

INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA VIGENCIA 2023.

Con fecha 09.04.2024, se realizó la revisión por la dirección liderada por la Coordinadora del Laboratorio y la participación de los profesionales responsables de las áreas técnicas.

En este documento se presentan los resultados alcanzados por cada uno de los procesos los cuales son analizados e informados en la presente acta, igualmente se evidencian la manera como se han venido materializando los objetivos de la Política de Calidad, los cuales se encuentran alineados a la planeación estratégica de la Gobernación del Quindío.

DESARROLLO DEL INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN.

a. LOS CAMBIOS EN LAS CUESTIONES INTERNAS Y EXTERNAS QUE SEAN PERTINENTES PARA EL LABORATORIO.

IMPLEMENTACIÓN DE LOS CAMBIOS IDENTIFICADOS EN LA VIGENCIA 2023.

CAMBIOS IDENTIFICADOS EN LA VIGENCIA 2022	SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN EN LA VIGENCIA 2023
El posible cambio de personal, debido a que la Comisión Nacional del Servicio Civil dio inicio al proceso de concurso de méritos para proveer cargos que se encontraban en provisionalidad en el LSPQ.	En la vigencia 2023 no se hicieron efectivos los cambios de personal de acuerdo a los resultados arrojados por el concurso de méritos.
Cambio en los objetivos estratégicos debido al nuevo plan de desarrollo por las elecciones de Gobernador para la vigencia 2023.	Este cambio se produce con la aprobación del plan de desarrollo 2024 - 2027, por parte de la asamblea departamental.
Cambio en la documentación del sistema de calidad y en la caracterización de áreas debido al cambio de sede por la construcción del edificio del laboratorio.	La construcción del nuevo laboratorio de salud pública se iniciaría en la vigencia 2024.

b. EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS.

1. Objetivos de calidad - indicadores del proceso.

Para el cumplimiento de la Política de calidad se han establecido 8 indicadores, una vez realizado el seguimiento para la vigencia 2023, arroja un cumplimiento de 75%.

POLÍTICA DE CALIDAD						
El Laboratorio de Salud Pública se compromete a prestar servicios de calidad que permita generar resultados oportunos y confiables que sirvan de apoyo a la vigilancia de eventos en interés en salud pública y a los factores de riesgo del ambiente y del consumo contando con el personal idóneo y comprometido con la aplicación de las políticas y los procedimientos establecidos.						
El Laboratorio de Salud Pública se compromete además a cumplir con los Estándares de Calidad establecidos en la Resolución 1619 de 2015 del Ministerio de Salud y de la Protección Social y al Sistema de Gestión del Laboratorio basado en la Norma NTC 17025:2005 y al Modelo Integrado de Planeación y Gestión establecido para la Gobernación del departamento del Quindío.						
OBJETIVO	INDICADOR	META	RESULTADO VIG. 2021	PERIODO EVALUADO VIG. 2022	VIG. 2023	
Implementar los requisitos de los estándares de calidad para Prestar servicios con calidad, oportunidad y confiabilidad que sirvan de apoyo a la vigilancia de eventos de interés en salud pública y a los factores de riesgos del ambiente y del consumo.	Resultado de la aplicación de la lista de verificación de la Resolución 1619 de 2015	80%	86%	82,50%	83%	
	Cumplimiento de las acciones correctivas y de mejora de la auditoria interna con criterio ISO/IEC 17025:2017.	100%	100%	36%	44%	
	Oportunidad en la entrega de resultados.	95%	80%	83%	95%	
Armonizar el sistema de gestión de calidad del Laboratorio de Salud Pública con el sistema de calidad de la gobernación basado en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) de la Gobernación del Quindío.	Informe de auditoría de la vigencia evaluada.	1	100%	100%	100%	
Gestionar el recurso humano suficiente, idóneo, comprometido y competente, para cumplir con el sistema de gestión de la calidad y las funciones estipuladas en el decreto 780 de 2016.	Cumplimiento del plan de capacitaciones.	100%	100%	100%	100%	
Gestionar los insumos, reactivos, equipos y las confirmaciones de operación metrológica vigente para prestar servicios con oportunidad, eficacia, eficiencia y calidad.	Cumplimiento del POAI.	90%	97%	100%	89%	
Mejorar el cumplimiento de la Red de Laboratorios en el programa de Evaluación Externa del desempeño en los programas de enfermedades de interés en salud pública.	Cumplimiento de la Red de los Laboratorios a los programas de EEDI.	90%	88%	90%	100%	
Gestionar los riesgos como estrategia para asegurar la calidad y el cumplimiento de los objetivos estratégicos.	Acciones para gestionar los riesgos implementadas y con seguimiento.	95%	100%	100%	100%	

Encontrándose desviación en los siguientes indicadores:

Cumplimiento de las acciones correctivas y de mejora de la auditoría interna con criterio ISO/IECE 17025:2017: Se realiza seguimiento a las acciones de mejora y correctivas identificadas en la herramienta MT-SSD-03 Situación de la acción correctiva y de mejora. En el cuadro siguiente se evidencia que para la vigencia 2021 se encuentran cerradas todos los incumplimientos y las oportunidades de mejora. Para la vigencia 2022, 19 oportunidades de mejora abiertas y 21 cerradas, 7 acciones correctivas abiertas y 10 cerradas. Para la vigencia 2023 19 acciones correctivas se encuentran abiertas debido a que la auditoría interna se culmina con fecha 02.12.2023.

Gestionar los insumos, reactivos, equipos y las confirmaciones de operación metrológica vigente para prestar servicios con oportunidad, eficacia, eficiencia y calidad: En el mes de junio se esperaban adiciones presupuestales para la secretaria de salud, estas no fueron aprobadas por la Asamblea Departamental, lo que originó un incumplimiento al Plan Anual de Adquisiciones proyectado por el Laboratorio de Salud Pública para la vigencia 2023.

c. LA IDONEIDAD DE LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS;

Se han establecido, socializado y firmado por el personal las siguientes políticas para el Laboratorio de salud pública del Quindío:

1. Política de calidad. Para la vigencia 2023, se da un cumplimiento del 75% de los indicadores definidos para la Política de Calidad.
2. Política de confidencialidad y propiedad del cliente. Para la implementación de la política se realizó socialización de esta y se firmaron acuerdos con todos los colaboradores del Laboratorio en los formatos: Declaración de confidencialidad F-SSD-320 y Declaración confidencialidad COVID sismuestras F-SSD-477.
3. Política de conflicto de intereses. Para la implementación de la política se realizó socialización de esta y se firmaron acuerdos con todos los colaboradores del Laboratorio en el formato Declaración de imparcialidad y conflicto de interés F-SSD-439.
4. Política revisión de pedidos, oferta y contratos. El laboratorio actualiza anualmente la Capacidad Técnica del Laboratorio. MT-SSD-01 y de manera permanente capacita a la red de laboratorios de su área de influencia sobre los requisitos de entrada de las muestras que se remiten al Laboratorio, igualmente permanece disponible el documento Manual para envío de muestras de interés en salud pública al laboratorio de salud pública. M-SSD-05, en la página web del Laboratorio.
5. Política de compra de servicios y suministros. Para la vigencia 2022, se realizaron un total de 73 contratos de los cuales el laboratorio realizó los estudios previos, la evaluación de las propuestas y la supervisión de los contratistas.
6. Política de quejas. gestión de las quejas con la finalidad de mejorar continuamente la calidad del servicio que ofrece a todos sus clientes y otras partes interesadas, proporcionando a los usuarios un medio de fácil uso para manifestar su queja y generador de respuestas efectivas. Su ejecución se informa en el literal J.
7. Política de acciones correctivas. Cuando se identifican no conformidades, trabajos no conformes o desvíos de las políticas y de los procedimientos del sistema de gestión, el Laboratorio ha realizado la gestión de las acciones correctivas. Su implementación se informa en el literal F.
8. Política de formación del talento humano. El laboratorio dio cumplimiento al 100% de las capacitaciones programadas y asistió a las dictadas por las entidades de vigilancia y

control, igualmente se realizaron las actividades de inducción, entrenamiento técnico y evaluación técnica al personal que ingresa, igualmente tiene en cuenta las evaluaciones del desempeño realizadas por el INVIMA o el Instituto Nacional de Salud para evaluar la competencia de los líderes técnicos de áreas y analistas que hacen parte del personal de planta del Laboratorio.

9. Política para la gestión integral del riesgo. La política de gestión del riesgo se implementa a través de la gestión del mapa de riesgos del laboratorio, al cual se le realiza seguimiento permanente y se registra en la matriz. Su implementación se informa en el literal m.

Los lineamientos de las políticas se materializan en la ejecución diaria de los procedimientos del Laboratorio y hacen parte de las acciones preventivas definidas para la gestión de los riesgos, se considera que los procedimientos definidos en el Laboratorio son adecuados y aseguran la aplicación consistente de sus actividades y la validez de sus resultados.

d. EL ESTADO DE LAS ACCIONES DE REVISIONES POR LA DIRECCIÓN PREVIAS.

ACCIONES VIGENCIA 2022	SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN EN LA VIGENCIA 2023
Continuar con el proceso de implementación del software en los módulos de bitácora, validador y QAQC con el fin de buscar una manera ágil y completa de tener la información.	Se continúa con el proceso de implementación del software en los módulos de bitácora, validador y QAQC, el cual quedará habilitado para la vigencia 2024.
Realizar la actualización del documento Manual de Bioseguridad código M-SSD-06, incluyendo los lineamientos del Manual de Bioseguridad Laboratorio 4 edición OMS.	Se realizó la actualización del documento Código: M-SSD-06 Manual de Bioseguridad. Versión:05 Fecha: 06/12/2023
Continuar con la validación y la verificación de las técnicas analíticas utilizadas en el laboratorio.	Se realizó recolección de datos para la verificación en malaria y shagas Leishmania.
Aumentar el cálculo de la incertidumbre de los análisis que realiza el laboratorio.	Evaluación de la incertidumbre del método de Nitritos en agua.
Realizar seguimiento permanente al indicador: Oportunidad en la entrega de resultados, para las Área Físicoquímico de aguas y alimentos – Área microbiología de aguas y alimentos y bebidas alcohólicas, identificar estrategias e implementarlas.	Para la vigencia 2023 se estableció una meta de 95% cumplimiento para el indicador OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS(área físico químico y microbiológico aguas y alimentos y bebidas alcohólicas), una vez realizada la medición correspondiente se da cumplimiento al indicador.
La asignación de los recursos suficientes para adquirir los reactivos para la verificación de las técnicas analíticas implementadas en el laboratorio, igualmente incluye el fortalecimiento de las competencias del personal que ingresa para realizar dichas verificaciones y validaciones.	Se presenta proyección del Plan Anual de Adquisiciones para la vigencia 2024, remitido mediante correo electrónico de fecha 05.12.2023, en el que se incluyen recursos para adquirir los reactivos para la verificación de las técnicas analíticas implementadas en el laboratorio, igualmente incluye el fortalecimiento de las competencias del personal que ingresa para realizar dichas verificaciones y validaciones.

e. LOS RESULTADOS DE AUDITORÍAS INTERNAS RECIENTES.

Para la vigencia 2023 se realiza auditoría interna cuyos criterios fueron:

- Norma Técnica ISO/IEC 17025:2017. Requisitos generales para la competencia de los laboratorios de ensayo y calibración, requisitos de los clientes y legales aplicables.
- Resolución 1619 de 2015 (ALIMENTOS). Por la cual se establece el Sistema de Gestión de la Red Nacional de Laboratorios en los ejes estratégicos de Vigilancia en Salud Pública y de Gestión de Calidad.
- Resolución 1646 de 2018, "Por la cual se especifican y orientan los exámenes de interés en salud pública que deben realizar los laboratorios de salud pública (LSP) departamental y distrital y la interacción en las actividades de referencia y contra referencia con la red de laboratorios, de acuerdo a los lineamientos del Laboratorio Nacional de Referencia"

Las auditorías son efectuadas por personal formado y calificado, para la vigencia 2023 se auditaron las siguientes metodologías analíticas:

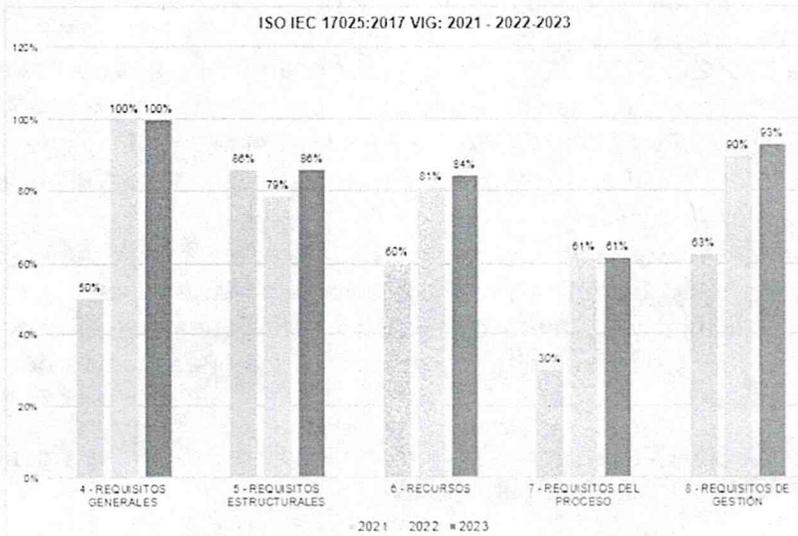
Áreas Técnicas: Virología:
 DENGUE IgM por el método de ELISA.
 Virus del Dengue Ag NS1.
 Leptospira por el método de ELISA.

Los ítems evaluados a cada una de las metodologías fueron:

Infraestructura y condiciones ambientales, Documentación, Materiales y métodos, Medios de cultivo y reactivos, Equipos, Patrones de referencia, Personal, Manipulación del ítem de ensayo, Evaluación de la incertidumbre de medición, Trazabilidad del ítem de ensayo,

Informe de resultado, Aseguramiento de la calidad. Se definió Plan de auditoría F-PLA-12, con fecha de apertura 27/07/2023., y de cierre 02/12/2023. A continuación, se detallan los resultados obtenidos:

		2023	2021	2022
REQUISITOS	NUMERAL	GENERAL	GENERAL	GENERAL
4 - REQUISITOS GENERALES	4	100%	50%	100%
Imparcialidad	4.1	100%	0%	100%
Confidencialidad	4.2	100%	50%	100%
5 - REQUISITOS ESTRUCTURALES	5	86%	86%	79%
Entidad legal	5.1	0%	100%	0%
Dirección con responsabilidad general	5.2	100%	100%	100%
Definir y documentar el alcance de actividades	5.3	100%	100%	100%
Las actividades cumplan con los requisitos de	5.4	100%	100%	100%
Estructura organizacional	5.5	100%	100%	100%
Responsabilidad de la dirección	5.6	100%	100%	100%
La dirección del laboratorio debe asegurar co	5.7	100%	0%	50%
6 - RECURSOS	6	84%	60%	81%
Personal	6.2	100%	0%	67%
Instalaciones y condiciones ambientales	6.3	50%	100%	67%
Equipamiento	6.4	70%	0%	70%
Trazabilidad metrológica	6.5	100%	100%	100%
Productos y servicios suministrados externar	6.6	100%	100%	100%
7 - REQUISITOS DEL PROCESO	7	61%	30%	61%
Revisión de pedidos, ofertas y contratos	7.1	88%	0%	88%
Selección, verificación y validación de métodos	7.2	0%	0%	0%
Manipulación del ítem de ensayo o de calibra	7.4	25%	0%	25%
Registros técnicos	7.5	50%	100%	50%
Estimación de la incertidumbre de la medición	7.6	0%	0%	0%
Aseguramiento de la validez de los resultados	7.7	100%	0%	100%
Informes de resultados	7.8 7.8.7	89%	0%	89%
Quejas	7.9	100%	100%	100%
Trabajo no conforme	7.10	0%	0%	0%
Control de datos y gestión de la información	7.11	100%	100%	100%
8 - REQUISITOS DE GESTIÓN	8	93%	63%	90%
Documentación del Sistema de Gestión	8.2	100%	100%	100%
Control de documentos	8.3	92%	100%	83%
Control de registros	8.4	50%	0%	50%
Acciones para abordar riesgos y oportunidad	8.5	100%	100%	83%
Mejora	8.6	100%	100%	100%
Acciones correctivas	8.7	100%	0%	100%
Auditorías internas	8.8	100%	100%	100%
Revisión por la dirección	8.9	100%	0%	100%
		85%	58%	82%



Se debe tener en cuenta, respecto al resultado de las auditorias que el Laboratorio ha

decidido para la vigencia 2022, enmarcar en los requisitos de la ISO/IEC 17025/2017 los incumplimientos generados en la aplicación de la herramienta de verificación de la Resolución 1619 de 2015, respecto a la vigencia 2023 se logra evidenciar un avance del 24% respecto a la vigencia 2021.

4 Requisitos Generales:

En lo relacionado con los requisitos generales, la mayor parte de los incumplimientos se generan respecto a las actividades que por norma le competen al laboratorio su cumplimiento. Se cumple parcialmente con: la Resolución 1646 de 2018 en un porcentaje del 72%, Respecto a la verificación de la inscripción de los laboratorios de la red, Decreto 561 de 2019, se da cumplimiento en un 55%.

5 Requisitos estructurales:

El Laboratorio se encuentra conformado como entidad legal, define y documenta el alcance de sus actividades enmarcadas en la ISO/IEC 17025 de 2017, cuenta con estructura orgánica en la que se especifican la autoridad y la responsabilidad y sus procedimientos se encuentran documentados.

6 Recursos:

Se da cumplimiento a los requisitos respecto al personal, se tiene acceso al equipamiento necesarios para el correcto desempeño de las actividades de laboratorio, mantiene la trazabilidad metrológica de sus resultados de medición por medio de una cadena ininterrumpida y documentada de calibraciones, las instalaciones y condiciones ambientales no son adecuadas para las actividades del laboratorio.

7 Requisitos del proceso:

El avance en la verificación de métodos ha sido insuficiente, este se debe fortalecer al igual que la estimación de la certidumbre y la actualización de los POE de las diferentes técnicas analíticas. El laboratorio mantiene un procedimiento para realizar el seguimiento de la validez de los resultados, participación en ensayos de aptitud, se da cumplimiento a los requisitos del informe de resultados.

8 Requisitos de gestión:

Se encuentra documentado y se trabaja en la implementación y mantenimiento del sistema de gestión para lograr que sea capaz de soportar y demostrar el cumplimiento constante de los requisitos de esta Norma Internacional y asegurar la calidad de los resultados del laboratorio.

- Respecto a los criterios establecidos en la Resolución 1619 de 2015 (INVIMA - ALIMENTOS). Por la cual se establece el Sistema de Gestión de la Red Nacional de Laboratorios en los ejes estratégicos de Vigilancia en Salud Pública y de Gestión de Calidad. Para la vigencia 2023 se realizó autoevaluación aplicada a las Áreas Técnicas de Microbiología de Aguas y Alimentos y Fisicoquímica de Aguas y Alimentos, arrojando los siguientes resultados:

VIGENCIA 2023 - AUTOEVALUACIÓN RESOLUCIÓN 1619 DE 2015 - INVIMA						
Ítem	CRITERIO	P. MÁXIMO	P. MÍNIMO	P. OBTENIDO	CUMPLE	NO CUMPLE
1	Organización y Gestión	51	46	45		
2	Talento Humano	32	29	29		
3	Infraestructura y Dotación	47	42	32		
4	Referencia y Contrareferencia	16	14	16		
5	Bioseguridad y manejo de Residuos	33	30	32		
6	Procesos Prioritarios	62	56	46		
		241	217	200		

Se establecido un porcentaje de cumplimiento del 83%, lo que genero cumplimiento del indicador para la vigencia 2023, teniendo en cuenta que la meta es de 80%.

- Resolución 1646 de 2018, "Por la cual se especifican y orientan los exámenes de interés en salud pública que deben realizar los laboratorios de salud pública (LSP) departamental y distrital y la interacción en las actividades de referencia y contra referencia con la red de laboratorios, de acuerdo a los lineamientos del Laboratorio Nacional de Referencia"

VIG 2023			VIG LNR 2022
NO	49	28%	
SI	129	72%	40.9%
NA	16	9%	

Se puede observar que de los 178 ítems que aplican el Laboratorio de Salud Pública cumple con el 72% para la vigencia 2023, logrando un aumento en el cumplimiento del 31.6% respecto a la vigencia anterior.

f. LAS ACCIONES CORRECTIVAS.

El laboratorio implementa acciones correctivas cuando se dé la ocurrencia de una no conformidad y se deba reaccionar a ella tomando medidas para abordarla, controlarla, corregirla, y asegurarse de que no vuelva a ocurrir, para lo cual ha formulado la Política de Acciones Correctivas e implementa el Procedimiento P-PLA-72 Acciones Correctivas, el cual cuenta con el Formato F-PLA- 20 Acciones correctivas y preventivas que permite identificar, analizar, ejecutar el plan de acción del problema y realizar el seguimiento a la solución.

Se realiza seguimiento a las acciones de mejora y correctivas identificadas en la herramienta MT-SSD-03 Situación de la acción correctiva y de mejora

En el cuadro siguiente se evidencia que para la vigencia 2021 se encuentran cerradas todos los incumplimientos y las oportunidades de mejora. para la vigencia 2022, 19 oportunidades de mejora abiertas y 21 cerradas, 7 acciones correctivas abiertas y 10 cerradas. Para la vigencia 2023, 19 acciones correctivas se encuentran abiertas debido a que la auditoria interna se culmina con fecha 02.12.2023.

TIPO DE ACCIONES	VIGENCIA 2021 ISO 17025/2017		VIGENCIA 2022 ISO 17025/2017			VIGENCIA 2023 ISO 17025/2017			TOTAL VIGENCIAS		
	# Acciones	Estado Acciones		# Acciones	Estado Acciones		# Acciones	Estado Acciones		Abiertas	Cerradas
		Abierta	Cerrada		Abierta	Cerrada		Abierta	Cerrada		
MEJORA	2		2	40	19	21	0	0	0	19	23
CORRECTIVAS	3		3	17	7	10	19	19		26	13
											36

g. LAS EVALUACIONES POR PARTE DE ORGANISMOS EXTERNOS.

1. Instituto Nacional de Salud

Para la vigencia 2022 el Instituto Nacional de Salud, realizo visita de Verificación de Estándares de Calidad de la Resolución 1619 de 2015, con fecha 29.04.2022, logrando un cumplimiento total de estándares del 82.5% frente al 32% que se había emitido como concepto en la vigencia 2015.

A continuación, se presenta en la gráfica del avance de cumplimiento por cada uno de los estándares de calidad de la resolución verificada:

Plan Mejoramiento auditoría INS 2022			
Criterios		Criterios	
1.8		1.20	
3.1		1.21	
3.9		2.6	
5.11		3.8	
5.14		3.17	
6.1		5.2	
6.2		5.6	
41%		5.8	
		5.9	
		6.18	
		59%	

Se evidencia un avance del 59% en el cumplimiento de las acciones correctivas propuestas en el plan de mejoramiento respecto a los ítems en incumplimiento. Respecto a los criterios que aún se encuentran en incumplimiento que obedecen al 41%, de estos están relacionados de manera directa o indirecta con las instalaciones físicas el 43%.

Respecto a las debilidades evidenciadas se han realizado avances así:

DEBILIDADES:

- El laboratorio no cuenta con una infraestructura física adecuada, que garantice la seguridad de las personas.

En la vigencia 2023 se adjudica Contrato de obra 017 de 2023. Y Acta de inicio contrato de obra 017 de 2023.

- La mayoría del personal del LSP se encuentra vinculado por modalidad de contrato lo que pone en riesgo la oportunidad de respuesta y el cumplimiento de ley frente a la vigilancia de EISP a su cargo.

En la vigencia 2023 se realiza por parte de Comisión Nacional del Servicio Civil concurso de méritos abierto en el cual se encuentran las vacantes del LSPQ notificados por la Gobernación del Quindío.

En el mes de mayo de la vigencia 2023, se presenta estudio técnico por parte de la Coordinadora del Laboratorio y un profesional universitario especializado de la Secretaria de Salud, ante la Secretaria Administrativa y el Gobernador del Quindío, para su visto bueno.

- No se cuenta con disponibilidad de pares para todos los eventos.

Para la vigencia 2023 se contó con pares analíticos en las áreas técnicas de Parasitología, Virología, Microbiología Clínica, Micobacterias, Físicoquímico de aguas y alimentos, Microbiología de aguas y alimentos, para el área de entomología no se contó con par analítico.

h. LOS CAMBIOS EN EL VOLUMEN Y TIPO DE TRABAJO EFECTUADO O EN EL ALCANCE DE ACTIVIDADES DEL LABORATORIO;

- Se realiza evaluación de la incertidumbre del método de Nitritos en agua.
- Se realizó recolección de datos para la verificación en malaria y shagas Leishmania.
- Las pruebas de susceptibilidad a los antimicrobianos se han convertido en un procedimiento vital en la práctica clínica y la información generada a partir de ella es fundamental para la vigilancia de los perfiles de sensibilidad y la detección de nuevos patrones de resistencia por parte del laboratorio de salud pública ante la inminente emergencia mundial por diseminación de microorganismos cada vez más resistentes

MBC Y MB

EVENTOS	2021	2022	2023
GRAM	1208	1333	1194
Aislamientos-Muestras			319
HANSEN			7
TBC	1447	1100	1021
	2655	2433	2.541

PARASITOLOGÍA

EVENTOS	2021	2022	2023
MALARIA	110	280	870
LEISHMANIA	20	14	24
	130	294	894

FÍSICO QUÍMICO Y MICROBIOLÓGICO DE AGUAS Y ALIMENTOS

MATRIZ	VIG 2021	VIG 2022	VIG 2023
AGUA CONSUMO HUMANO	456	571	708
ALIMENTOS PREPARADOS	424	302	557
LECHES	2	3	6
PRODUCTOS DE LA PESCA		8	6
PANELAS	42	22	39
SAL	21	20	43
AGUA ENVASADA	12	0	13
LECHE CRUDA		2	0
CÁRNICOS	218	2	5
BEBIDAS ALCOHÓLICAS	51	22	39
DERIVADOS LÁCTEOS	5	2	0
ETAS	33	10	57
OTROS ALIMENTOS	0	8	24
PRUEBAS DE DESEMPEÑO	4	5	8
	1.268	977	1.505

ENTOMOLOGÍA

EVENTOS	2021	2022	2023
INDICES AEDICOS	49	41	48

NÚMERO DE MUESTRAS PROCESADAS

EVENTOS	2021	2022	2023
DENGUE IG M	101	32	326
DENGUE NS1	117	176	452
LEPTOSPIRA IG M	26	68	144
	244	276	922

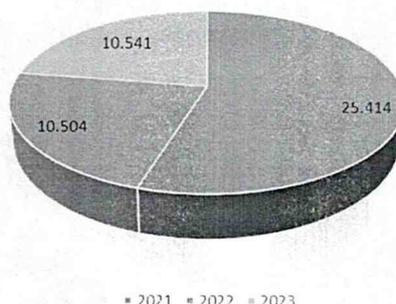
VIROLOGÍA

EVENTOS	2021	2022	2023
HIV	546	642	664
HEPATITIS B	144	276	344
CORE TOTAL	144	144	248
HEPATITIS C	294	380	416
HTLV	144	144	224
CHAGAS	144	189	232
VDRL PARA SÍFILIS	1521	1455	1983
DENGUE IGM	60	58	0
	2.997	3.288	4.111

BIOLOGÍA MOLECULAR

EVENTOS	2021	2022	2023
PCR COVID-19	6628	1645	146
ANTIGENOS COVID	11443	1550	159
PRC VR	-	-	215
	18.071	3.195	520

CCÍOÍ



En el gráfico anterior podemos observar que para las vigencias 2022 y 2023, se gestiona una media de 10.523 de producción de pruebas diagnósticas y de vigilancia, teniendo en cuenta el aumento inusitado de la vigencia 2021 relacionado directamente con la pandemia de COVID 19, el aumento respecto a la media anterior es de 141%.

i. LOS COMENTARIOS DE CLIENTES Y DEL PERSONAL.

1. Reconocimiento para empleados destacados por parte de la Gobernación del Quindío.

Para la vigencia 2023 La Gobernación del Quindío realiza actividades de reconocimiento al funcionario público que se haya destacado en el cumplimiento de sus funciones. De los funcionarios del Laboratorio de Salud Pública, se exaltaron los siguientes:

- Liliana Vélez Botero. Coordinadora del LSPQ.
- María Dilia Gómez Montoya. Profesional Universitaria.
- Sandra Patricia Restrepo Murillo Profesional Universitaria.

2. Capacitación a la red de laboratorios.

Durante el año 2023 se realizó capacitación tanto a la red de laboratorios clínicos en temas de interés para todos los participantes, de igual manera todo el personal del laboratorio recibió diferentes capacitaciones en temas diversos.

3. Comunicación con la red.

En cuanto a los medios de comunicación hubo un adelanto significativo ya que se tiene en este momento una página web del laboratorio, fan page, se tiene el aplicativo de WhatsApp lo que permite tener comunicación con los clientes y el personal de manera más asertiva.

4. Comunicación con la comunidad.

Facebook trajo un acercamiento continuo con la comunidad y los laboratorios de la red departamental de salud en el año 2023 desde enero se generó un alcance de 5.829 visitas hasta el 31 de diciembre 2023. <https://www.facebook.com/LaboratoriodeSaludPublicadelQuindio>

La página web <https://saludlaboratorio.wixsite.com/inicio> fue el anclaje de capacitaciones y videos tutoriales para los laboratorios de la red con un contador de visitas acumuladas de 9548 desde el año 2021 hasta la fecha actual . Podemos decir que el laboratorio frente a

las comunicaciones y redes sociales está siendo visto como un ejemplo para evidenciar el buen trabajo que se está realizando frente a los laboratorios y la comunidad.



j. **QUEJAS**

Para la vigencia 2023 no se realizó recepción de quejas.

k. LA EFICACIA DE CUALQUIER MEJORA IMPLEMENTADA.

1. Parametrización del software Sampler.

Dentro de las mejoras implementadas, todas las técnicas analíticas se encuentran parametrizadas para la vigencia 2023 se da inicio al trabajo desde el software sampler en paralelo con las metodologías que se venían utilizando.

2. Fortalecimiento de resistencia bacteriana.

Se implementaron parámetros de resistencia bacteriana en el área de microbiología clínica a las muestras que llegan de las diferentes IPS.

I. LA ADECUACION DE LOS RECURSOS.

Los recursos asignados para la vigencia 2023 fueron por un total de \$1.325.383.125, los cuales permitieron al Laboratorio dar cumplimiento a su misión en términos de calidad y oportunidad.

PROYECTO	ACTIVIDAD	VALOR TOTAL RUBRO	No. Y NOMBRE META PRODUCTO	No. Y NOMBRE INDICADOR DE PRODUCTO		
Fortalecimiento de las actividades de vigilancia y control del laboratorio de salud pública en el Departamento del Quindío	Compra de reactivos, insumos y medios	\$ 434.356.161,00				
	Compra de equipos de laboratorio	\$ 100.000.000,00				
	Realizar análisis de muestras de alimentos, aguas, bebidas alcohólicas que llegan al laboratorio en cumplimiento de la programación y las muestras para ETAS Y para la vigilancia de enfermedades de interés en salud pública	\$ 300.000.000,00	1903012 Servicio de análisis de laboratorio	190301200 Análisis realizados		
	Realizar evaluación externa indirecta de citologías de cuello uterino a los laboratorios de la red	\$ 40.000.000,00				
	Realizar la vigilancia entomológica en los municipios del departamento del Quindío.	\$ 40.000.000,00				
	Ejecutar el sistema de gestión de calidad y aseguramiento de metrología en el laboratorio de salud pública.	\$ 35.000.000,00				
	Realizar el acompañamiento en la implementación y desarrollo de los estándares de calidad y de los requisitos afines con las normas ntc iso/iec 17025:2017, ntc iso/iec 15189 y la ntc/rgp 1000	\$ 40.000.000,00			1903016 Servicio de auditoría y visitas inspectivas	190301600 Auditorías y visitas inspectivas realizadas
	Realizar los servicios de apoyo a la gestión, administrativo y operativo para obtener los informes de resultados de los análisis del laboratorio	\$ 60.772.557,00				
	Realizar el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de laboratorio.	\$ 80.000.000,00	1903011 Servicio de inspección, vigilancia y control	190301101 Informes de resultados obtenidos en la vigilancia sanitaria		
	Realizar la calibración de los equipos del laboratorio	\$ 70.000.000,00				
	Desarrollo del proceso de traslado y reubicación de los equipos, unidades técnicas y operativas del laboratorio y unidades técnicas en desarrollo.	\$ 7.350.078,00				
	TOTAL	\$ 1.427.478.796,00				

m. LOS RESULTADOS DE LA IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO.

El Laboratorio de Salud Pública del Quindío se compromete con la gestión integral de los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de sus objetivos estratégicos, la calidad de los análisis, la imparcialidad de sus colaboradores, la confidencialidad de sus resultados, la ejecución del Sistema de Gestión y la prestación de los servicios para la satisfacción de sus partes interesadas.

Para la vigencia 2023 se gestionan 8 riesgos de los cuales no hubo materialización en la vigencia 2023, se realiza seguimiento con corte al 31.12.2023.

RIESGO	PLAN DE ACCIÓN	SEGUIMIENTO
R1	Posibilidad de afectación reputacional debido a una inadecuada recepción de la muestra generando un informe de resultados erróneo.	Realizar seguimiento a la efectividad de la implementación de las acciones plan de mejora, F-SSD-395
R2	Posibilidad de afectación económica y reputacional debido a pérdida de información sensible generando investigaciones y sanciones de los entes de vigilancia y control.	Continuar con las actividades de prevención del riesgo definidas en esta matriz.
R3	Posibilidad de afectación económica y reputacional debido al inadecuado manejo del programa de Reactivo vigilancia generando emisión de resultados no válidos.	Realizar revisión a las auditorías s implementadas al proceso de almacén y áreas técnicas, respecto al cumplimiento del procedimiento Almacenamiento Materiales Insumos Medios y Reactivos P-SSD-77.
R4	Posibilidad de afectación económica y reputacional debido a la actuación imparcial de un colaborador del laboratorio, generando investigaciones multas y sanciones de las autoridades de vigilancia y control.	Incluir dentro del manual de calidad del laboratorio de salud pública M-SSD-03 el formato Declaración de imparcialidad y conflicto de intereses F-SSD-439 Continuar con las actividades de prevención del riesgo definidas en esta matriz.
R5	Posibilidad de afectación reputacional y económica debido a la emisión de resultados no válidos generados por la no implementación de OCM, mantenimiento y entrenamiento, para la gestión de los equipos en el laboratorio.	1. Realizar seguimiento al cumplimiento del plan de control metrológico F-SSD-234, desde cada una de las áreas técnicas del laboratorio. 2. Verificar que el estado del equipo se consigne en el formato Etiqueta de identificación y control metrológico F-SSD-26, cada vez que se realice una actividad de mantenimiento u OCM. 3. Continuar con las actividades de prevención del riesgo definidas en esta matriz.
R6	Posibilidad de afectación económica y reputacional por la deficiente implementación de los lineamientos establecidos en el procedimiento Control Analítico de Calidad P-SSD-54, ocasionando la generación de resultados no confiables.	Continuar con la evaluación de la incertidumbre en las mediciones analíticas que realiza el laboratorio, teniendo en cuenta el procedimiento para la estimación de la incertidumbre de medición, P-SSD-81.
		Continuar con la validación, y/o verificación, estandarizados de los métodos analíticos utilizados en laboratorio Continuar con el seguimiento a la implementación de los lineamientos establecidos en el procedimiento Control Analítico de Calidad P-SSD-64.
R7	Posibilidad de afectación económica y reputacional, generada por la ocurrencia inadvertida de un daño real, ocasionando, infección, enfermedad, lesión, muerte en humanos o contaminación del medio ambiente.	Realizar revisión a los riesgos biológicos, químicos, físicos y de seguridad
		Realizar actualización al documento Manual de Bioseguridad M-SSD-06, V3
		Definir cronograma para la implementación del programa de bioseguridad establecido en el manual de bioseguridad M-SSD- V4
		Socializar el manual de bioseguridad M-SSD- V4.
		Conformar el Comité de Bioseguridad. Definir el Oficial de Bioseguridad. Incluir en el cronograma la actividad relacionada con los riesgos físicos, proyecto de modernización del Laboratorio de Salud Pública Departamental Quindío
		Establecer lista de verificación de condiciones de bioseguridad. Presentar informe de verificación ante el oficial bioseguridad. Presentar informe ante el comité de bioseguridad.

En el proceso de seguimiento a riesgos se logra establecer que en el siguiente riesgo no se han implementado todos los controles establecidos para su mitigación:

R7: Posibilidad de afectación económica y reputacional, generada por la ocurrencia inadvertida de un daño real, ocasionando, infección, enfermedad, lesión, muerte en humanos o contaminación del medio ambiente.

n. LOS RESULTADOS DEL ASEGURAMIENTO DE LA VALIDEZ DE LOS RESULTADOS.

PARTICIPACIÓN	RESULTADO
ÁREA: Parasitología - Malaria	Concordancia de positividad IK: 1.0 (Muy Bueno). Concordancia de especie IK 0.77 (Bueno). Concordancia en morfología 80 (satisfactorio). concordancia de recuento parasitario 100 (satisfactorio) PROMEDIO FINAL DE LA EVALUACIÓN 89% (satisfactorio)
ÁREA: Parasitología - Chagas	Concordancia de positividad IK: 1.0 (Muy Bueno)
ÁREA: Parasitología - Leishmania	Concordancia de positividad IK: 0.54 (moderado)
Prueba de aptitud LABCARE 1er semestre	placa 1. satisfactorio placa 2 satisfactorio
Prueba de aptitud LABCARE 2er semestre	placa 1. satisfactorio placa 2 no satisfactorio
ÁREA: Virología PEED TSH NEONATAL	100% SATISFACTORIO
ÁREA: Virología - Chagas por Elisa	Concordancia: 100%
ÁREA: Entomología PEED INS	100% SATISFACTORIO
Prueba de desempeño LABCARE: Programa ERA:	Resultados satisfactorios para los ensayos evaluados en matriz de agua potable. Los parámetros evaluados fueron: Calcio, dureza cálcica, dureza total, alcalinidad, Magnesio, cloruros, conductividad, fluoruros, sulfatos, pH, Aluminio, Hierro, nitritos, color, cloro residual, sólidos totales y turbiedad.
LABCARE - Bebidas Alcohólicas - Leche pasteurizada- Sal para consumo humano	Prueba de desempeño para grado alcoholimétrico en bebidas alcohólicas, acidez y punto de congelación en leche con desempeño satisfactorio, yoduro en sal (así lo solicitó la prueba pero en realidad estaba presente como ión Yodato)
PICCAP (Dos rondas)	Los parámetros evaluados fueron: Calcio, dureza total, dureza cálcica, alcalinidad, cloruros, conductividad, sulfatos, pH, Hierro, color, turbiedad, fosfatos, Magnesio, Coliformes y ecoli con resultados satisfactorios. Para la segunda ronda se participó además con el mensurando fluoruro, los resultados fueron satisfactorios, excepto la medición de color que fue cuestionable
CONTROL DE CALIDAD DE AGUAS DE CONSUMO HUMANO PICCAP 252 COMPLETO (24/04/2023)	Resultados satisfactorios para los ensayos evaluados de Coliformes totales y E. coli.
CONTROL DE CALIDAD DE AGUAS DE CONSUMO HUMANO PICCAP 253 COMPLETO (09/10/2023)	Resultados satisfactorios para los ensayos evaluados de Coliformes totales y E. coli.

o. OTROS FACTORES RELEVANTES, TALES COMO ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO Y CAPACITACIÓN.

Dentro de las actividades misionales del laboratorio se encuentran:

1. Capacitación a la red de laboratorios.

FECHA	TEMA	ASISTENTES
02/04/2023	Capacitación en vectores transmisores de malaria	Grupo vectores Municipal y departamental
05/12/2023	Capacitación en vectores e insecticidas para el control de la malaria	Grupo de intervención de malaria
11/24/2023	Capacitación en vectores de enfermedades de interés público	Grupo vectores departamental
10/18/2023	Pruebas rápidas HIV Sífilis algoritmos	HSJD, RED, IPS
09/01/2023	Pruebas rápidas HIV Sífilis algoritmos	IPS, RED
03/01/2023	Toma de muestras, coloración, teoría Malaria practica observación placas de gota gruesa.	Hospital Sangrado de Corazón de Jesús
18/01/2023	Toma de muestras, coloración, teoría Malaria practica observación placas de gota gruesa.	Synlab
19/01/2023	Toma de muestras, coloración, teoría Malaria practica observación placas de gota gruesa.	Synlab
20/01/2023	Toma de muestras, coloración, teoría Malaria practica observación placas de gota gruesa.	Red salud
30/01/2023	Toma de muestras, coloración, teoría Malaria practica observación placas de gota gruesa.	Hospital Génova
20/02/2023	Toma de muestras, coloración, teoría Malaria practica observación placas de gota gruesa.	Secretaria Armenia
16/03/2023	Montaje pruebas rápidas de Malaria	Secretaria Armenia
25/04/2023	Toma de muestras, coloración, teoría Malaria practica observación placas de gota gruesa.	Baser
27/04/2023	Toma de muestras, coloración, teoría Malaria practica observación placas de gota gruesa.	Clínica Sagrada Familia
04/05/2023	Toma de muestras, coloración, teoría Malaria practica observación placas de gota gruesa.	Clínica Sagrada Familia
04/05/2023	Toma de muestras, coloración, teoría Malaria practica observación placas de gota gruesa.	Hospital Roberto Quintero
05/06/2023	Montaje pruebas rápidas de Malaria	Secretaria de salud Departamental
24/08/2023	Toma de muestras, coloración, teoría Malaria practica observación placas de gota gruesa.	Hospital San Vicente de Paul
29/08/2023	Toma de muestras, coloración, teoría Malaria practica observación placas de gota gruesa.	Hospital pio X
31/08/2023	Toma de muestras, coloración, teoría Malaria practica observación placas de gota gruesa.	Hospital San Vicente de Paul
31/08/2023	Toma de muestras, coloración, teoría Malaria practica observación placas de gota gruesa.	Dumian
31/08/2023	Toma de muestras, coloración, teoría Malaria practica observación placas de gota gruesa.	MLH
04/09/2023	Toma de muestras, coloración, teoría Malaria practica observación placas de gota gruesa.	MLH
10/11/2023	coloración gota gruesa	Hospital Roberto Quintero
15/02/2023	Capacitación bacteriólogos en eventos: tuberculosis, Hansen, microbiología, muestra para diagnóstico y control de calidad Microbiología y micobacterias	Clínica sagrada familia
09/03/2023	Capacitación bacteriólogos en eventos: tuberculosis, Hansen, microbiología, muestra para diagnóstico y control de calidad Microbiología y micobacterias. Generalidades e instalación software WHONET	Clínica san Rafael
24/03/2023	Seminario actualización tuberculosis, Conmemoración día mundial de la lucha contra TB	Red de laboratorios, UPGD, planes locales, EAPB

FECHA	TEMA	ASISTENTES
18/05/2023	Capacitación bacteriólogos en eventos: tuberculosis, Hansen, microbiología, muestra para diagnóstico y control de calidad Microbiología y micobacterias.	Hospitales de Montenegro y Génova
29/08/2023	Capacitación bacteriólogos en eventos: tuberculosis, Hansen, microbiología, muestra para diagnóstico y control de calidad Microbiología y micobacterias.	Hospital de Tebaida
25/10/2023	Actualización lineamientos micobacterias y microbiología	toda la Red de laboratorios
5 reuniones en el año 2023	Reuniones de cruce de bases de datos programa de tuberculosis, lepra, SIVIGILA y Laboratorio Departamental de Salud pública	Jefes de programa de tuberculosis, lepra, SIVIGILA y Laboratorio
12 reuniones en el año 2023 (1x Mes	Reuniones cruce software WHONET LSP y evento Infeccionases asociadas a la atención en Salud IAAS y resistencia bacteriana	Jefe referente I.A.A.S.de SIVIGILA y Laboratorio de salud pública

2. Asistencias técnicas la red de laboratorios.

Para el año 2023, el departamento tiene inscritos 45 laboratorios clínicos y se visitaron 23 el 51% de los laboratorios, algunos por su complejidad o riesgo se les realizo dos visitas de asistencia técnica.

MUNICIPIO	Nombre del laboratorio	Público/ Privado	FECHA EJECUCION
CALARCÁ	LABORATORIO DEL HOSPITAL LA MISERICORDIA	Público	23/02/2023
CIRCASIA	LABORATORIO DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	Público	12/05/2023
CÓRDOBA	LABORATORIO DEL HOSPITAL SAN ROQUE	Público	30/11/2023
FILANDIA	LABORATORIO DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	Público	13/03/2023
LA TEBAIDA	LABORATORIO DEL HOSPITAL PIO X	Público	02/12/2023
PIJAO	LABORATORIO DEL HOSPITAL SANTA ANA	Público	30/11/2023
SALENTO	LABORATORIO DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	Público	26/09/2023
ARMENIA	SANIDAD POLICIA QUINDIO	Reg esp	30/03/2023
ARMENIA	LABORATORIO UNIVERSIDAD DEL QUINDIO	Privado	05/12/2023
ARMENIA	CLINICA DEL CAFÉ DUMIAN	Privado	12/09/2023
ARMENIA	LABORATORIO MARTHA LUCIA HOYOS	Privado	13/09/2023
LA TEBAIDA	LABORATORIO JAVIER MARIN	Privado	02/12/2023
QUIMBAYA	LABORATORIO CLÍNICO LAURA MARIA ROBLEDO	Privado	27/09/2023
ARMENIA	LABORATORIO CLÍNICO BATAILLON BASER 8	Privado	24/02/2023
FILANDIA	NARDELLI	Privado	26/09/2023
CIRCASIA	LA LIBERTAD	Privado	03/03/2023
CALARCÁ	DIALIZAR	Privado	07/12/2023
ARMENIA	ARCA	Privado	06/12/2023
MONTENEGRO	BIBIANA MAGALLY MEJIA	Privado	28/09/2023
QUIMBAYA	GLORIA TERESA CUARTAS	Privado	27/09/2023
ARMENIA	ISABEL CRISTINA JIMENEZ	Privado	06/12/2023
ARMENIA	JAZMIN LARA O NUBIA MARTINEZ	Privado	29/09/2023
ARMENIA	LABORATORIO GEMA	Privado	05/12/2023

3. Visitas de verificación de estándares de calidad de la Resolución 1619 de 2015, a la red de laboratorios.

LABORATORIO	FECHA DE VISITA	EQUIPO TÉCNICO
E.S.E PÍO TEBAIDA	27/03/2023	Equipo técnico personas.
E.S.E LA MISERICORDIA CALARCÁ	29/03/2023	Equipo técnico personas.
EMCA	04/09/2023	Equipo técnico aguas y alimentos
ONCÓLOGOS	11/09/2023	Equipo técnico personas.
SURA	18/09/2023	Equipo técnico personas.
DIAGNOSTICO VITAL	25/09/2023	Equipo técnico personas.
CDC	02/10/2023	Equipo técnico personas.
LA LIBERTAD	09/10/2023	Equipo técnico personas.
SENA - AGUAS	17/10/2023	Equipo técnico aguas y alimentos

Con el acumulado de las vigencias anteriores y las 9 visitas de verificación de los Estándares de Calidad de la Resolución 1619 de 2015, realizadas en la vigencia 2023, se alcanza una cobertura del 61% de la red de laboratorios del Quindío.

4. Evaluación Externa Directa e Indirecta del Desempeño (EEDD/EEID)

GOBIERNO DEL QUINDÍO

LABORATORIO	PRUEBA	ÁREA TÉCNICA
LABORATORIO CLINICO SISTEMATIZADO	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
DIAGNOSTICO VITAL	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
LABORATORIO CLÍNICO SAGRADA FAMILIA. COMFENALCO	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
FUNDACION SANITAS	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
SANIDAD POLICIA QUINDIO	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
LABORATORIO UNIVERSIDAD DEL QUINDIO	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
LABORATORIO CLINICA SAN RAFAEL	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
CLINICA DEL CAFÉ DUMIAN	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
LABORATORIO DE MARTHA LUCIA HOYOS	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
LABORATORIO DE JAVIER MARIN	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
LABORATORIO CENTRO DE DIAGNOSTICO CLINICO C.D.C.	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
LABORATORIO CARMENZA GOMEZ	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
LABORATORIO CLÍNICO LAURA MARIA ROBLEDI	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
LABORATORIO CLÍNICO BATALLON BASER 8	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
LABORATORIO CLINICO ANDINO	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
LABORATORIO CLÍNICO ANGEL CLINICA CENTRAL	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
ONCOLOGOS DE OCCIDENTE	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
NARDELLI	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
LA LIBERTAD	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
DIALIZAR	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
ARCA	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
DINÁMICA- AYUDAS DIAGNOSTICAS	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
LABORATORIO BIBIANA MAGALY	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
LABORATORIO GLORIA CUARTAS	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
LABORATORIO ISABEL CRISTINA	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
LABORATORIO NUBIA MARTINEZ	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
LABORATORIO CLINICO VALSALUD	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
LABORATORIO CLINICO CARINA PEREA	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
BANCO DE SANGRE HSJD	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
BANCO DE SANGRE CRUZ ROJA	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
IDIME NUEVA EPS	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
LABORATORIO GEMA	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
E.S.E Roberto Quintero	Malaria,Leishmania,Chagas	Parasitologia
Hospital La Misericordia	Malaria,Leishmania,Chagas	Parasitologia
Redsalud	Malaria,Leishmania,Chagas	Parasitologia
Laboratorio MLH	Malaria,Leishmania,Chagas	Parasitologia
E.S.E Hospital San Vicente de Paul Circasia	Malaria,Leishmania,Chagas	Parasitologia
Clinica Central del Quindio	Malaria,Leishmania,Chagas	Parasitologia
Clinica Sagrada Familia	Malaria,Leishmania,Chagas	Parasitologia
Sociomedico	Malaria,Leishmania,Chagas	Parasitologia
Sanitas	Malaria,Leishmania,Chagas	Parasitologia
clinica Dumian	Malaria,Leishmania,Chagas	Parasitologia
E.S.E Hospital San Vicente de Paul Genova	Malaria,Leishmania,Chagas	Parasitologia
E.S.E Hospital San Vicente de Paul Filandia	Malaria,Leishmania,Chagas	Parasitologia
IDIME	Malaria,Leishmania,Chagas	Parasitologia
Oncologos	Malaria,Leishmania,Chagas	Parasitologia
E.S.E Hospital San Roque Cordoba	Malaria,Leishmania,Chagas	Parasitologia
E.S.E Hospital Sagrado Corazon de Jesus	Malaria,Leishmania,Chagas	Parasitologia
Laboratorio sistematizado	Malaria,Leishmania,Chagas	Parasitologia
LABORATORIO DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
LABORATORIO DEL HOSPITAL LA MISERICORDIA	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
LABORATORIO DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
LABORATORIO DEL HOSPITAL SAN ROQUE	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
LABORATORIO DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
LABORATORIO DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
LABORATORIO DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
LABORATORIO DEL HOSPITAL PIO X	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
LABORATORIO DEL HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
LABORATORIO DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS	INFECCIOSAS	VIROLOGIA
LABORATORIO DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	INFECCIOSAS	VIROLOGIA

SALIDAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN VIGENCIA 2023.

A. La eficacia del sistema de gestión y de sus procesos.

- El enfoque a la mejora continua nos ha permitido llevar a cabo medidas que lleven a elevar de forma progresiva la calidad del Laboratorio, y la optimización de todos sus procesos, utilizando recursos que eleven su eficacia.
- El modelo de gestión por procesos mediante el cual se enfocan estos hacia una correcta determinación, planificación y atención de los requisitos con sus clientes, programando y llevando a cabo de manera ordenada los trabajos y los servicios.
- La participación del personal del Laboratorio que se involucra en el sistema como pilar vital para conseguir los objetivos estratégicos y los del sistema de gestión de calidad.

B. La mejora de las actividades del laboratorio relacionadas con el cumplimiento de los requisitos de la ISO/IEC 17025:2017.

La implementación de los requisitos de la ISO/IEC 17025:2017, nos ha permitido:

- A mejorar la calidad y la eficacia de las prácticas, los procesos y los sistemas de aseguramiento de la calidad del laboratorio.
- A establecer directrices y procedimientos que estén alineados con las Buenas Prácticas de Laboratorio.
- A aumentar el nivel de confianza de los grupos de valor y partes interesadas.
- A realizar el trabajo con énfasis en la gestión del riesgo.
- A disponer de un sistema de información alineado a los requisitos de la presente norma y las legales y reglamentarias que rigen a los Laboratorios de Salud Pública.

C. La provisión de los recursos requeridos

En el último trimestre de la vigencia 2023 la Coordinación del Laboratorio y su equipo de técnico de trabajo, realiza análisis de la necesidad de recursos para la vigencia 2023 y presenta ante la Secretaria de Salud propuesta que garantice el funcionamiento del Laboratorio en términos de calidad y eficiencia, así:

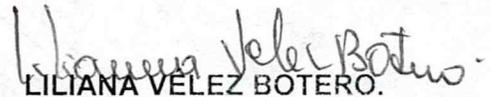
ACTIVIDAD	VALOR TOTAL RUBRO
Compra de reactivos, insumos y medios	\$ 360.000.000,00
Compra de equipos de laboratorio	\$ 70.000.000,00
	\$ 63.600.000,00
Realizar el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de laboratorio.	\$ 20.000.000,00
Realizar la calibración de los equipos del laboratorio	\$ 20.000.000,00
Desarrollo del proceso de traslado y reubicación de los equipos, unidades técnicas y operativas del laboratorio y unidades técnicas en desarrollo.	\$ 20.000.000,00
Realizar análisis de muestras de alimentos, aguas, bebidas alcohólicas que llegan al laboratorio en cumplimiento de la programación y las muestras para ETAS Y para la vigilancia de enfermedades de interés en salud pública	\$ 240.000.000,00
	\$ 215.214.717,06
Realizar evaluación externa indirecta de citologías de cuello uterino a los laboratorios de la red	\$ 40.000.000,00
Realizar la vigilancia entomológica en los municipios del departamento del Quindío.	\$ 40.000.000,00
Ejecutar el sistema de gestión de calidad y aseguramiento de metrología en el laboratorio de salud pública.	\$ 35.000.000,00
Realizar el acompañamiento en la implementación y desarrollo de los estándares de calidad y de los requisitos afines con las normas etc. iso/iec 17025:2017, etc. iso/ice 15189 y la etc./gp 1000	\$ 40.000.000,00
Realizar los servicios de apoyo a la gestión, administrativo y operativo para obtener los informes de resultados de los análisis del laboratorio	\$ 37.800.000,00
Realizar el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de laboratorio.	\$ 60.000.000,00
Realizar la calibración de los equipos del laboratorio	\$ 60.000.000,00
Desarrollo del proceso de traslado y reubicación de los equipos, unidades técnicas y operativas del laboratorio y unidades técnicas en desarrollo.	\$ 12.000.000,00
TOTAL	\$ 1.333.614.717,06

D. Necesidad de cambio para la vigencia 2023.

- Continuar con el proceso de implementación del software en los módulos de bitácora, validador y QAQC con el fin de buscar una manera ágil y completa de tener la información.
- El posible cambio de personal, debido a que la Comisión Nacional del Servicio Civil dio inicio al proceso de concurso de méritos para proveer cargos que se encontraban en provisionalidad en el LSPQ.
- Cambio en los objetivos estratégicos debido al nuevo plan de desarrollo por las elecciones de Gobernador para la vigencia 2023.
- Realizar la actualización del documento Manual de Bioseguridad código M-SSD-06, incluyendo los lineamientos del Manual de Bioseguridad Laboratorio 4 edición OMS.
- Continuar con la validación y la verificación de las técnicas analíticas utilizadas en el laboratorio.
- Aumentar el cálculo de la incertidumbre de los análisis que realiza el laboratorio.



CARLOS ALBERTO GOMEZ CHACÓN.
Secretario de Salud Departamental.
Gobernación del Quindío.



LILIANA VELEZ BOTERO.
P.U.
Coordinadora. L.S.P.Q.