicios al CAISAME Estancia Breve con el fin de garantizar el cumplimiento de la normatividad para prestar un servicio de calidad a los usuarios.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
2

Centro de Atención Integral en Salud Mental, Estancia Breve

PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE LABORATORIO Y GABINETE.



CÓDIGO: DOM-P104-I5_001.

FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2010.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 17 DE ENERO DEL 2010.

Políticas

6. Es responsabilidad del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) vigilar el desempeño y la calidad de los laboratorios y/o gabinetes.
7. Es responsabilidad de Trabajo social actualizar la base de datos de los usuarios que son canalizados a los diferentes establecimientos de laboratorios y/o gabinetes.
8. Es responsabilidad de los Directivos del CAISAME Estancia Breve mantener actualizada una lista de expertos en áreas de diagnóstico especializado para su derivación en casos especiales.

Definiciones

- Laboratorio Clínico** Establecimientos públicos, sociales y privados, independientes o ligados a algún servicio de atención médica, que tengan como fin realizar análisis clínicos y así coadyuvar en el estudio, prevención, diagnóstico, resolución y tratamiento de los problemas de salud.
- Gabinete** Establecimientos públicos, sociales y privados, independientes o ligados a algún servicio de atención médica, que utilice aparatos de rayos X para estudios con fines diagnósticos.
- Subrogado** Servicio mediante el cual un organismo o institución sustituye a otro organismo o institución en el cumplimiento de actividades y obligaciones.
- Servicios de Referencia** Realización de análisis por un laboratorio y/o gabinete a solicitud de otra institución.
- Usuario** Toda aquella persona que requiera y obtenga servicios de atención médico psiquiátrica.
- Norma Oficial Mexicana** Disposición general normativa obligatoria que describe una operación, características técnicas y requisitos de operatividad o sustentabilidad que son necesarias para el funcionamiento de un sistema o procedimiento.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
3

Centro de Atención Integral en Salud Mental, Estancia Breve

PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE LABORATORIO Y GABINETE.



CÓDIGO: DOM-P104-I5_001.

FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2010.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 17 DE ENERO DEL 2010.

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
1.	Jefa de Trabajo Social.	Solicita servicios a laboratorios de diagnóstico y gabinetes externos a través de un contrato de referencia por escrito “Carta de oferta de servicios” e indica que dicho documento deberá tener adjunto los apoyos que brindan los establecimientos a Caisame Estancia Breve en cuanto a papelería, listas de precios con costos preferenciales, personal que labora con sus respectivas cédulas profesionales, copia de la licencia sanitaria y horarios de atención, brinda 15 días hábiles posteriores a la solicitud para la entrega de la carta de oferta de Servicios”.						
2.		<p>Verifica si el laboratorio de diagnóstico y/o gabinete ha entregado la “Carta de oferta de servicios” junto con los documentos adjuntos solicitados:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">¿Carta de oferta de servicios?</th> <th style="text-align: center;">Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">Aplica actividad 4.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">No</td> <td style="text-align: center;">Aplica actividad siguiente.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Carta de oferta de servicios?	Entonces.	Sí	Aplica actividad 4.	No	Aplica actividad siguiente.
¿Carta de oferta de servicios?		Entonces.						
Sí		Aplica actividad 4.						
No	Aplica actividad siguiente.							
3.	<p>Solicita de nuevo la “Carta de Oferta de Servicios” dando un nuevo plazo de 5 días hábiles, determina si recibe carta de oferta de servicios y documentos adjuntos en el lapso de tiempo otorgado:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">¿Carta?</th> <th style="text-align: center;">Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">Aplica actividad 4.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">No</td> <td> <p>Gestiona una cita con el responsable de calidad del laboratorio o gabinete, de no tener respuesta a dicha cita, la institución no derivará usuarios al laboratorio o gabinete en cuestión.</p> <p style="text-align: center;">Fin del Procedimiento.</p> </td> </tr> </tbody> </table>	¿Carta?	Entonces.	Si	Aplica actividad 4.	No	<p>Gestiona una cita con el responsable de calidad del laboratorio o gabinete, de no tener respuesta a dicha cita, la institución no derivará usuarios al laboratorio o gabinete en cuestión.</p> <p style="text-align: center;">Fin del Procedimiento.</p>	
¿Carta?	Entonces.							
Si	Aplica actividad 4.							
No	<p>Gestiona una cita con el responsable de calidad del laboratorio o gabinete, de no tener respuesta a dicha cita, la institución no derivará usuarios al laboratorio o gabinete en cuestión.</p> <p style="text-align: center;">Fin del Procedimiento.</p>							
4.	<p>Recibe la “Carta de Oferta de Servicios” por parte de los laboratorios y/o gabinetes a los que se les solicitó y notifica a gestoría de Calidad e Ingeniería Biomédica para la revisión de los documentos adjuntos.</p>							

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE LABORATORIO Y GABINETE.



CÓDIGO: DOM-P104-I5_001.

FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2010.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 17 DE ENERO DEL 2010.

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
5.	Gestor de Calidad e Ingeniero Biomédico.	<p>Recibe la notificación por parte de la Jefatura de Trabajo Social de que se tiene la “Carta de Oferta de Servicios” y los documentos adjuntos por parte del laboratorio y/o gabinete, determina de acuerdo a los formatos Check List de Verificación para Laboratorios” (Ver Anexo 02) o del “Check List de Verificación para Gabinetes” (Ver Anexo 03), que los documentos adjuntos estén en orden y vigencia y llena el apartado de Documentos Básicos anexos a la Carta de Oferta de Servicios en dichos formatos dependiendo del tipo de establecimiento a verificar.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">¿Orden y vigencia?</th> <th style="text-align: center;">Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">Aplica actividad 7.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">No</td> <td>Notifica a trabajo social cuales son los puntos que no cumplió y a su vez solicita al establecimiento de laboratorio y/o gabinete los documentos actualizados Aplica siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Nota: Si el laboratorio anexó otros documentos a parte de los mencionados, éstos se revisarán para saber si cumplen con algún punto de los criterios de calidad en el Check List correspondiente.</p>	¿Orden y vigencia?	Entonces.	Si	Aplica actividad 7.	No	Notifica a trabajo social cuales son los puntos que no cumplió y a su vez solicita al establecimiento de laboratorio y/o gabinete los documentos actualizados Aplica siguiente actividad.
¿Orden y vigencia?	Entonces.							
Si	Aplica actividad 7.							
No	Notifica a trabajo social cuales son los puntos que no cumplió y a su vez solicita al establecimiento de laboratorio y/o gabinete los documentos actualizados Aplica siguiente actividad.							
6.	Jefa de Trabajo Social.	<p>Recibe notificación e informa al establecimiento de laboratorio y/o gabinete de los puntos que no cumplió y solicita los documentos actualizados con un plazo de 5 días hábiles, determina si laboratorio y/o gabinete entrega documentos actualizados dentro del plazo asignado:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">¿Documentos actualizados?</th> <th style="text-align: center;">Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">Aplica actividad siguiente.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">No</td> <td>Notifica a COCASEP que el laboratorio y/o gabinete no cumplió con la normatividad, aplica actividad 41.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Documentos actualizados?	Entonces.	Sí	Aplica actividad siguiente.	No	Notifica a COCASEP que el laboratorio y/o gabinete no cumplió con la normatividad, aplica actividad 41.
¿Documentos actualizados?	Entonces.							
Sí	Aplica actividad siguiente.							
No	Notifica a COCASEP que el laboratorio y/o gabinete no cumplió con la normatividad, aplica actividad 41.							
7.	Gestor de Calidad e Ingeniero Biomédico.	<p>Notifica a Jefatura de Trabajo Social que se termino de revisar la carta con documentos adjuntos y se declara listo para la revisión de los demás puntos marcados en los formatos Check List de Verificación para Gabinete o laboratorio.</p>						
8.	Jefa de Trabajo Social.	<p>Recibe notificación, concerté con laboratorios y/o gabinetes una cita para la revisión de los criterios de calidad y, avisa a Gestoría de Calidad la fecha y lugar de visita para la revisión de los criterios de calidad en los laboratorios y/o gabinetes.</p>						

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE LABORATORIO Y GABINETE.



GOBIERNO
DE JALISCO
PODER EJECUTIVO
SECRETARÍA DE SALUD
OPD. SERVICIOS DE
SALUD JALISCO

CÓDIGO: DOM-P104-I5_001.

FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2010.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 17 DE ENERO DEL 2010.

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
9.	Gestor de Calidad.	Recibe la fecha y el lugar de visita para la revisión de los criterios de calidad, notifica a Ingeniería Biomédica de la fecha en que se realizará en conjunto la revisión de los criterios y el lugar al que se acudirá.						
10.	Gestor de Calidad e Ingeniero Biomédico.	Determinan en conjunto el tipo de establecimiento a revisar, ya sea laboratorio o gabinete: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">¿Establecimiento?</th> <th style="text-align: center;">Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Laboratorio</td> <td style="text-align: center;">Aplica actividad siguiente.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Gabinete</td> <td style="text-align: center;">Aplica actividad 25.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Establecimiento?	Entonces.	Laboratorio	Aplica actividad siguiente.	Gabinete	Aplica actividad 25.
¿Establecimiento?		Entonces.						
Laboratorio		Aplica actividad siguiente.						
Gabinete		Aplica actividad 25.						
11.		Acude a laboratorio en la fecha acordada con formato “Check List de Verificación para Laboratorios” (ver anexo 2).						
12.		Comprueba que el laboratorio cuente con las áreas definidas que marca el formato “Check List de Verificación para Laboratorios” en el apartado de áreas con las que debe de contar el laboratorio de análisis clínicos, anota los resultados en dicho formato.						
13.		Confirma que el laboratorio cumpla con los criterios que marca el formato “Check List de Verificación para Laboratorios” en el apartado criterios básicos definidos por la NOM-166-SSA1-1997, anota los resultados en la sección correspondiente en dicho formato.						
14.		Comprueba si el laboratorio cumple con los criterios básicos definidos por la NOM-178-SSA1-1997, anota los resultados obtenidos en el formato “Check List de Verificación para Laboratorios” en el apartado correspondiente. Nota: Para la verificación del criterio 2 de este apartado se compara la lista de los estudios más frecuentes con el equipo existente y de esta manera constatar que es suficiente para cubrir la atención.						
15.	Verifica si el laboratorio cumple con el punto 1 de los criterios para la entrega de resultados por parte de laboratorio, anota el resultado en la sección correspondiente en el formato “Check List de Verificación para Laboratorios” .							
16.	Regresa a CAISAME Estancia Breve una vez terminada la revisión de los puntos a verificar en las instalaciones de los laboratorios.							

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE LABORATORIO Y GABINETE.



CÓDIGO: DOM-P104-I5_001.

FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2010.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 17 DE ENERO DEL 2010.

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
17.	Gestor de Calidad.	Solicita a Jefatura de Trabajo Social copias de los resultados de los análisis realizados a usuarios por parte de los laboratorios para evaluar los puntos 2 y 3 de los criterios básicos para la entrega de resultados del “Check List de Verificación para Laboratorios” .						
18.	Jefa de Trabajo Social.	Recibe la notificación de Gestoría de Calidad y solicita a Trabajo Social mínimo 3 evaluaciones al mes de los resultados de los análisis realizados a usuarios que hayan sido canalizados a los laboratorios.						
19.	Trabajadora Social.	Entrega a Jefatura de Trabajo Social informe de los resultados de los análisis realizados por los laboratorios, con la fecha de recepción de los resultados comprobando que la entrega haya sido dentro de los tiempos establecidos.						
20.	Jefa de Trabajo Social.	Recibe los resultados y envía a Gestoría de Calidad el informe de los resultados de análisis.						
21.	Gestor de Calidad e Ingeniero Biomédico.	Recibe el informe de los resultados de análisis y revisa en conjunto con Ingeniería Biomédica si estas cumplen con los puntos 2 y 3 del apartado llamado criterios para la entrega de resultados por parte del laboratorio, llena el formato “Check List de Verificación para Laboratorios” en dicho apartado.						
22.		<p>Revisa los resultados de los criterios marcados en el formato “Check List de Verificación para Laboratorios” y/o “Check List de Verificación para Gabinetes”, determina si el laboratorio y/o gabinete cumple por lo menos con el 90% de los criterios marcados en el Check List.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%; text-align: center;">¿90%?</th> <th style="text-align: center;">Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">Aplica actividad siguiente.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">No</td> <td style="text-align: center;">Aplica actividad 36.</td> </tr> </tbody> </table>	¿90%?	Entonces.	Si	Aplica actividad siguiente.	No	Aplica actividad 36.
¿90%?		Entonces.						
Si	Aplica actividad siguiente.							
No	Aplica actividad 36.							
23.	Toman nota de la fecha de la última visita y planifican la próxima para comprobar la consistencia en los criterios de calidad por parte de los laboratorios, realizando 1 revisión en intervalos de 4 meses, dando aviso posteriormente al COCASEP.							
24.	Gestor de Calidad.	<p>Archiva copia del “Check List” correspondiente junto con la “Carta de Oferta de Servicios” y demás documentos adjuntos para cada uno de los laboratorios y gabinetes que hayan sido verificados.</p> <p>Nota: En caso de quejas por parte de los usuarios a los que se hayan derivado a los laboratorios aplica el procedimiento de buzón de quejas, sugerencias y/o felicitaciones.</p> <p>Fin del procedimiento</p>						

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
7

Centro de Atención Integral en Salud Mental, Estancia Breve

PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE LABORATORIO Y GABINETE.



CÓDIGO: DOM-P104-I5_001.

FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2010.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 17 DE ENERO DEL 2010.

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD
25.	Gestor de Calidad e Ingeniero Biomédico.	Acude en la fecha acordada al gabinete con el “ Check List de Verificación para Gabinetes ” (ver anexo 3).
26.		Verifica si el gabinete cuenta con las áreas definidas por norma para el correcto funcionamiento del mismo, anotando los resultados en la sección correspondiente del “ Check List de Verificación para Gabinetes ”.
27.	Gestor de Calidad e Ingeniero Biomédico.	Verifica si el gabinete cumple con los criterios básicos definidos por la NOM-229-SSA1-2002, anota los resultados en la sección correspondiente del “ Check List de Verificación para Gabinetes ”.
28.		Verifica si el gabinete cumple con los criterios básicos definidos por la NOM-178-SSA1-1997, anota los resultados en la sección correspondiente del “ Check List de Verificación para Gabinetes ”.
29.		Termina la revisión de los puntos a verificar en las instalaciones de los gabinetes y regresan a CAISAME Estancia Breve.
30.	Gestor de Calidad.	Solicita a Jefatura de Trabajo Social el informe mensual de los resultados de los estudios realizados a usuarios por parte de los gabinetes para evaluar los criterios básicos para la entrega de resultados del “ Check List de Verificación para Laboratorios ”.
31.	Jefa de Trabajo Social.	Recibe la notificación de Gestoría de Calidad y solicita a Trabajo Social mínimo 3 evaluaciones al mes de los resultados de los estudios de gabinete realizados a usuarios.
32.	Trabajadora Social.	Entrega a Jefatura de Trabajo Social informe de los resultados de los estudios realizados por los gabinetes.
33.	Jefa de Trabajo Social.	Envía a Gestoría de Calidad el informe de los resultados de análisis.
34.	Gestor de Calidad e Ingeniería Biomédica.	Recibe el informe de los resultados de estudios y revisa en conjunto con Ingeniería Biomédica si estas cumplen con los criterios básicos para la entrega de resultados, registra en el área correspondiente del formato “ Check List de Verificación para Gabinetes ”.
35.		Revisan los resultados de los criterios marcados en el “ Check List de Verificación para Gabinetes ” para garantizar un servicio de calidad, aplica Actividad 22.
36.	Jefa de Trabajo Social y Gestor de Calidad.	Avisa al establecimiento que no ha cumplido con los criterios de calidad indicando los puntos a revisar, solicita la revisión y corrección de dichos puntos dando al laboratorio y/o gabinete un lapso no mayor a 15 días hábiles.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
8

Centro de Atención Integral en Salud Mental, Estancia Breve

PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE LABORATORIO Y GABINETE.



CÓDIGO: DOM-P104-I5_001.

FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2010.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 17 DE ENERO DEL 2010.

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
37.	Jefa de Trabajo Social y Gestor de Calidad.	Informa a Ingeniería Biomédica la realización de una nueva visita posterior a los 15 días hábiles que se le da al laboratorio y/o gabinete para la corrección de los puntos del Check List.						
38.	Gestor de Calidad e Ingeniero Biomédico.	Acude al laboratorio y/o gabinete para la revisión de los puntos marcados en los Check List.						
39.		Revisa los criterios marcados en el Check List, y verifican que corrigieron los criterios pendientes:						
		<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">¿Criterios corregidos?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td>Aplica actividad 23.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">No</td> <td>Aplica actividad siguiente.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Criterios corregidos?	Entonces.	Si	Aplica actividad 23.	No	Aplica actividad siguiente.
		¿Criterios corregidos?	Entonces.					
Si	Aplica actividad 23.							
No	Aplica actividad siguiente.							
40.	Otorga nuevo plazo de 15 días para la corrección de los criterios pendientes, de no corregir de nuevo en el tiempo establecido, se informa al COCASEP (Comité de Calidad y Seguridad del Paciente) y queda en espera de la decisión del comité.							
41.	COCASEP.	Toma una decisión acerca del caso e informa a Gestoría de Calidad.						
42.	Gestor de Calidad.	Informa en conjunto con Jefatura de Trabajo Social por escrito la decisión tomada por el COCASEP al laboratorio y/o gabinete. Fin del procedimiento.						

DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS

Asesorado por: Lic. Laura Leticia Pérez Peralta.

PERSONAL QUE COLABORÓ EN LA DOCUMENTACIÓN

- Marco Daniel Fragoso Martínez. Ingeniero Biomédico
- Lic. Noemí Rodríguez Navarro. Jefa de Trabajo Social, CEB.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE LABORATORIO Y GABINETE.



CÓDIGO: DOM-P104-I5_001.

FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2010.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 17 DE ENERO DEL 2010.

Documentos de Referencia

Código	Documento
	Joint Commission International
	Cédula de Certificación de Estructura
	Cédula de Certificación de Procesos y Resultados
NOM-166-SSA1-1997	Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos
NOM-178-SSA1-1998	Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención medica
NOM-229-SSA1-2002	Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X

Formatos y Documentos Utilizados (Ver anexos)

Código	Documento
Anexo 01	Diagrama de Flujo
Anexo 02	Check List de Verificación para Laboratorios
Anexo 03	Check List de Verificación para Gabinetes

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
10

Centro de Atención Integral en Salud Mental, Estancia Breve

PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE LABORATORIO Y GABINETE.



GOBIERNO
DE JALISCO
PODER EJECUTIVO
SECRETARÍA DE SALUD
OPD, SERVICIOS DE
SALUD JALISCO

CÓDIGO: DOM-P104-I5_001.

FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2010.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 17 DE ENERO DEL 2010.

ANEXOS

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
11

Centro de Atención Integral en Salud Mental, Estancia Breve

PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE LABORATORIO Y GABINETE.

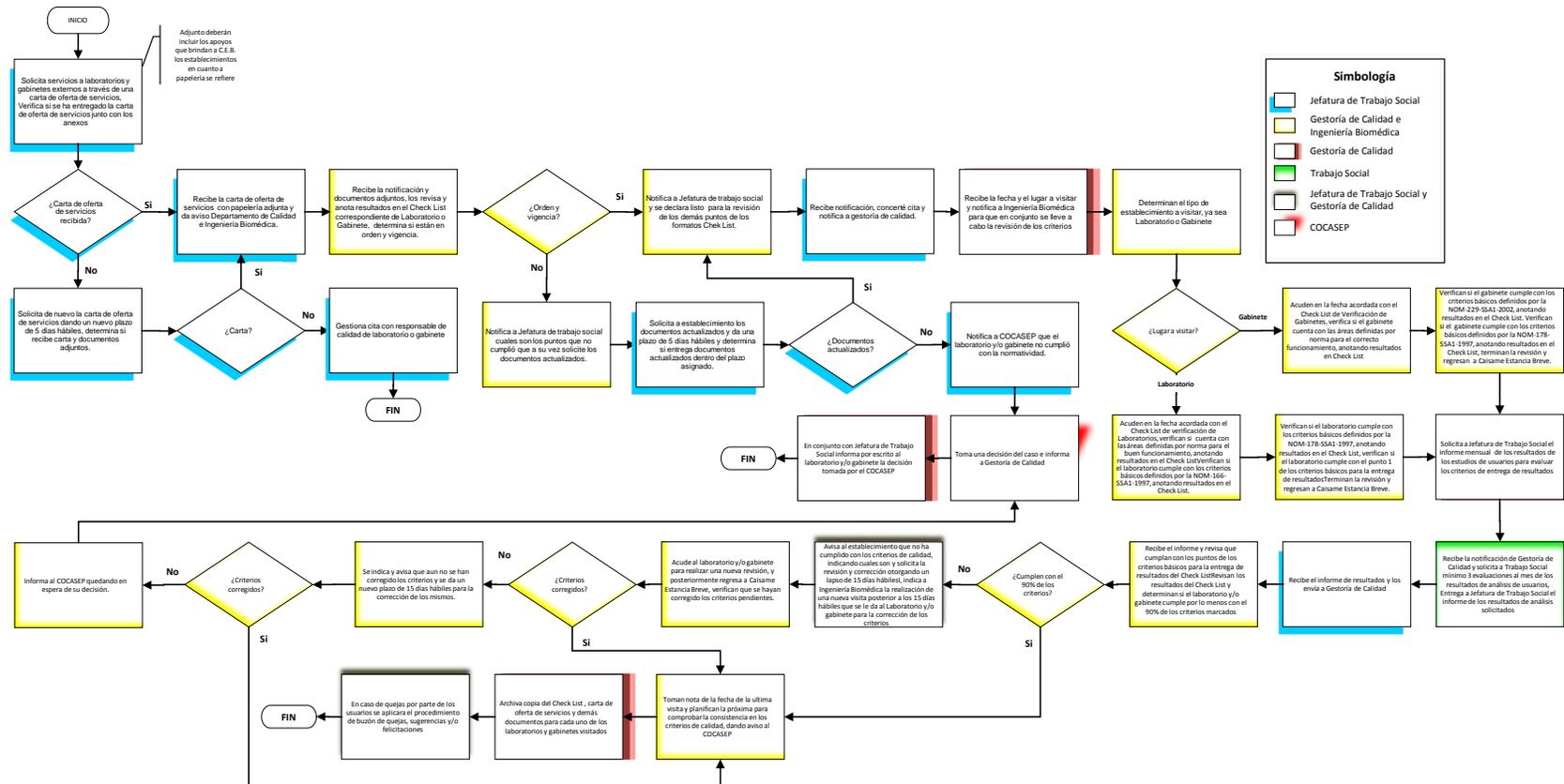


CÓDIGO: DOM-P104-I5_001.

FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2010.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 17 DE ENERO DEL 2010.

ANEXO 01: DIAGRAMA DE FLUJO



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE LABORATORIO Y GABINETE.



GOBIERNO DE JALISCO
PODER EJECUTIVO
SECRETARÍA DE SALUD
OPD. SERVICIOS DE SALUD JALISCO

CÓDIGO: DOM-P104-I5_001.

FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2010.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 17 DE ENERO DEL 2010.

ANEXO 02: CHECK LIST DE VERIFICACIÓN PARA LABORATORIOS.

DOCUMENTOS BASICOS ANEXOS A LA CARTA DE OFERTA DE SERVICIOS			
CRITERIO	ACREDITA (AC)	NO ACREDITA (RE)	OBSERVACIONES
1	Contrato de servicio de referencia por escrito		
2	Licencia Sanitaria		
3	Responsable Sanitario		
4	Listado de estudios con costos y precios preferenciales		
5	Personal profesional operativo y técnico especializado		
6	Horarios de atención		
AREAS CON LAS QUE DEBE CONTAR EL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS			
AREA	ACREDITA (AC)	NO ACREDITA (RE)	OBSERVACIONES
1	Registro de pacientes y sala de espera		
2	Toma de muestras		
3	Laboratorio		
4	Almacen		
5	Servicios sanitarios		
CRITERIOS BASICOS DEFINIDOS POR LA NOM-166-SSA1-1997			
CRITERIO	ACREDITA (AC)	NO ACREDITA (RE)	OBSERVACIONES
1	Manual de Organización		
2	Manual de Procedimientos Administrativos		
3	Manual de métodos analíticos utilizados		
4	Bitácora de Mantenimiento y calibración de los equipos utilizados		
5	Control de reactivos e insumos en el laboratorio		
6	Guía para la toma, identificación, manejo, conservación y transporte de muestras		
7	Manual de seguridad e higiene ocupacional		
8	Manual de procedimientos para manejo de RPBI		
9	Programa de mantenimiento preventivo de instrumentos de medición y equipo utilizado en el establecimiento		
10	Programa de desinfección y desinfección		
11	Programa interno de control de calidad		
CRITERIOS BASICOS DEFINIDOS POR LA NOM-178-SSA1-1997			
CRITERIO	ACREDITA (AC)	NO ACREDITA (RE)	OBSERVACIONES
1	Contar con las instalaciones apropiadas para la realización de las actividades laboratoriales definidas		
2	Contar con mobiliario, equipo e instrumental adecuado para la realización de los estudios laboratoriales		
CRITERIOS PARA LA ENTREGA DE RESULTADOS POR PARTE DEL LABORATORIO			
CRITERIO	ACREDITA (AC)	NO ACREDITA (RE)	OBSERVACIONES
1	El laboratorio deberá llevar un registro cronológico de los análisis realizados		
2	Los informes de resultados de los análisis deberán tener impresos los valores de referencia conforme a las técnicas empleadas, salvo en aquellas técnicas donde no se requiera		
3	Los reportes de los estudios contengan: Resultados de los estudios, datos de identificación del paciente, nombre y firma del responsable, cédula profesional, fecha y hora de elaboración.		

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE LABORATORIO Y GABINETE.



GOBIERNO DE JALISCO
PODER EJECUTIVO
SECRETARÍA DE SALUD
OPD. SERVICIOS DE SALUD JALISCO

CÓDIGO: DOM-P104-I5_001.

FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2010.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 17 DE ENERO DEL 2010.

ANEXO 03: CHECK LIST DE VERIFICACIÓN PARA GABINETES.

DOCUMENTOS BASICOS ANEXOS A LA CARTA DE OFERTA DE SERVICIOS			
CRITERIO	ACREDITA (AC)	NO ACREDITA (RE)	OBSERVACIONES
1	Contrato de servicio de referencia por escrito		
2	Licencia Sanitaria para establecimiento de diagnóstico médico con rayos X		
3	Responsable Sanitario		
4	Listado de estudios con costos y precios preferenciales		
5	Personal profesional operativo y técnico especializado comprobable con cédulas profesionales		
6	Horarios de atención		
AREAS CON LAS QUE DEBE CONTAR EL ESTABLECIMIENTO DE RADIOLOGÍA E IMAGENOLÓGÍA			
AREA	ACREDITA (AC)	NO ACREDITA (RE)	OBSERVACIONES
1	Registro de pacientes y sala de espera		
2	Sala de Rayos X		
3	Consola de Control		
4	Vestidores y sanitarios para pacientes		
5	Almacén de película		
6	Cuarto Oscuro		
7	Área de interpretación		
8	Área de preparación de medio de contraste y preparación de paciente		
CRITERIOS BASICOS DEFINIDOS POR LA NOM-229-SSA1-2002			
CRITERIO	ACREDITA (AC)	NO ACREDITA (RE)	OBSERVACIONES
1	Manual de seguridad y protección radiológica		
2	Manual de Procedimientos Administrativos		
3	Manual de procedimientos técnicos de estudios de rayos X e imagenología		
4	Bitácora de Mantenimiento y calibración de los equipos utilizados		
5	Inventario de equipo de protección radiológica		
6	Programa de verificación de blindajes		
7	Contar con los dispositivos mínimos de protección radiológica		
8	Manual de procedimientos para manejo de RPBI		
9	Programa interno de control de calidad		
10	Carteles con leyendas de riesgo de radiación y zonas supervisadas		
11	Letrero con símbolo internacional de radiaciones ionizantes		
12	Procedimiento de manejo del paciente con reacción al medio de contraste		
CRITERIOS BASICOS DEFINIDOS POR LA NOM-178-SSA1-1997			
CRITERIO	ACREDITA (AC)	NO ACREDITA (RE)	OBSERVACIONES
1	Contar con las instalaciones apropiadas para la realización de las actividades definidas		
2	Contar con mobiliario, equipo e instrumental adecuado para la realización de los estudios		
CRITERIOS PARA LA ENTREGA DE RESULTADOS POR PARTE DEL LABORATORIO			
CRITERIO	ACREDITA (AC)	NO ACREDITA (RE)	OBSERVACIONES
1	Los informes de resultados de los estudios e interpretación deberán contener al menos impresión diagnóstica, datos de identificación del paciente, nombre y firma del médico radiólogo, cédula profesional y fecha de elaboración.		

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
14

Centro de Atención Integral en Salud Mental, Estancia Breve