



FUNDACION
BIOQUIMICA
ARGENTINA



“CALIDAD EN LABORATORIOS Y ORGANIZACIONES DE SALUD”

Seminario Taller: Documentos del Sistema de la Calidad. Acreditación de Laboratorios

Actividad virtual
(Jueves 26-11-2020 18:00hs)

Coordinación: Dr. Jorge Alegre

Disertantes:

Dra. Cecilia Ghisolfi (cghisolfi@stambouliam.com.ar)

Dr. Carlos Alberto Peruzzetto (cperuzzetto@yahoo.com.ar)

PREGUNTAS A RESPONDER

- ¿Qué entendemos por calidad?. ¿Es algo nuevo en salud?. ¿Hay normas de calidad para laboratorios clínicos?.
- ¿Qué hacer para minimizar los “eventos no deseados” y que nuestras organizaciones sean cada vez mejores?.
- ¿Qué es una auditoría de calidad?. ¿Cómo se realiza?. ¿Qué es una evidencia objetiva?.
- ¿Por qué documentar?. ¿Qué documentos son fundamentales en un sistema de calidad?. ¿Se reconoce claramente la diferencia entre ellos?. ¿Cuál es su estructura?. ¿Sabemos cómo se escriben?. ¿Podemos hacerlo?.
- ¿En qué consiste la Acreditación?. ¿Qué ventajas ofrece estar acreditado? ¿Se necesita de consultores externos para acreditar?.
- Otras.....

ESTADÍSTICAS QUE PREOCUPAN

- *En 1991*, un Estudio de Prácticas Médicas de Harvard, concluyó que el **4%** de pacientes internados sufre **eventos adversos** en un hospital.
- *En 1999*, el Instituto de Medicina de EE.UU, estimó que errores, fallas y efectos adversos en la asistencia generaban entre **48.000 y 98.000 muertes “evitables” al año.**
(CABA, censo 2010: 2.890.000 habitantes; Aprox: 3,4%)
- El Dpto. de Salud del Reino Unido, calculó los eventos adversos en **10%**. Los australianos (*1995*) lo estimaron en un **16,6%**.

Incidencia de Eventos Adversos en países de altos ingresos vs países de medianos y bajos ingresos cada 100 hospitalizaciones /año

	Altos ingresos (%)	Med o bajos ingresos (%)
EA asoc a drogas	5	2,9
Tromboembolismo pulmonar (TEP)	3,3	3
Úlceras por presión (UPP)	2,4	2,4
Inf Urinarias asoc a cat (ITUAC)	1,1	2
Neumonía nosocomial (NEU)	0,8	0,4
BACVC	0,4	0,4
Total	14,2	12,7

(BACVC):Bacteriemia asociada a catéter venoso central

¿Se están haciendo bien las cosas en salud....???

¿Cómo saberlo?

Evaluando permanentemente lo que se hace y resolviendo si es adecuado respecto de lo que debería haberse hecho

iii La documentación de los procedimientos y sus registros nos da un fuerte respaldo para la toma de decisiones que permitan modificar esta realidad...!!!

CALIDAD: DEFINICIONES

- *Propiedad inherente* a una cosa que permite apreciarla como *igual, mejor o peor que otras* de la misma especie.
- Propiedad de un bien o servicio que lo transforma en *adecuado al uso que se le da*.

(ISO 9000:2000)

- Conjunto de *características inherentes* de una entidad que le permiten satisfacer requisitos *-necesidades establecidas e implícitas-*

CALIDAD:

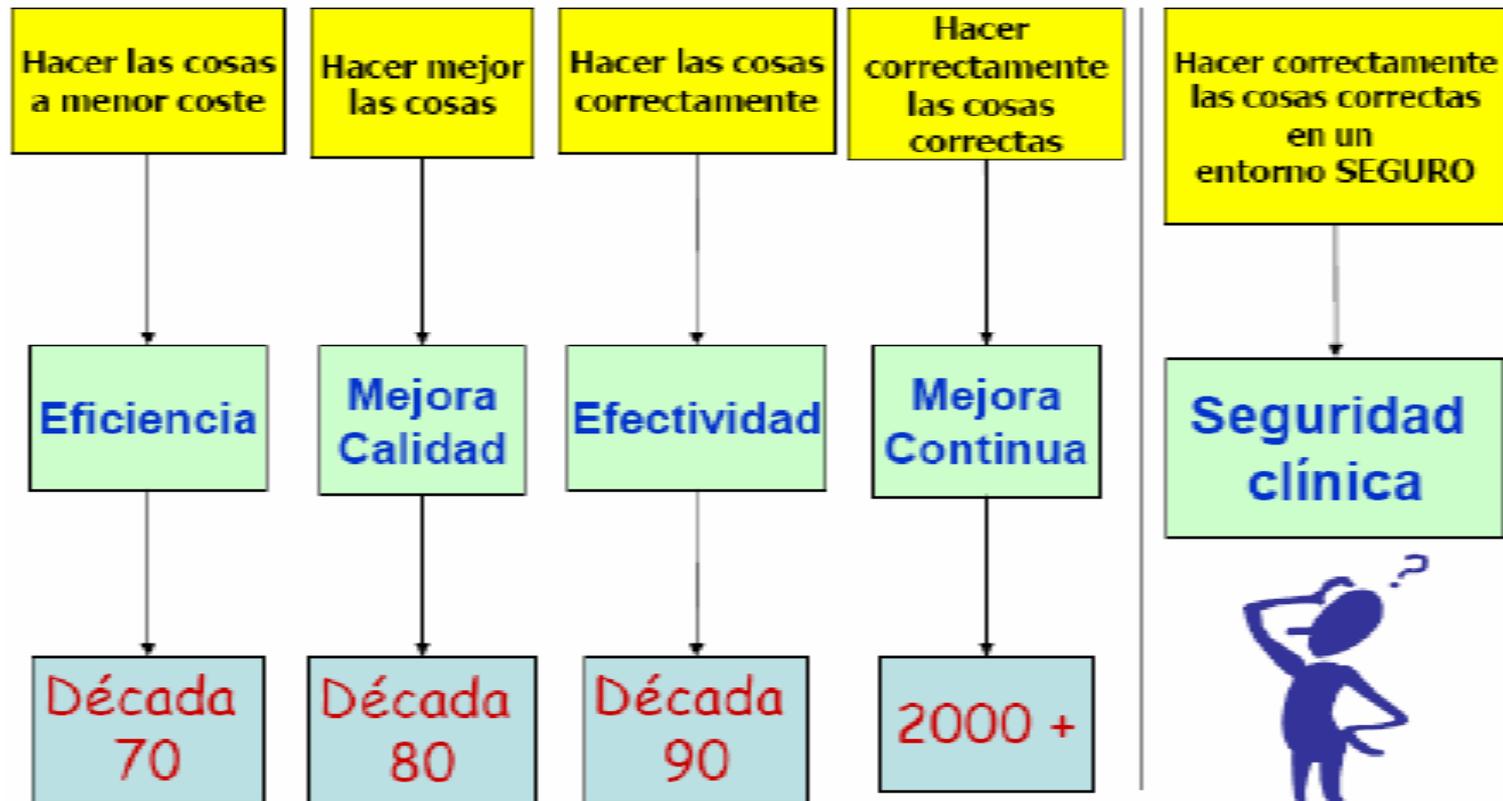
DEFINICIÓN PARA LA OMS

- Una acción tiene calidad cuando cuenta con:
 - Alto nivel de excelencia profesional.
 - Uso eficiente de recursos disponibles.
 - Mínimo riesgo para el paciente.
 - Alto grado de satisfacción del paciente.
 - Impacto final en la salud (*tanto del paciente como en la comunidad*).

MEJORA DE LA CALIDAD: UN POCO DE HISTORIA

- **1910:** El Dr. Abraham Flexner (EEUU) reveló la mala calidad en la formación médica.
 - *Entre 1910 y 1920, cerraron **60** de las **155** universidades médicas existentes.*
- **1916:** El médico E. A. Codman establece principios sobre la certificación del médico y la acreditación de instituciones.
- **1918:** Se establece un Programa Nacional de Normalización Hospitalaria.
 - *De un total de **692** hospitales, solo **90** fueron aprobados.*
- **1951:** Creación de la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales -JOINT COMMISSION- de índole privada.
- **1955:** Introducción del término “auditorías médicas”, para realizar análisis retrospectivos del accionar médico.

Evolución del término calidad



Modificada de: Muir Gray JA. Atención sanitaria basada en la evidencia. Churchill-Livingstone; 1997
JM[®] Aranaz, C Aibar ©

ORDENADORES DE CALIDAD DE ATENCIÓN

- HABILITACIÓN
- CATEGORIZACIÓN
- CERTIFICACIÓN (*RRHH*)
- **ACREDITACIÓN**

ACREDITACIÓN

- Procedimiento de *evaluación periódica* mediante la comparación con *estándares* de estructura, procesos y resultados.
- Se otorga mediante *organismos autónomos*. Es de carácter *voluntario*. Su duración es *fija y periódica*.
- El objetivo es *promover, mejorar y asegurar la calidad del servicio*.

ACREDITACIÓN

CARACTERÍSTICAS

- Estándar: *Es el patrón de medida del objeto a evaluar.*
- **Voluntaria y Accesible** *(no obligatoria; sin grandes costos para la mayoría).*
- **Mejor calidad prestacional** *(contarse con adecuados programas de control de la calidad que la sostengan).*
- **Temporaria, Gradual y Periódica** *(accediendo por un determinado período de tiempo, pasando de un sistema incontrolado a otros con determinadas normas de funcionamiento).*
- **Independiente** *(del nivel de complejidad).*

ORGANIGRAMA DEL PAL

ISO 17011

Organigrama



NORMAS APLICABLES A LABORATORIOS CLÍNICOS

□ GLOBALES:

- CAP; Clinical Laboratory Standard Institute (CLSI);
- ISO 17025;
- ISO de la serie 9000;
- ISO 17011; ISO 19011;
- ISO 15189; otras

□ REGIONALES:

- Manual OPS/COLABIOCLI;
- Normas MERCOSUR;

□ LOCALES:

- MA1 (1994), MA2 (1999), MA3 (2013); Otras

DOCUMENTACIÓN

ROL DE LA DOCUMENTACIÓN (I)

(ISO 9000-2000)

- Lograr la conformidad con requisitos del usuario/cliente y mejora de la calidad.
- Proveer la formación apropiada.
- Proveer repetitividad y trazabilidad.
- Proporcionar evidencias objetivas.
- Evaluar la eficacia y la adecuación continua del sistema de gestión de la calidad

ROL DE LA DOCUMENTACIÓN (II)

(ISO 9000-2000)

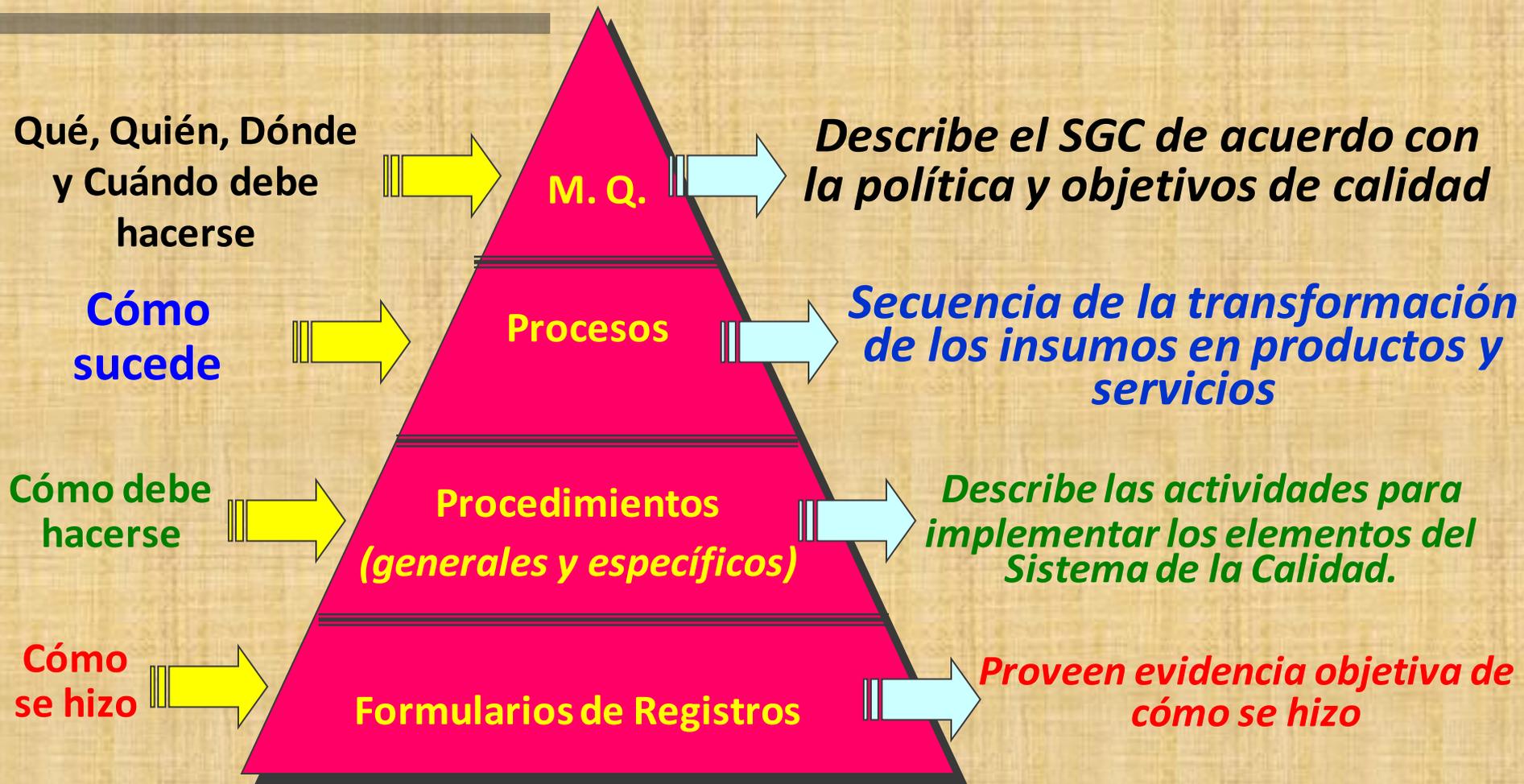
- En las auditorías, la documentación de los procedimientos, constituye una evidencia objetiva de que los mismos:
 - Han sido definidos.
 - Han sido aprobados.
 - Los cambios producidos están bajo control.

GESTIÓN DE LA CALIDAD: DOCUMENTOS

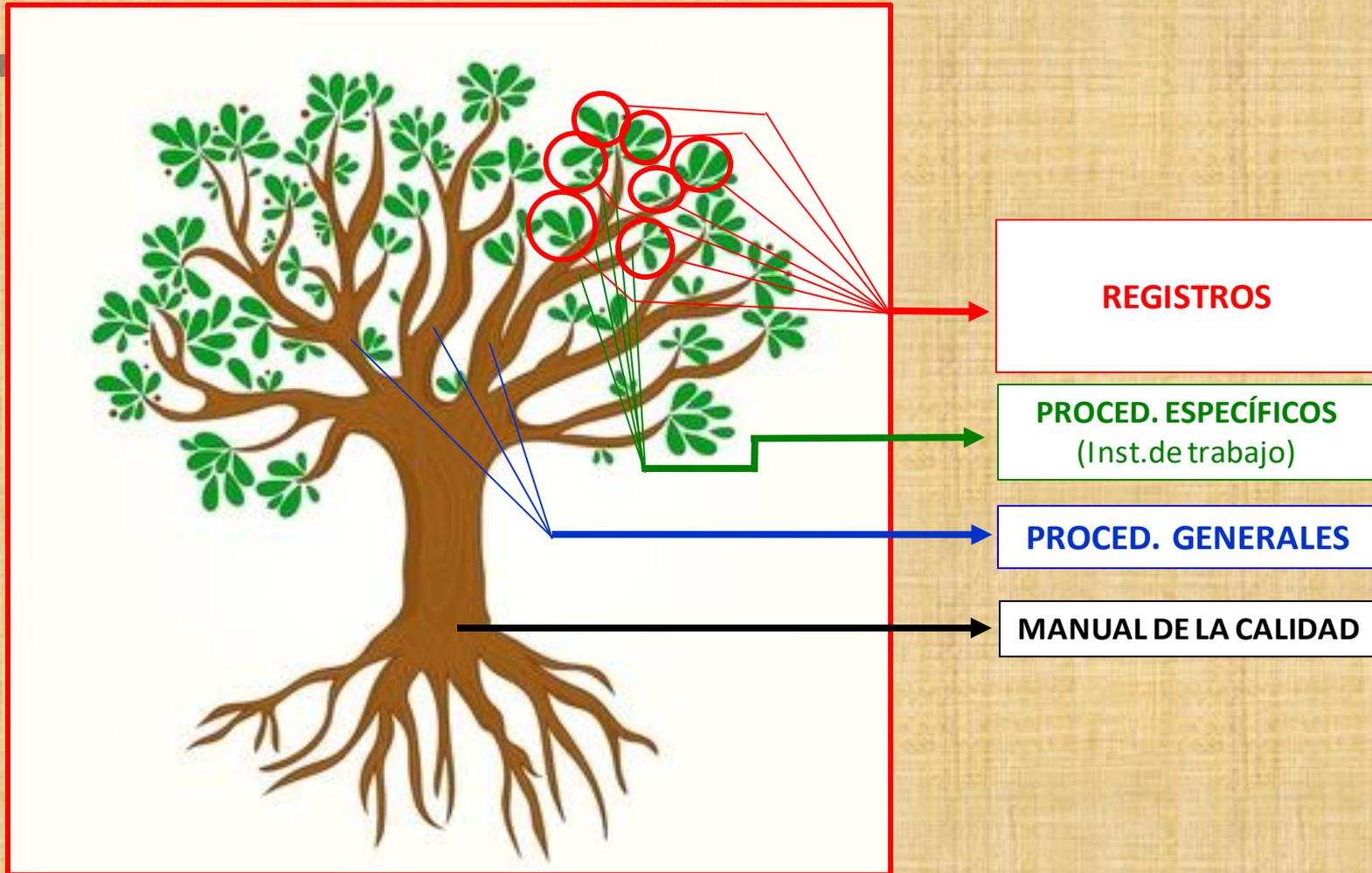
(ISO 9000-2000)

- ***MANUAL DE LA CALIDAD***: Proporciona información coherente -interna y externamente- acerca del sistema de gestión de la calidad.
- ***PROCEDIMIENTOS, INSTRUCCIONES DE TRABAJO Y PLANOS***: Dan información de cómo realizar actividades.
- ***REGISTROS***: Proporcionan evidencia objetiva de las actividades realizadas o resultados obtenidos.

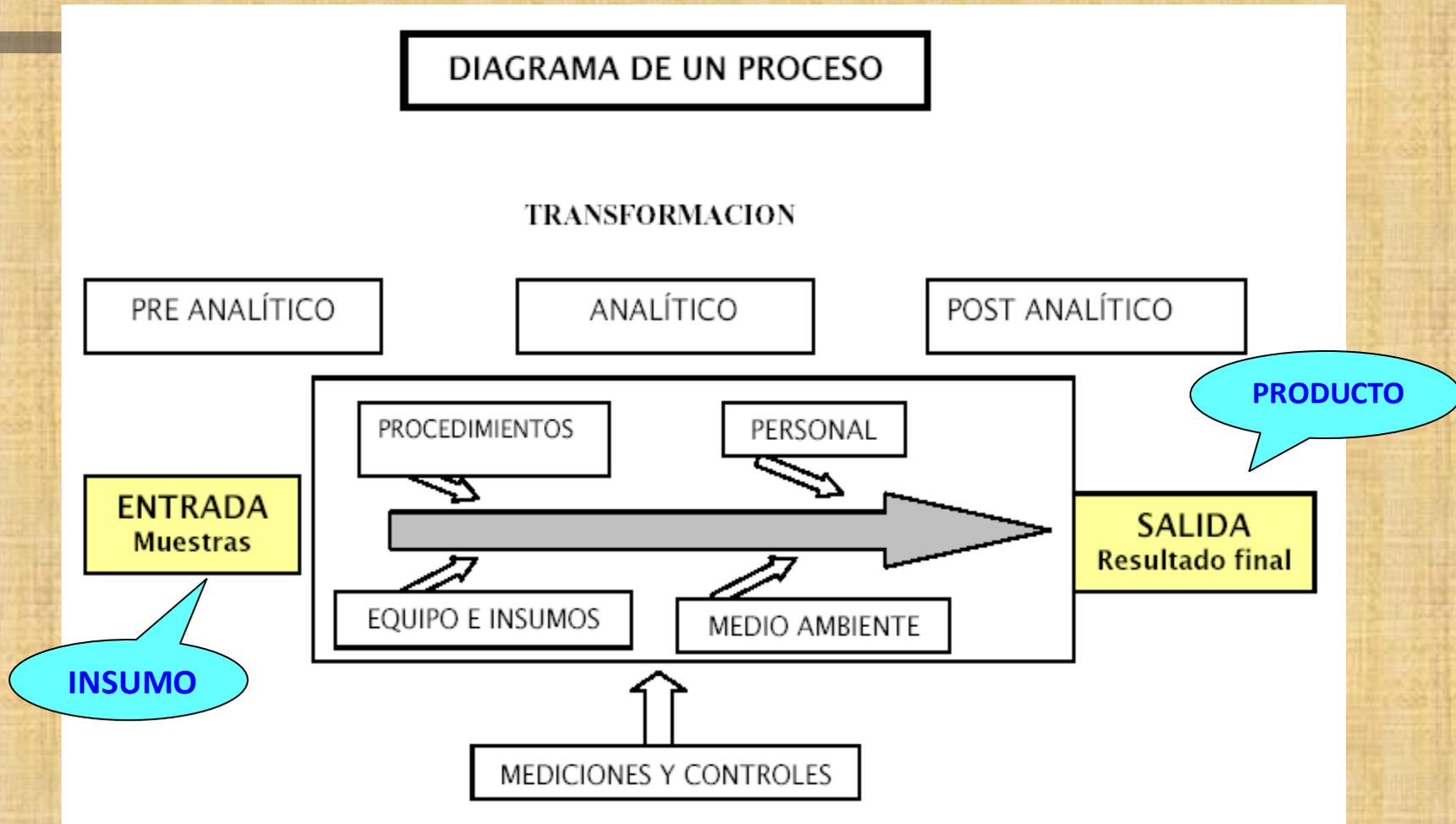
NIVELES DE DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD



ARBOL DOCUMENTAL



ESQUEMA DE UN PROCESO



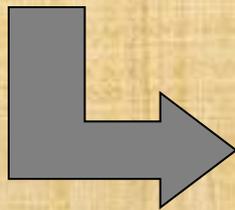
MANUAL DE CALIDAD^(I)

- Documento que **refleja la cultura y compromiso** de la organización para con la calidad.
- Su **extensión** dependerá del tamaño, tipo y complejidad de la organización.
- Es **dinámico**, deberá tener una estructura que permita revisiones y actualizaciones parciales sin necesidad de reedición completa.
- Puede presentarse **sobre papel o en soporte magnético**.

MANUAL DE CALIDAD^(II)

□ Contempla una serie de preguntas:

- ¿**Quién?** lo hace (*Organigrama*).
- ¿**Dónde?** se hace (*Ubicación de la organización*).
- ¿**Qué?** se hace (*Servicio ofrecido -menú prestac-*).
- ¿**Cuándo?** se hace (*Organiz. y horarios atención*).
- ¿**Con qué?** se hace (*Instrumental y su control*).
- ¿**Cómo?** se hace:



PROCEDIMIENTOS

MANUAL DE CALIDAD^(III)

CONTENIDOS MÍNIMOS

- Políticas y Objetivos. (*Compromiso Dirección*)
- Estructura organizativa y administrativa. (*Organigr.*)
- Descripción de funciones. (*Perfiles, Capacitación*)
- Identificación de signatarios. (*Firma doc. y rdos.*)
- Principales equipos y patrones. (*Calibraciones*)
- Campos de actividades. (*Menú*)
- Referencia a procedimientos. (*Listado*)

MANUAL DE CALIDAD

PROCEDIMIENTOS (I)

(ISO 9000: 2000)

- **PROCEDIMIENTO:** Manera especificada de realizar un conjunto de actividades.

Procedimiento escrito o documentado: Aquel que se expresa por medio de documentos. Generalmente contienen:

- el objeto y el alcance de una actividad; **qué debe hacerse y quién es responsable de hacerlo**; qué documentos deben utilizarse; **cuándo, cómo, dónde y con qué debe hacerse**; cómo debe controlarse y registrarse.

MANUAL DE CALIDAD

PROCEDIMIENTOS (III)

- **TÍTULO:** Será breve y claro, representando lo que desea describir (*puede ser cumplimiento de un objetivo o una tarea*).
- **OBJETIVO:** Contempla ¿por qué? y/o ¿para qué? debe hacerse (*tratando de fijar parámetros cuantitativos que permitan su evaluación*).
- **ALCANCE:** ¿Qué áreas, personal, actividades, objetos, etc. están afectadas por el mismo y eventualmente cuáles no?

MANUAL DE CALIDAD

PROCEDIMIENTOS (III)

- **RESPONSABILIDADES:** (Políticas y operativas)
¿Quiénes serán los encargados de llevarlo a cabo?
(Se refiere fundamentalmente a las funciones).
- **REFERENCIAS-DEFINICIONES:** En lo posible, de acuerdo a normas. *(Las definiciones se refieren a abreviaturas y términos que no sean de uso habitual en el laboratorio).* (Ej: N/A)
- **DESARROLLO:** Materiales y equipos necesarios para llevarlo a cabo y actividades *(con qué y cómo).*

MANUAL DE CALIDAD

PROCEDIMIENTOS (IV)

- **CONTROL DE CALIDAD:** Mecanismo mediante el cual se puede evaluar si se ha desarrollado adecuadamente un determinado procedimiento (*indicadores*).
- **DOCUMENTACIÓN:** Documentos de consulta.
- **REGISTROS, VALIDACIÓN E INFORMES:** Toda información adicional no contemplada en puntos anteriores y que revista importancia; (*planillas de controles, registros varios, etc*).

INDICADOR

$$\frac{\text{EVALUACIÓN DE UN EVENTO NO DESEADO (X 100)}}{\text{Nro. DE VECES QUE ESE EVENTO PUDO PRODUCIRSE / TIEMPO}}$$

EJEMPLO: Se presentaron 100 pacientes/día; fueron rechazados 5:

$$\frac{\text{Nro. de veces que "no" se produjo el "evento no deseado" (X 100)}}{\text{Nro de veces que dicho evento "pudo haberse producido" / día}} = \frac{95 (X 100)}{100}$$

Indicador: 95% de admisiones

Otra forma:

$$\frac{\text{Nro. de veces que "se" produjo el "evento no deseado" (X 100)}}{\text{Nro de veces que dicho evento "pudo haberse producido" / día}} = \frac{5 (X 100)}{100}$$

Indicador: 5% de rechazos

MANUAL DE CALIDAD

PROCEDIMIENTOS (v)

Laboratorio de Análisis Bioquímicos Dr. XXX	TÍTULO	Código XL-1 Versión 0 Página 1 de 1
OBJETIVO:	Contempla el ¿porqué y para qué? debe hacerse.	
ALCANCES:	¿Cuáles áreas están involucradas y cuáles no?.	
RESPONSABILIDADES:	¿Qué funciones son responsables de llevarlo a cabo?.	
DEFINICIONES:	En lo posible de acuerdo a normas	
DESARROLLO: <i>(Se define el ¿qué?, ¿con qué? y ¿cómo? se hace).</i>	<ul style="list-style-type: none"> ∅ Materiales: Describe lo necesario para hacerlo. ∅ Actividades: Describe el cómo efectivamente se hace. ∅ Control de Calidad: Permite controlar la marcha del procedimiento (Indicador). 	
DOCUMENTACIÓN:	Documentos del procedimiento (carpetas de instructivos, etc.)	
REGISTROS, VALIDACION E INFORMES:	Toda información adicional que sirva para validar el procedimiento en cuestión <i>(ej: registros de temperaturas, controles de muestras, de calibración de equipos, etc).</i>	
Elaboró: XXXXX-1 Firma: &&&&&& Fecha: DD/MM/AA	Dr. Carlos Peruzzetto-2020	Aprobó: XXXXXX Firma: %%% Fecha: DD/MM/AA

DIAGRAMA

DE

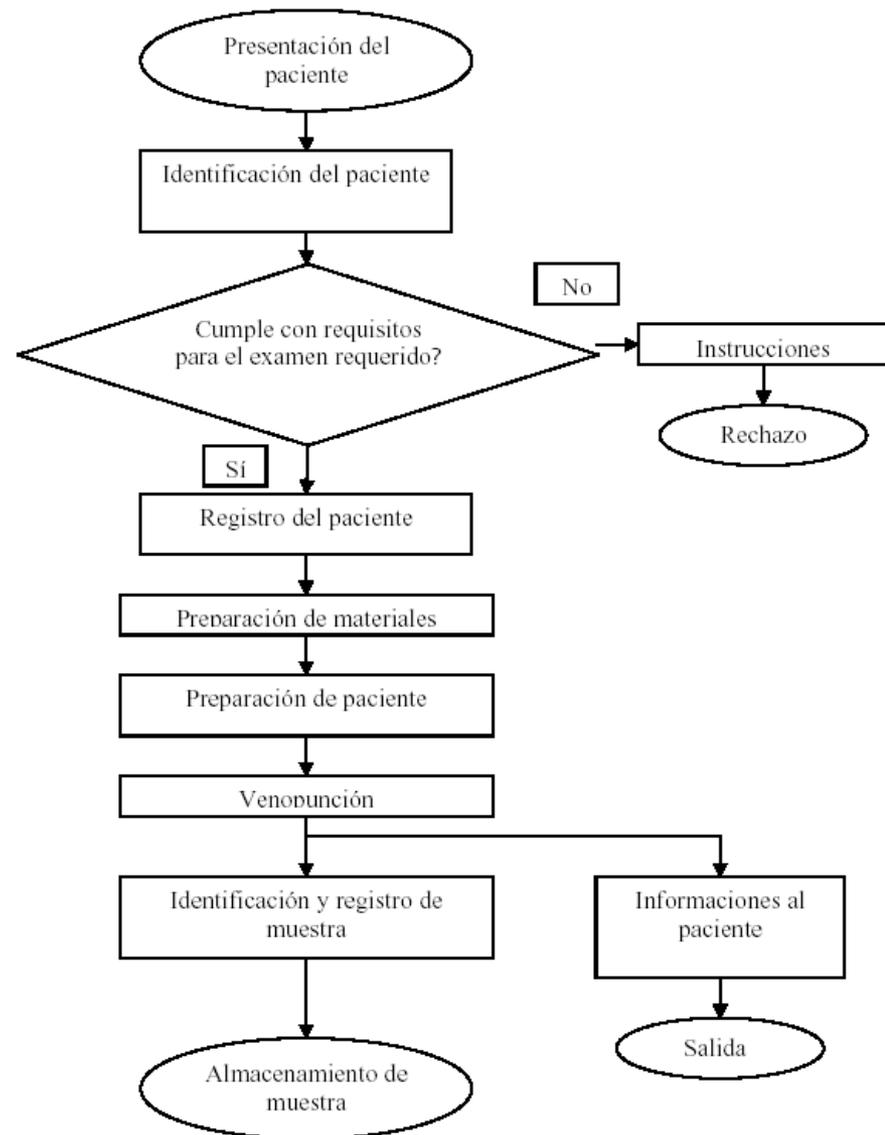
FLUJO

DE

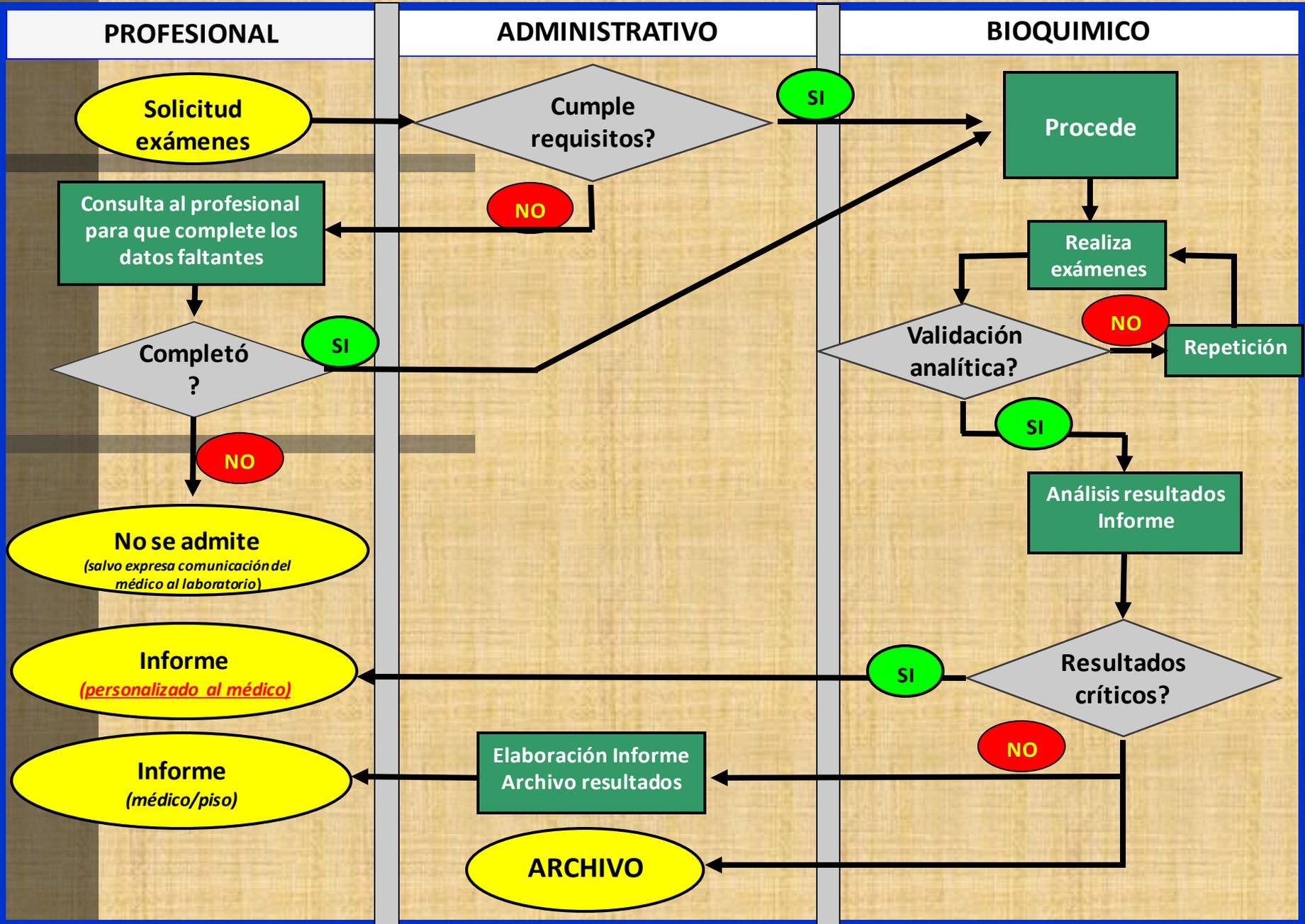
UN

PROCESO

Proceso de toma de muestra de sangre para serología



PROCESO DE RESOLUCIÓN DE MUESTRAS DE URGENCIAS EN UN LABORATORIO PERTENECIENTE A UNA ENTIDAD CON INTERNACIÓN



MANUAL DE CALIDAD: REGISTROS

- Documentos que ***proveen evidencias objetivas*** de las actividades realizadas o de los resultados obtenidos (puede ser almacenado en cualquier tipo de soporte).
- **Evidencia objetiva**: información cuya veracidad puede demostrarse, basada en hechos y obtenida mediante observación, medición, ensayo u otros medios. *(ISO 8402)*.

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS FRECUENTES (MA2)

Nro	Procedimiento	Estándar/es
1	Conservación reactivos	3.3
2	Bioseguridad	4.2
3	Preparación y admisión de pacientes	5.1
4	Utilización, descontaminación y descarte del material descartable y reacondicionamiento del reutilizable	4.2 – 6.4
5	Obtención de muestras	6.2
6	Manipulación, conservación y transporte de muestras	6.3
7	Identificación de muestras recolectadas o recibidas	6.5
8	Derivación de muestras	6.6 – 6.8
9	Recepción y/o rechazo de muestras recibidas (de otros lab)	6.6
10	Analíticos	7.3
11	Análisis de los "resultados del control fuera de rango"	8.2
12	Registro y archivo de resultados	9.1

PROCEDIMIENTOS SOLICITADOS EN EL MA3 (I)

NUEVO

**Estándares
MA3**

**Estándares
ISO 15189**

1	*	Procedimiento de evaluación de competencia-capacitación del personal	8; 26	5.1.11 / 4.9.1 / 4.10.1
2	*	Procedimiento de control de registros y protección de la información	9; 13	4.1.5c / 4.13.1
3	*	Procedimiento de recolección de sugerencias, críticas y resolución de reclamos	15	4.8
4	*	Procedimiento de implementación de Acciones Correctivas	16; 17; 18	4.9.1 / 4.10.1 / 4.10.2 / 4.10.3 y 4.12.2
5	*	Procedimiento de implementación de Acciones Preventivas	20	4.11.1
6	*	Procedimiento de auditorías internas	21	4.14.1
7	*	Procedimiento de manipulación y almacenamiento de insumos	40	5.2.10
8		Procedimiento de provisión de insumos de laboratorio	44; 50	4.6.3 / 5.3.2
9		Procedimiento de Bioseguridad	45; 46; 47	4.2.4.1 / 5.2.2
10	*	Procedimiento de evaluación de proveedores	48; 49	4.6.1 / 4.6.2
11		Procedimiento de identificación y registro de pacientes	51	5.4.1
12		Procedimiento de preparación de pacientes	52	5.4.3
13		Procedimiento de obtención de muestras	53; 54	5.4.3 / 5.4.9

PROCEDIMIENTOS SOLICITADOS EN EL

MA3 (III)

NUEVO

Estándares
MA3

Estándares
ISO 15189

			Estándares MA3	Estándares ISO 15189
14		Procedimiento de manipulación, conservación y transporte de muestras	55	5.4.3 / 5.4.6
15		Procedimiento de utilización y descarte de material descartable (y recuperación del reutilizable)	56	5.4.3
16		Procedimiento de identificación de muestras recolectadas o recibidas	57	5.4.5
17	*	Procedimiento de identificación y procesamiento de muestras urgentes	58	5.4.11
18		Procedimiento de aceptación y/o rechazo de muestras derivadas	59	5.4.6 / 5.4.7 / 5.4.8
19	*	Procedimiento de almacenamiento de muestras	60	5.7.2
20		Procedimiento de derivación de muestras hacia otros laboratorios	61; 62	4.5.1 / 4.5.2
21	*	Procedimiento de validación de métodos	65; 67	5.5.1 / 5.5.3
22		Procedimiento de análisis de muestras	67	5.5.3
23		Procedimiento de análisis de muestras control con resultados fuera del rango	71	4.9.1
24	*	Procedimiento de validación y emisión de informes de resultados	74; 75; 76; 80; 81	5.7.1 / 5.8.6 / 5.8.3 / 5.8.11
25	*	Procedimiento de entrega de resultados considerados críticos o urgentes	78; 79	5.8.7 / 5.8.9 / 5.8.14

FUNDACIÓN BIOQUÍMICA ARGENTINA (FBA)
PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE LABORATORIOS (PAL)
MANUAL DE ESTANDARES PARA ACREDITACIÓN DE LABORATORIOS CLINICOS

MA2

Texto del Estandar	Aclaración de texto	Información disponible
I. ESTRUCTURA		
1. DE LA ORGANIZACION Y GESTION		
1.1 El laboratorio, cuenta con la habilitación de autoridad sanitaria, o autorización para funcionar de organismo oficial.	<i>Los laboratorios estarán habilitados por autoridad sanitaria o deberán tener autorización para funcionar emitida por organismo oficial Los cambios producidos en las condiciones de habilitación o autorización deberán estar registrados.</i>	<i>Copia de la disposición administrativa de habilitación o certificado de autorización emitido por autoridad oficial competente.</i>
De la Gestión de Personal		
1.2 El laboratorio tiene un organigrama con todo su personal donde consten las responsabilidades y tareas que realiza.	<i>Las políticas de personal deberán ser escritas y accesibles a todo el personal. La delegación de responsabilidades y la asignación de tareas se realizarán en función de las capacidades del personal involucrado.</i>	<i>Organigrama con la nómina completa de funciones, su capacitación, y registro de aceptación de las responsabilidades y tareas asignadas. El organigrama no será necesario si hay un solo profesional que realiza todas las tareas.</i>
De los Profesionales		
1.3 El laboratorio está bajo la Dirección Técnica de uno o más profesional/es autorizado/s que cumplimenta/n los requisitos legales de matriculación y/o colegiación. Al menos uno de los directores técnicos deberá contar con un mínimo de tres años de experiencia en el ejercicio de los análisis clínicos.	<i>El/los director/es técnico/s deberá/n estar reconocido/s por autoridad sanitaria, con título habilitante y matriculado/s -si la legislación de la jurisdicción así lo exige-.</i>	<i>Título/s original/es o copia/s autenticada/s y matrícula/s profesional/es. Disposición oficial de reconocimiento del/los director/es técnico/s.</i>

CRECIMIENTO GRADUAL DEL PROGRAMA DE ACREDITACION DE LABORATORIOS HACIA NORMAS ISO 15189

REQUISITOS	ETAPAS	MA1 1994/98	MA2 1999/13	MA3 2013/??	MA n ????
4.1. SISTEMA DE CALIDAD					
4.2. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN					
4.3. DOCUMENTOS					
4.4. DERIVACIÓN					
4.5. PROVISIONES					
4.6. NO-CONFORMIDADES					
4.7. ACCIONES CORRECTIVAS					
4.8. ACCIONES PREVENTIVAS					
4.9. REGISTROS					
4.10. AUDITORÍAS INTERNAS					
4.11. REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN					
5.1. PERSONAL					
5.2. LOCALES					
5.3. EQUIPOS					
5.4. PROCEDIMIENTOS PRE – ANALITICOS					
5.5. PROCEDIMIENTOS ANALITICOS					
5.6. ASEGURAMIENTO DE CALIDAD					
5.7. INFORMES					



Req. completo



Req. parcial

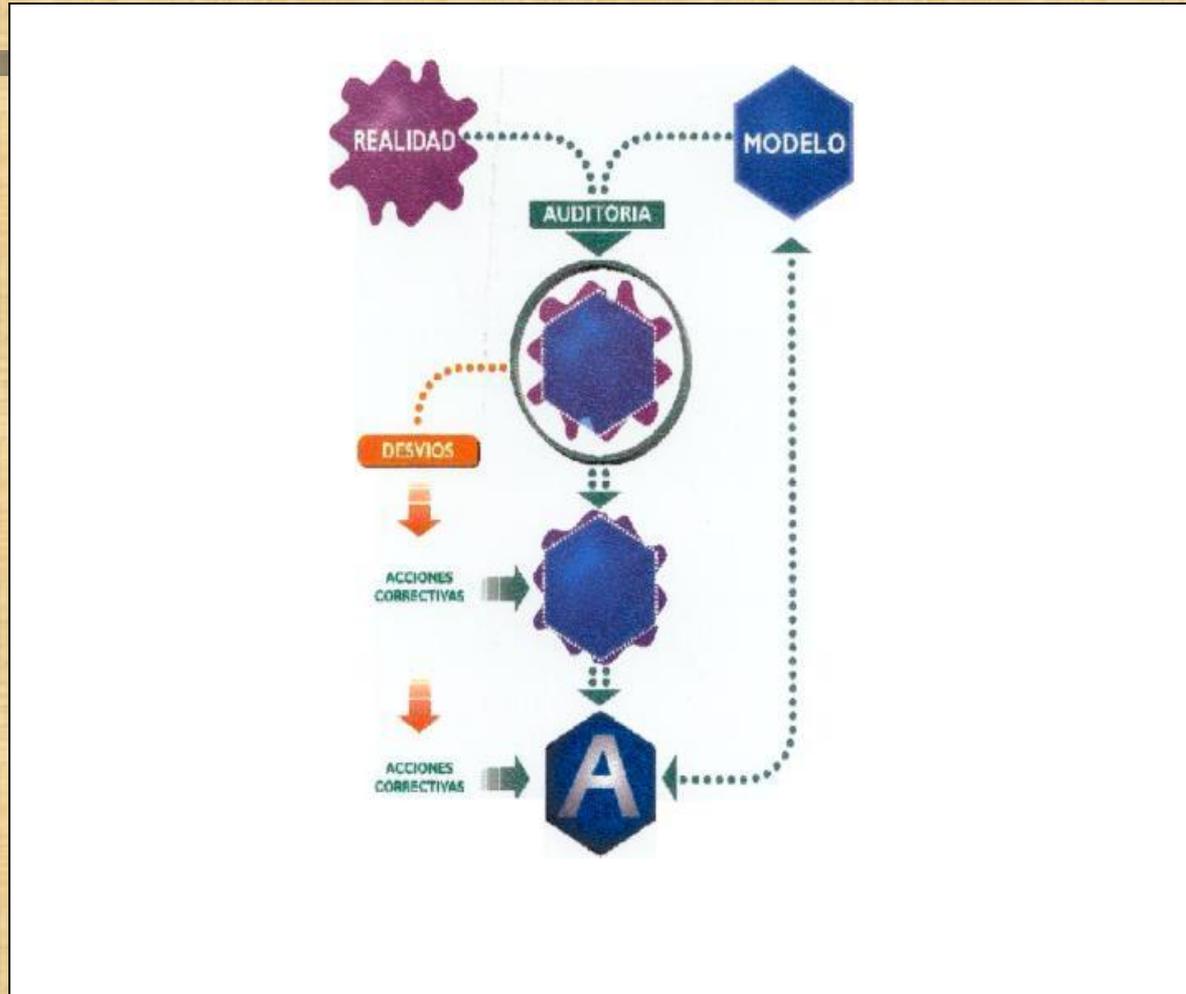


Req. nulo

FUNDACIÓN BIOQUÍMICA ARGENTINA (FBA)
PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE LABORATORIOS (PAL)
MANUAL DE ESTANDARES PARA ACREDITACIÓN DE LABORATORIOS CLINICOS
MA3

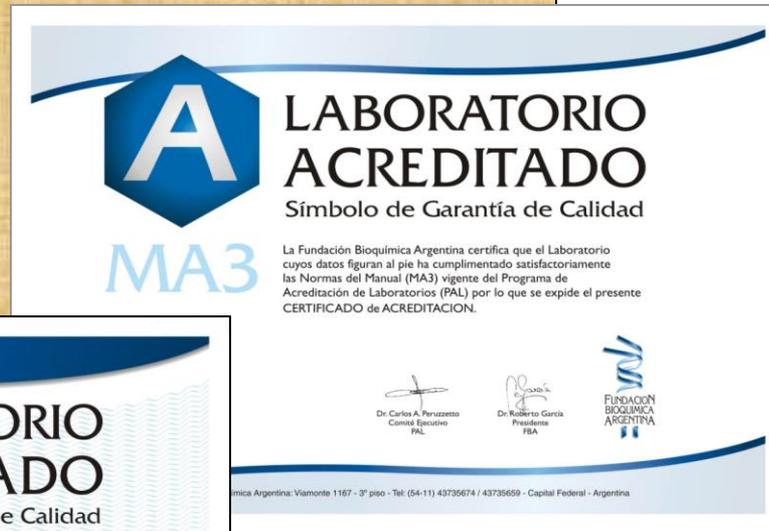
Texto del Estándar	Aclaración de texto	Información disponible
I. <u>REQUISITOS DE GESTIÓN</u>		
<p>1. El Director del laboratorio ha definido y documentado en un manual de la calidad la política y los objetivos del sistema de gestión de la calidad. (4.2.3)</p>	<p>La política de la calidad es el documento mediante el cual el Laboratorio hace público su compromiso para con la calidad.</p> <p>Deberá contemplar al menos los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) una descripción general de los servicios que provee el laboratorio; b) los objetivos del sistema de gestión de la calidad; c) un requisito de que todo el personal vinculado con las actividades de análisis conoce la documentación de la calidad y trabaja de acuerdo a los procedimientos establecidos; d) el compromiso del laboratorio para con las buenas prácticas profesionales, la calidad de sus análisis y el cumplimiento del sistema de gestión de la calidad. 	<p>Manual de la calidad.</p>
<p>2. El manual de la calidad describe el sistema de gestión de la calidad del laboratorio. (4.2.4)</p>	<p>El Manual de deberá contener como mínimo: la descripción del laboratorio de análisis clínicos; su personería jurídica, y su actividad principal; la descripción del sistema de gestión de la calidad y la estructura de la documentación de dicho sistema; la referencia a los procedimientos de apoyo; la definición de las funciones y responsabilidades de la dirección técnica, del responsable de la calidad y del personal.</p>	<p>Manual de la calidad.</p>
<p>3. Las políticas, programas, procedimientos e instrucciones, están documentadas y comunicadas a todo el personal pertinente. (4.2.1).</p>	<p>La dirección deberá asegurar que los documentos del sistema de gestión de la calidad sean comprendidos e implementados por todo el personal del laboratorio.</p>	<p>Manual de la calidad y documentos del sistema de la calidad.</p> <p>Registros de notificación del personal.</p> <p>Legajo del personal</p>

AUDITORÍA DE UN SISTEMA DE LA CALIDAD



TIPOS DE CERTIFICADOS

LABORATORIOS
GENERALES
(MA2)

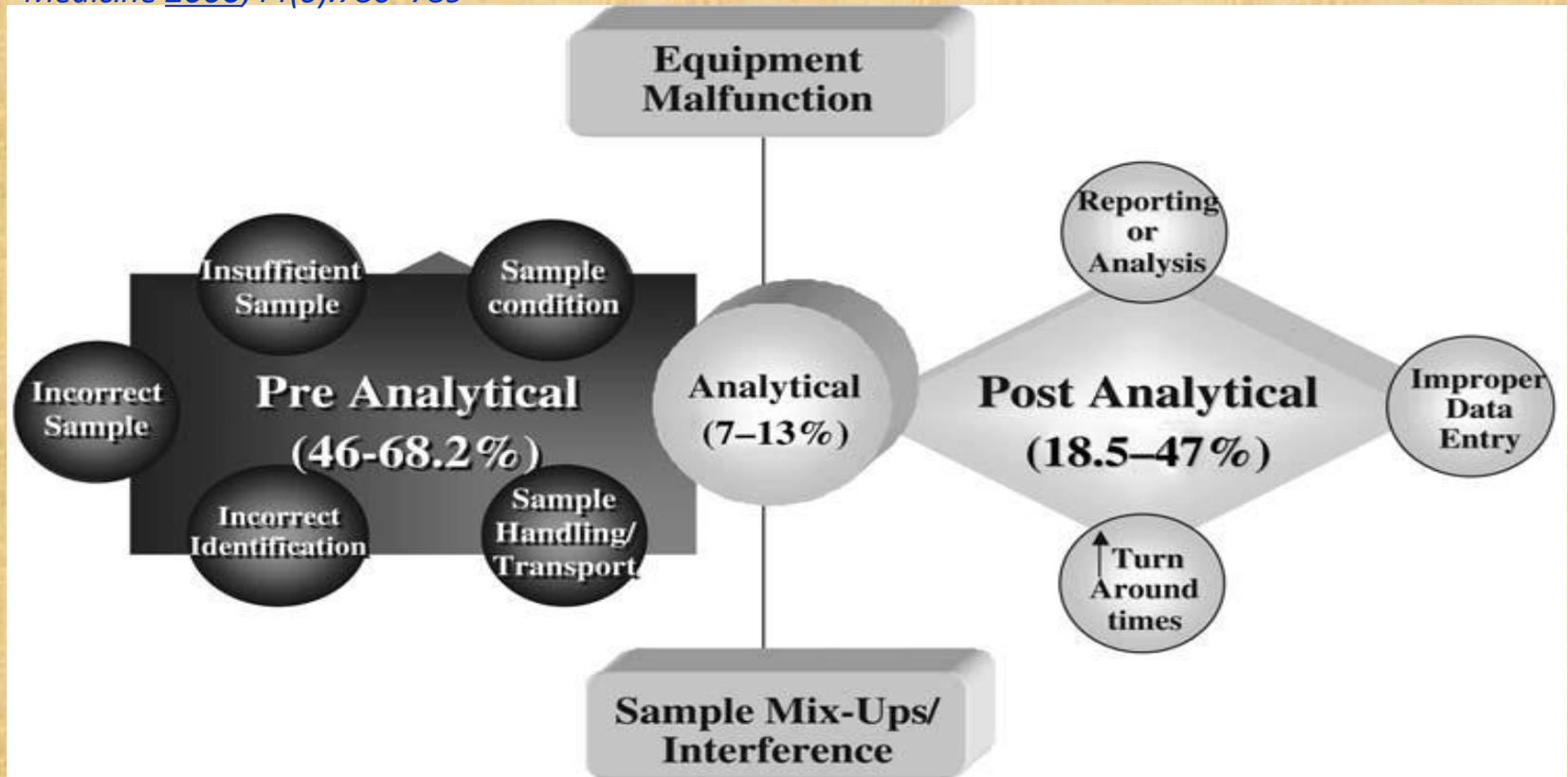


LABORATORIOS
GENERALES Y
ESPECIALIZADOS
(MA3)



CALIFICACIÓN DE LOS ERRORES Y SU DISTRIBUCION

Errors in clinical laboratories or errors in laboratory medicine? *Mario Plebani Clinical Chemistry Laboratory Medicine* **2006**;44(6):750–759



WESTGARD

Validación Básica de Métodos; *Westgard, JO. Edición Wallace Coulter. 2013-Pag.10*

IMPORTANCIA DE LOS ERRORES EN EL CUIDADO DE PACIENTES

Exámenes evaluados	51.746
Resultados cuestionables	393
Errores detectados	160
Errores que causaron cuidado inapropiado	43
Origen de errores en etapa analítica	24
Porcentaje de errores analíticos que causaron cuidados inapropiados en los pacientes	52%

COMPARACION DE RESULTADOS DE LABORATORIOS EVALUADOS CON DIFERENCIA DE TREINTA MESES (año '97)

Valor "F" promedio Acreditados (680) F_{87} (A): 7.0701
Valor "F" promedio No Acreditados (183) F_{87} (NA): 7.3268

Para F_{87} (A) > F_{87} (NA): p: 0,550536
p: 0,554546
Para F_{87} (A) < F_{87} (NA): p: 0,449464
p: 0,445454

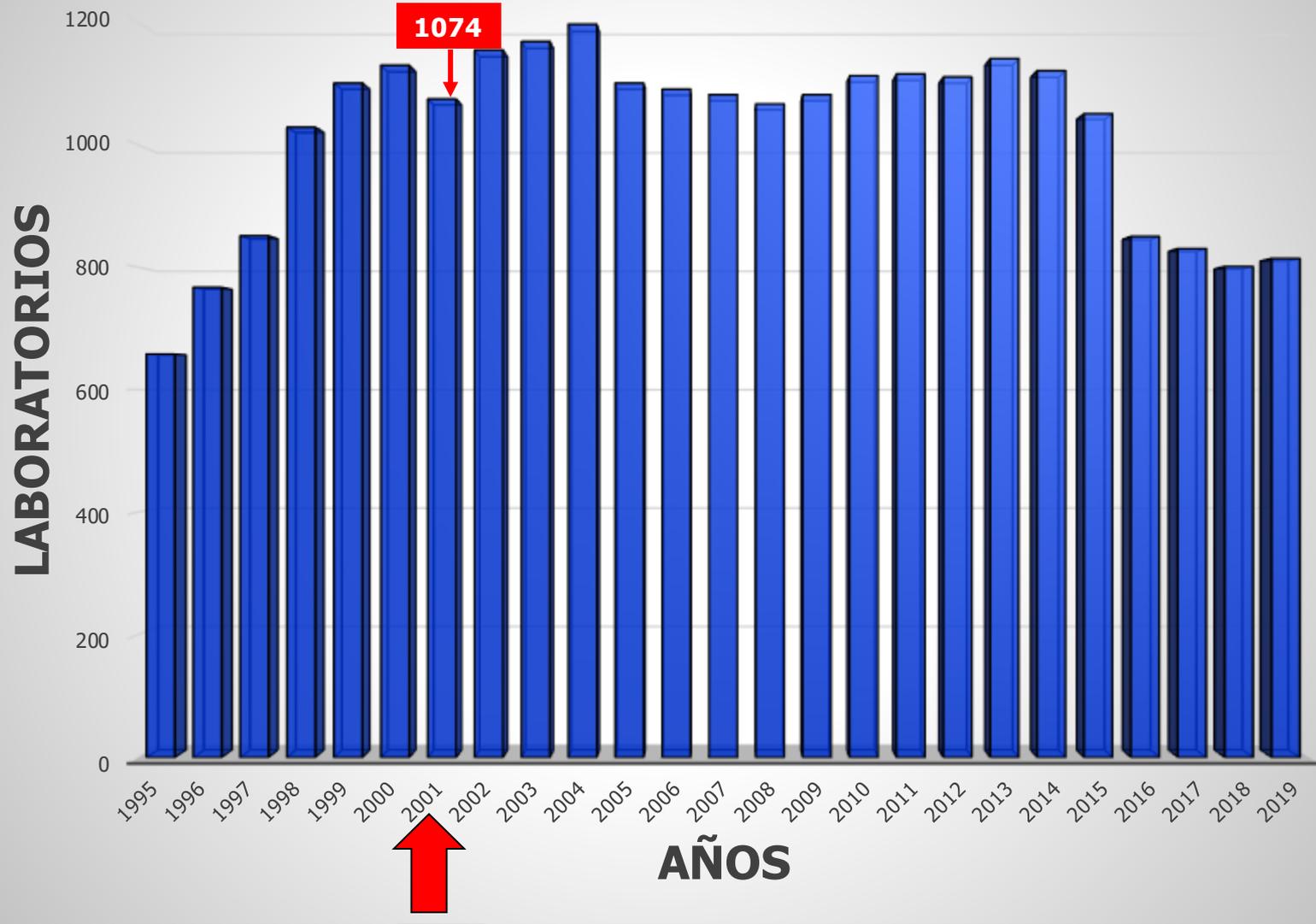
30 meses
después

Valor
"F" promedio
No Acreditados
 F_{117} (NA):
6.1189

Valor
"F" promedio
Acreditados
 F_{117} (A):
3.82

Para F_{117} (A) > F_{117} (NA): p: 0,071893
p: 0,165349
Para F_{117} (A) < F_{117} (NA): p: 0,0359396
p: 0,0826745

LABORATORIOS ACREDITADOS vs. AÑOS



1994-1996



1997



1998



1999



2000



2001



2002-0004



2005-2019



PREGUNTAS A RESPONDER

- ¿Qué entendemos por calidad?. ¿Es algo nuevo en salud?. ¿Hay normas de calidad para laboratorios clínicos?.
- ¿Qué hacer para minimizar los “eventos no deseados” y que nuestras organizaciones sean cada vez mejores?.
- ¿Qué es una auditoría de calidad?. ¿Cómo se realiza?. ¿Qué es una evidencia objetiva?.
- ¿Por qué documentar?. ¿Qué documentos son fundamentales en un sistema de calidad?. ¿Se reconoce claramente la diferencia entre ellos?. ¿Cuál es su estructura?. ¿Sabemos cómo se escriben?. ¿Podemos hacerlo?.
- ¿En qué consiste la Acreditación?. ¿Qué ventajas ofrece estar acreditado? ¿Se necesita de consultores externos para acreditar?.
- Otras.....

iii Muchas Gracias!!!

Dr. Carlos Peruzzetto

web: **www.fba.org.ar**

e-mail: **secpal@fba.org.ar**

¿Preguntas...?