

REPÚBLICA DEL PERÚ



## RESOLUCIÓN DIRECTORAL

San Martín de Porres, 16 de diciembre de 2019

Visto el expediente N°25743-2019, con el Informe N°715-SPC-DPCAP-HCH-2019, del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, el Informe Técnico N°110-OGC-2019-HCH, de la Oficina de Gestión de la Calidad, para la aprobación del Programa de Calidad del Servicio de Patología Clínica del Hospital Cayetano Heredia 2019-2021 del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, y;

### CONSIDERANDO:

Que, mediante el Título Preliminar de la Ley N°26842, Ley General de Salud establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. La protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, la Norma Técnica de Salud - NTS N°072-MINSA/DGSP V.01, fue aprobada mediante Resolución Ministerial N°627-2008/MINSA "Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Patología Clínica", la cual, tiene como finalidad mejorar la calidad de atención que se brinda en la Unidad Productora de Servicios (UPS) de Patología Clínica de los servicios de salud públicos y privados del Sector Salud;

Que, la Oficina de Gestión de la Calidad con el Informe Técnico N°110-OGC-2019-HCH, concluye que el Programa de Calidad del Servicio de Patología Clínica 2019-2021 busca brindar servicios de calidad y por ende la satisfacción del usuario interno y externo y recomienda aprobar con Resolución Directoral el citado programa;

Que, de acuerdo a la Resolución Ministerial 519-2006-MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de Calidad en Salud", el cual tiene por finalidad contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, por lo que en aras de mejorar la Calidad y Seguridad de la Atención del Paciente la Jefa de la Oficina de Gestión de Calidad presenta un Proyecto de Mejora, el cual beneficiará a los usuarios externos que acuden al Hospital;

Que, mediante Resolución Ministerial N°850-2016-MINSA del 28 de octubre del 2016, se aprueba las "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", estableciendo que la Norma Técnica de Salud (NTS), es el documento normativo de mayor jerarquía que emite el Ministerio de Salud y que regula los diferentes ámbitos de la Salud Pública, incluyendo la prevención, promoción, recuperación, rehabilitación y otros aspectos sanitarios en el marco de las funciones y competencias rectoras del MINSA. Las NTS establecen disposiciones sobre intervenciones, estrategias, objetivos, procesos tecnológicos, procedimientos y/o acciones que contribuyan a la mejor prestación de servicios en los establecimientos de salud, así como a mejorar la calidad y seguridad de las atenciones brindadas, en cumplimiento de disposiciones legales vigentes. También establecen regulaciones referidas a otros aspectos sanitarios en el ámbito del sector salud, en salvaguarda de la Salud Pública.



Que, estando a lo propuesto por la Jefa del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, con la recomendación de la Oficina de Gestión de la Calidad, y lo opinado por la Asesoría Jurídica en el Informe N°1320-2019-OAJ/HCH;

Con el visto de las Jefaturas del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica y de las Oficinas de Gestión de la Calidad y Asesoría Jurídica;

De conformidad, con lo dispuesto en el TUO de la Ley del Procedimiento Administrativo General N°27444 y las facultades previstas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia aprobado por Resolución Ministerial N°216-2007/MINSA;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.- APROBAR** el "PROGRAMA DE CALIDAD DEL SERVICIO DE PATOLOGIA CLÍNICA del Hospital Cayetano Heredia año 2019-2021, servicio que pertenece al Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, el cual se adjunta y forma parte de la presente Resolución.

**Artículo 2°.- ENCARGAR** al Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, adopte las acciones administrativas para el cumplimiento del programa aprobado con la presente Resolución.

**Artículo 3°.- DISPONER** que la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación de la presente Resolución en el portal de transparencia estándar del Hospital.

Regístrese y comuníquese



ACRPR/BATC/PDRG/pdrg  
OFCAP  
OAJ  
OGC  
OCDM

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ  
DIRECTORA GENERAL  
C.M.P. 23579 R.N.E. 9834



**PROGRAMA DE CALIDAD DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA DEL HOSPITAL  
CAYETANO HEREDIA**

**AÑO 2019 – 2021**

**I. INTRODUCCIÓN**

La vigilancia de la salud, el avance de la tecnología y los nuevos métodos diagnósticos hacen necesario un Programa de Sistema de Gestión de Calidad Permanente en el Servicio de Patología Clínica.

El Laboratorio brinda servicios de exámenes clínicos a pacientes ambulatorios, de hospitalización y emergencia en las Unidades de Hematología, Bioquímica, Microbiología e Inmunología. Los resultados de las distintas pruebas tienen que ser confiables y oportunos, es decir, clínicamente útiles, para el manejo adecuado del paciente.

Por estas razones, el concepto de calidad y todos los procesos relacionados a él, principalmente los procesos claves (pre analíticos, analíticos y post analíticos) imprescindibles y necesarios en el Laboratorio, la satisfacción del cliente y aquellos procesos de soporte y estratégicos vinculados a la calidad son vitales para establecer un Sistema de Gestión de Calidad.

El Laboratorio no solo se limita a proporcionar resultados confiables y oportunos a partir de muestras tomadas o recibidas, de acuerdo a procedimientos estandarizados; si no también orienta al clínico en el tratamiento y seguimiento del paciente, así como, a tomar las medidas preventivas necesarias.

La implementación del Sistema de Gestión de Calidad surge como una estrategia válida para asegurar el correcto cumplimiento de las funciones.

Con este programa del Sistema de Gestión de Calidad se busca alcanzar a nivel del paciente mayor confianza y satisfacción en el servicio; a nivel del recurso humano, mayor conocimiento de los procesos, incremento de la motivación y el compromiso; así como, alcanzar el desarrollo profesional. En el Laboratorio generará procesos controlados, incremento de la eficiencia, mejora de la productividad, reducción de costos, mejora el posicionamiento del Laboratorio y reconocimiento.

**II. FINALIDAD**

- Optimizar el Sistema de Gestión de Calidad en el Servicio de Patología Clínica del Hospital Cayetano Heredia.



### III. OBJETIVOS

- Mejorar los procesos claves del Servicio de Patología Clínica.
- Mejorar las competencias para el desarrollo individual y organizacional.
- Gestionar el sistema con un enfoque en procesos.

### IV. BASE LEGAL

- RM N° 627 – 2008/MINSA, que aprueba la NTS 072 Minsa/DGSP V.01 Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Patología.
- RM N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

### V. ALCANCE

El alcance del Programa de Calidad aplica para todo el personal que labora en el Servicio de Patología Clínica del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica.

### VI. CONTENIDO

#### 6.1 Definiciones

- Procesos clave: son los procesos necesarios para la prestación del servicio.
- Control de Calidad: es el conjunto de actividades y mecanismos por el cual se controla y vigila el cumplimiento de los requisitos de calidad.
- Control de calidad externo: programas de comparación interlaboratorio orientados al monitoreo de la exactitud de los métodos en los laboratorios clínicos.

#### 6.2 Diagnóstico Situacional

- Uno de los problemas identificados en el Laboratorio es la falta de actualización de procedimientos documentados como los procedimientos pre analíticos y procedimientos analíticos necesarios para la estandarización del trabajo en el Laboratorio y de esta manera disminuir errores, proveer uniformidad, consistencia y confianza en cada una de las áreas del Laboratorio; lo que genera resultados confiables y oportunos.
- Insatisfacción del usuario en el Laboratorio

Un problema que se observa en el Laboratorio es la insatisfacción del usuario en relación al trato del paciente, demora en el Área de Desglose y Toma de Muestra de Consulta Externa, en la entrega de resultados y la falta de reactivos.



- Competencias limitadas

En el Laboratorio como parte de la mejora continua se desarrolla un Programa de Educación continua con lo cual se trata de mejorar las competencias del desarrollo del personal y de la institución.

- Limitado compromiso del personal

Otro problema que todavía persiste es el limitado compromiso del personal, generado por una falta de sensibilización del personal hacia el Sistema de Gestión de Calidad.

### 6.3 Aspectos de la Calidad en el Servicio de Patología Clínica

El Servicio de Patología Clínica cuenta con tres procesos clave: Proceso Pre Analíticos, Analíticos y Post Analíticos.

El Proceso Pre Analítico tiene como elemento de entrada la solicitud de exámenes de laboratorio y como elemento de salida la muestra; este proceso se inicia con la solicitud de exámenes, incluye las instrucciones de los análisis solicitados, la preparación del paciente, la toma de muestra, la recolección de la muestra, la recepción de la muestra y el transporte hacia y dentro del laboratorio y termina cuando el procedimiento del ensayo analítico se inicia.

El Proceso Analítico es aquel proceso en el que se realiza los procesos de análisis aplicando un método analítico adecuado. En este proceso ocurren factores que deben ser controlados para asegurar la calidad de las medidas realizadas; para lo cual es necesario un control de los sistemas analíticos, de las especificaciones técnicas, de las calibraciones o verificaciones. Así mismo, es importante la metodología analítica, el cual debe ser minuciosamente establecido, los reactivos empleados, el proceso de calibración o verificación, los controles de calidad interno y externo.

El Proceso Post Analítico es el proceso subsiguiente al análisis incluyendo revisiones sistemáticas y su interpretación, emisión, reporte y transmisión de resultados, almacenamiento de las muestras analizadas. Este proceso muestra los resultados obtenidos y se especifican en el informe de laboratorio. Los resultados se registran en los formatos establecidos por el Laboratorio y se encuentran registrados en el Sistema de Gestión de Laboratorio.



Así mismo, otro aspecto importante para la calidad en el Laboratorio es el recurso humano, el cual debe ser competente en base a educación, formación, habilidades y experiencia. Se cuenta con personal Médico Patólogo Clínico, Tecnólogo Médico, Biólogo, personal Técnico de Laboratorio y personal Técnico Administrativo.

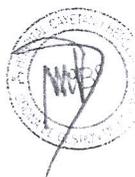
Gestionar el sistema con un enfoque en procesos, es fundamental en la mejora de la calidad del Laboratorio, al optimizar y correlacionar con otros procesos.

Los indicadores relacionados a los aspectos de procesos clave, recurso humano y el enfoque en procesos se encuentran en el Anexo 1.

#### **VII. RESPONSABILIDAD**

Todo el personal del Servicio de Patología Clínica es responsable de cumplir con el Programa de Calidad; en el anexo 1 se especifica la responsabilidad de cada actividad a desarrollarse.

#### **VIII. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES Y MONITOREO DEL PROGRAMA (ANEXO 1)**



VI. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES Y MONITOREO DEL PROGRAMA - INDICADORES (ANEXO 1)

OBJETIVOS	ACTIVIDAD A DESARROLLAR	TAREAS ASOCIADAS	UNIDAD DE MEDIDA	Indicadores	META TOTAL A EJECUTAR	PROGRAMADO 2019					
						O	N	D	E	F	M
Mejorar los procesos claves del Servicio de Patología Clínica	Proceso Pre Analítico y Post Analítico	Elaboración del Manual de Bioseguridad, Calidad en el Servicio de Patología Clínica	manual	Número de manuales elaborados	2	1	0	0	0	0	0
		Elaboración de Procedimientos Pre Analíticos de la Unidad de Bioquímica	procedimientos	N° Procedimientos Pre Analítico de Bioquímica elaborados	2	0	0	0	0	0	0
		Elaboración de Procedimientos Pre Analíticos de la Unidad de Hematología	procedimientos	N° Procedimientos Pre Analítico de Hematología elaborados	2	0	0	0	0	0	0
		Elaboración de Procedimientos Pre Analíticos de la Unidad de Inmunología	procedimientos	N° Procedimientos Pre Analítico de Inmunología elaborados	4	0	0	0	0	0	0
		Elaboración de Procedimientos Pre Analíticos de la Unidad de Microbiología	procedimientos	N° Procedimientos Pre Analítico de Inmunología elaborados	3	0	0	0	0	0	0
		Encuesta de Satisfacción de Usuario Externo	encuesta	% Satisfacción de Usuario Externo/Año.	2	0	0	0	0	0	0
	Proceso Analítico	Elaboración de Procedimientos Analíticos de la Unidad de Bioquímica	procedimientos	N° Procedimientos analíticos de Bioquímica elaborados	10	6	0	0	0	0	0
		Elaboración de Procedimientos Analíticos de la Unidad de Hematología	procedimientos	N° Procedimientos analíticos de Hematología elaborados	3	0	0	0	0	0	0
		Elaboración de Procedimientos Analíticos de la Unidad de Inmunología	procedimientos	N° Procedimientos analíticos de Inmunología elaborados	6	4	0	0	0	0	0
		Elaboración de Procedimiento Analíticos de la Unidad de Microbiología	procedimientos	N° Procedimientos analíticos de Microbiología elaborados	5	0	0	0	0	0	0
		Registro del Control de Calidad Interno	registro	N° documentos de control de calidad interno	27	1	1	1	1	1	1
		Registro de Calibraciones	registro	N° de calibraciones realizadas	27	1	1	1	1	1	1
Mejorar las competencias para el desarrollo individual y organizacional	Mejora del potencial del Recurso Humano	Registro de Quejas y no conformidades	documentos	Número de quejas	27	1	1	1	1	1	1
		Programa de Educación Permanente en Salud	documento	Número de programas de EPS	2	0	0	0	0	0	1
		Encuesta de satisfacción de Usuario Interno	encuesta	% Satisfacción del Usuario Interno	3	0	0	1	0	0	0
Gestionar el sistema con un enfoque en procesos	Mejora de Procesos en Laboratorio	Elaboración del Programa de Calidad del Servicio de Patología Clínica	documento	Número de documentos	1	0	1	0	0	0	0
		Inventario de equipos propios y en cesion en uso	documentos	Número de documentos	3	1	0	0	0	0	0
		Programa de Mantenimiento Preventivo de Equipos Propios	documento	Número de documentos	2	0	0	0	0	0	1
		Registro de Mantenimiento Preventivo de Equipos Biomédicos Propios	informes	N° equipos biomédicos propios con mantenimiento preventivo	3	0	0	1	0	0	0
		Registro de Mantenimiento Preventivo de Equipos Biomédicos de Cesión en Uso	informes	N° equipos biomédicos de cesión en uso con mantenimiento preventivo	3	0	0	1	0	0	0
		Registro de Accidentes Punzo Cortantes y Exposición a Fluidos	registro	Número de Accidentes punzo cortantes y exposición a fluidos	27	1	1	1	1	1	1



CANTIDAD PROGRAMADA																				Responsable	
PROGRAMADO - 2020										PROGRAMADO - 2021											
A	M	J	J	A	S	O	N	D		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O		N
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Jefe de Departamento, Unidades y Calidad
0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	Jefe Unidad de Bioquimica
0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Jefe Unidad de Microbiologia
0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	Jefe Unidad de Inmunologia
0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	Jefe Unidad Hematologia
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	Oficina de Calidad del HCH
0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	Jefe Unidad Bioquimica
0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Jefe Unidad Hematologia
0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	Jefe Unidad Inmunologia
0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	Jefe Unidad Microbiologia
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Jefes de Unidades
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Jefes de Unidades
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Jefes de Unidades
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Jefatura de Departamento
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Calidad - Jefatura de Departamento
0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Oficina de Calidad del HCH
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Jefe de Departamento - Calidad
0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	Jefes de Unidades
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Oficina de SSGG- Biomédicos
0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Jefes de Unidades
0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Jefes de Unidades
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Jefe de Departamento, Unidades y Calidad

