

Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 21 de julio de 2023.

VISTOS: El Informe N° 525-2023-DIRESA-HRM/05 emitido el 18 de julio de 2023 por la Unidad de Gestión de la Calidad, el Informe N° 725-2023-DIRESA-HRM-03 emitido el 16 de junio de 2023 por la Jefatura de Oficina de Planeamiento Estratégico, el Informe N° 161-2023-DIRESA-HRM/03-0/PLAN emitido el 16 de junio de 2023 por la Responsable del Área de Planeamiento, el Informe N° 0401-2023-DPTO-PCL-DIRESA-HRM/19 emitido el 07 de junio de 2023 por el Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, el Informe N° 117-2023-PCL-DIRESA-HRM/19.1 emitido el 26 de mayo de 2023 por el Servicio de Laboratorio, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 0101-2011-GR/MOQ, del 15 de febrero del 2011, se resuelve crear la Unidad Ejecutora 402 Hospital Regional de Moquegua, en el Pliego N° 455 Gobierno Regional del Departamento de Moquegua, para el logro de objetivos y la contribución de la mejora de la calidad y cobertura del servicio público de salud y que por la función relevante la administración de la misma requiere independencia para garantizar su operatividad, teniendo como representante legal a su director;

Que, los numerales I, II, y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, siendo la protección de la salud de interés público; por lo tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla. En consecuencia, es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, con Resolución Ministerial N° 627-2008/MINSA se aprueba la NTS N° 072-MINSA/DGSP-V.01. "Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Patología Clínica", la misma que tiene por objetivo establecer los criterios para la organización y el funcionamiento de la UPS de Patología Clínica, de los servicios de salud públicos y privados para una adecuada gestión en la misma; asimismo, establece los **Indicadores de Calidad de la UPS de Patología Clínica**, siendo los indicadores los siguientes: 1. Registro de pedido de análisis. 2. Toma de muestra. 3. Proceso analítico. 4. Resultados de interpretación/opinión diagnóstica. 5. Transcripción de resultados. 6. Porcentaje de satisfacción del usuario externo e interno. Así como los **Indicadores de Gestión de la UPS de Patología Clínica**: i. N° de exámenes de laboratorio procesados en un periodo dado. ii. Porcentaje de exámenes de laboratorio atendidos por servicio solicitante (hospitalización, consulta externa y emergencia). iii. Porcentaje de exámenes de laboratorio atendidos según área (Bioquímica, Microbiología, Inmunología, Hematología, Banco de Sangre y Hemoterapia). iv. Porcentaje de exámenes de laboratorio atendidos extramuros (derivados de otras instituciones). v. Porcentaje de solicitudes de exámenes de laboratorio por servicio atendidas (hospitalización, consulta externa y emergencia). vi. Porcentaje de exámenes no informados en tiempo previsto, al servicio solicitante. vii. Rendimiento hora – laboratorista (individual, de grupo o área). viii. Porcentaje de exámenes de laboratorio sin resultado por error técnico (procesados o no procesados);

Que, mediante la Norma NTP-ISO 15189-2014, se establece los requisitos para la calidad y particular competencia de los laboratorios clínicos;

Que, mediante Resolución Ejecutiva Directoral N° 174-2016-DRSM-UEHRM/DE, se aprueba el esquema para elaborar planes de las Unidades Orgánicas del Hospital Regional de Moquegua;

Que, a través de Informe N° 117-2023-PCL-DIRESA-HRM/19.1 de fecha 26 de mayo de 2023, el Servicio de Laboratorio, eleva ante el Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, el proyecto subsanado de "Plan de Implementación de indicadores de calidad del Servicio de Laboratorio", a fin de que sea derivado a la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Moquegua, para su revisión y aprobación con Resolución Ejecutiva Directoral;

Que, el "Plan de Implementación de indicadores de calidad del Servicio de Laboratorio", tiene como finalidad contribuir e identificar las debilidades y desviaciones que se van presentando en cualquier etapa del desarrollo de los



Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 21 de julio de 2023.

análisis clínicos que se realizan en el laboratorio del Hospital Regional de Moquegua que permitan la mejora de la calidad de atención del usuario interno y externo;

Que, con Informe N° 0401-2023-DPTO-PCL-DIRESA-HRM/19 de fecha de recepción 07 de junio de 2023, el Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, remite el "Plan de Implementación de indicadores de calidad del Servicio de Laboratorio", corregido a la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Moquegua, para su aprobación;

Que, con Informe N° 161-2023-DIRESA-HRM/03-0/PLAN de fecha 16 de junio de 2023, la responsable del Área de Planeamiento, evalúa la propuesta y emite opinión técnica favorable al "**Plan de Implementación de indicadores de calidad del Servicio de Laboratorio - 2023**", indicando que el plan se elaboró con los contenidos mínimos que establece la Resolución Ejecutiva Directoral N° 174-2016-DRSM-UEHRM/DE que aprueba el esquema para elaborar planes de las Unidades Orgánicas; señala que una vez aprobado este debe ser monitoreado y evaluado por la Jefatura de la Unidad Estructural que propone el plan;

Que, a través de Informe N° 725-2023-DIRESA-HRM-03 de fecha de recepción 19 de junio de 2023, la Oficina de Planeamiento Estratégico, otorga visto bueno al "**Plan de Implementación de indicadores de calidad del Servicio de Laboratorio - 2023**", y requiere a la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Moquegua, aprobarlo mediante acto resolutivo;

Que, con Informe N° 525-2023-DIRESA-HRM/05 de fecha 18 de julio de 2023, la Unidad de Gestión de Calidad, otorga el visto bueno al "**Plan de Implementación de indicadores de calidad del Servicio de Laboratorio - 2023**", e indica que se ha elaborado conforme a la Resolución Ministerial N° 627-2008/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 072-MINSA/DGSP.V.01 "Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Patología Clínica", por lo que concluye se continúe con el trámite de aprobación;

Contando con el visto bueno de la Oficina de Planeamiento Estratégico, la Unidad de Gestión de la Calidad, el Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica y con el proveído de Dirección Ejecutiva, que dispone la emisión del acto resolutivo.

En atención a la Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización y en uso de las atribuciones conferidas en el inciso c) del Artículo 8° del Reglamento de Organización y Funciones (R.O.F.) del Hospital Regional de Moquegua aprobado con Ordenanza Regional N° 007-2017-CR/GRM;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el "**PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD DEL SERVICIO DE LABORATORIO - 2023**" del Hospital Regional De Moquegua, el cual consta de veintinueve (29) folios y forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- ENCARGAR a la Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica / Servicio de Laboratorio, la difusión, monitoreo y evaluación del plan aprobado con la presente resolución.

Artículo 3°.- REMÍTASE copia a la Unidad de Estadística e Informática, para su respectiva publicación en la página web Hospital Regional de Moquegua (www.hospitalmoquegua.gob.pe).

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.

IEIMP/DIRECCIÓN
JLRV/AL
(01) O. ADMINISTRACION
(01) O. PLANEAMIENTO
(01) DPTO. PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA
(01) SERVICIO DE LABORATORIO
(01) U.G.C
(01) ESTADÍSTICA
(01) ARCHIVO



HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA


M.E. IDANIA EDITH MAMANI PILCO
C.N.P. 53129 R.M.E. 042740
DIRECTORA EJECUTIVA



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD



PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD

SERVICIO DE LABORATORIO

Edición N° 01

PLAN DE IMPLEMENTACION DE INDICADORES DE CALIDAD DEL SERVICIO DE LABORATORIO

HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA



	ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
NOMBRE Y CARGO	DR. RONAL SEBASTIAN IQUIAPAZA FUENTES PATÓLOGO CLÍNICO	DR. GERMAN OCAMPO PAREDES JEFE DE DPTO. PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA.	HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA M.E. IDANIA EDITH MAMANI PILCO C.M.P. 53129 P.N.E. 042740 DIRECTORA EJECUTIVA
FECHA	2023	2023	



MOQUEGUA, 2023

I. INTRODUCCION

Según la OMS, calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado y ya que la atención en salud tiene tres componentes que son: la atención técnica, el manejo de las relaciones interpersonales y el ambiente en el que se lleva a cabo el proceso, es de suma importancia evaluar el desempeño de estos componentes a través de la valoración de la estructura. Procesos y resultado para cumplir el objetivo de una alta calidad sanitaria para reconocer los puntos de quiebre que requieran modificaciones para adecuar la atención a los criterios y normas de calidad, basadas en el Sistema de Gestión de LA Calidad, por ello la importancia de su implementación y de cada uno de sus componentes como lo son la evaluación de los Indicadores de Calidad, por ello la importancia de su implementación y de cada uno de sus componentes como lo son la evaluación de los indicadores de Calidad. Estos Indicadores de Calidad están sujetos al comportamiento en las etapas del Registro de pedido de análisis, Toma de muestras, Procesamiento (Técnica, Método normatizado, calibración, equipos, Materiales e insumos), Resultados, interpretación diagnóstica, transcripción de resultados y satisfacción del usuario.

Todos estos parámetros influyen en los atributos de exactitud, precisión, sensibilidad, especificidad y plausibilidad del resultado.

Los indicadores de Calidad son instrumentos de medida que nos ayudan a medir el grado de cumplimiento de la calidad de las actividades que se realizan en el Servicio de Laboratorio y los resultados de su evaluación nos ayudan a analizar e interpretar los fenómenos que suceden en el servicio, detectando las desviaciones negativas del servicio prestado con la finalidad de tomar acciones que puedan corregirlas.

El servicio de Laboratorio del Hospital Regional de Moquegua debe implementar los Indicadores de la Calidad que junto a las Auditorías Internas y externas y los Registros de Control y Supervisión forman parte del Plan de Mejoramiento Continuo de la Calidad para lograr los objetivos de nuestra Política de Calidad

II. BASE LEGAL

- Ley N° 26482 "Ley General de Salud"
- Decreto Supremo N°013-2006-SA, que aprueba el "Reglamento de Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo"
- Resolución Ministerial N°769-2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Categorías de Establecimientos del Sector SALUD.
- Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD".

- Resolución Ministerial N° 627-2008/MINSA, que aprueba la NTS N°072-MINSA/DGSP.V.01, "Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Patología Clínica" /
- Resolución Ministerial N°572-2011/MINS, que aprueba la Directiva Administrativa N° 182-MINSA/DGSP-V-01 "Directiva Administrativa de Monitoreo del Desempeño de la Gestión de Establecimientos de Salud de I, II y III Nivel de atención /
- Resolución Ministerial N°527-2011/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo". /

III. FINALIDAD

Contribuir e identificar las debilidades y desviaciones que se van presentando en cualquier etapa del desarrollo de los análisis clínicos que se realizan en el laboratorio del Hospital Regional de Moquegua que permitan la mejora de la calidad de atención del usuario interno y externo.

IV. OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECIFICOS

• OBJETIVOS GENERALES

Contribuir a garantizar el proceso de evaluación y por lo tanto a la toma de decisiones y la mejora continua de la calidad de atención, mediante la implementación de indicadores de calidad para el cumplimiento de la normatividad en el laboratorio del Hospital Regional de Moquegua.

• OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar y oficializar los indicadores de Calidad del Servicio de Laboratorio del Hospital Regional de Moquegua
2. Aplicar los Indicadores de Gestión en el Servicio de Laboratorio para que a partir de su implementación permitan tomar acciones correctivas a partir de a medición de los resultados.

V. RESPONSABLES

N°	Apellidos y Nombres	Cargo	Correo electrónico	Teléfono
1	Cuba Urday Percy Jesús	Médico	percycubalab@gmail.com	949799671
2	Ticona Ramos Ana Cecilia	Bióloga	ana.ticona1803@gmail.com	952240092
3	Mamani Mamani Lina	Bióloga	linavirginia27@gmail.com	947687492




4	Araoz Mamani Yaneth	Bióloga	yanethara0256@gmail.com	944197754
5	Liendo Aguirre Guillermo	Biólogo	guillermoliendo13@gmail.com	979366649

VI. CARACTERIZACIÓN DEL PLAN

6.1. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES

La calidad en el laboratorio clínico es primordial para evitar errores diagnósticos y de esa manera garantizar la seguridad del paciente. Por ello es de suma importancia establecer los procedimientos de medida con el fin de reducir errores.

Diferentes estudios indican que los errores analíticos representan <10% de todos los errores y los errores preanalíticos representan el 70% de todos los errores del laboratorio clínico.

En nuestro servicio no se cuenta con un registro de indicadores de la calidad, es por ello que es necesario la implementación de un adecuado registro de indicadores de la calidad del laboratorio.

6.2. PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES

e. Definiciones operativas

- Laboratorio clínico: Laboratorio destinado a realizar análisis biológicos, microbiológicos, inmunológicos, químicos, inmunohematológicos, hematológicos, biofísicos, citológicos, patológicos, genéticos u otros análisis de muestra obtenidas del cuerpo humano con el fin de proveer información para el diagnóstico, gestión, prevención y tratamiento de la enfermedad o evaluación de la salud en las personas y que puede proporcionar servicios de asesoramiento consultivo que cubra todos los aspectos de investigación del laboratorio, incluyendo la interpretación de los resultados y las recomendaciones sobre investigación adicional apropiada.
- Proceso post-analíticos (fase post analítica): Procesos que siguen al análisis, incluyen la revisión de los resultados, retención y almacenamiento del material clínico, disposición de la muestra (y desecho) y formateo, emisión, informe y retención de los resultados de los análisis.
- Procesos preanalíticos (fase pre-analítica): Procesos que se inician, en orden cronológico, desde la solicitud del médico e incluyen la solicitud de análisis, preparación e identificación del paciente, toma de muestra(s) primaria (s) transporte hacia y dentro del laboratorio y terminan cuando se inicia el análisis.

- Proceso: Conjunto de actividades mutuamente relacionada o que interactúan las cuales transforman elementos de entrada en elementos de salida.
- Calidad. Según la Norma ISO 9000. "la calidad es el grado en el que un conjunto de características inherentes a un objeto (producto, servicio, proceso, persona, organización, sistema o recurso) cumple con los requisitos.
- Indicador de calidad: medida del grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.
- Sistema de gestión de la calidad: sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.
- Política de la calidad. intenciones y orientación globales de un laboratorio relativas a la calidad expresada formalmente por la dirección del laboratorio.
- Verificación: confirmación, mediante la aportación de evidencia objetiva, de que se han cumplido los requisitos especificados.
- Necesidades de los usuarios. La dirección del laboratorio debe asegurar que los servicios del laboratorio, incluyendo los servicios de interpretación y asesoría adecuados, satisfagan las necesidades de los pacientes y de aquellos que se utilizan los servicios de laboratorio.
- Usuario. Persona que utiliza los productos o servicios que brindan los establecimientos y servicios médicos de apoyo.

e. Priorización de necesidades del Plan.

Alcance de la Norma Técnica N° 072-2008 MINSA/DGSP V.01 para conocimiento del personal de Laboratorio Clínico.

Evaluación de los Indicadores de la calidad según Norma Técnica N° 072-2008 MINSA/DGSP V.01 indica que la búsqueda de la calidad de un análisis clínico es compleja y está sujeta al comportamiento observado en cada una de las siguientes etapas según se detalla a continuación:

a. REGISTRO DEL PEDIDO DE ANÁLISIS DE LABORATORIO
a.1. PORCENTAJE DE TRANSCRIPCIÓN ERRÓNEA DE LAS SOLICITUDES DE ANÁLISIS

NOMBRE	% DE TRANSCRIPCIÓN ERRÓNEA DE LAS SOLICITUDES DE ANÁLISIS
CATEGORÍA	Proceso
JUSTIFICACION	La transcripción errónea de las solicitudes, genera errores en la fase preanalítica y consecuencia de ello resultados erróneos, lo cual perjudica al paciente
OBJETIVO	Asegurar el correcto llenado del pedido de análisis para evitar resultados erróneos
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje



NUMERADOR	N° de transcripción errónea de solicitudes x 100
DENOMINADOR	N° total de solicitudes
UMBRAL	≤ 1%
FUENTE DE DATOS	Registro de indicadores de la calidad
TECNICA DE RECOLECCION	Revisión de registro de datos de indicadores de la calidad
Muestra	Obtenida mediante fórmula de cálculo de porcentaje para investigación descriptiva, aceptando un error de 5% y un nivel de confianza del 95%
PERIODICIDAD DE MEDICION	Mensual
UNIDAD RESPONSABLE	Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad

a.2 PORCENTAJE DE SOLICITUDES CON DATOS INCOMPLETOS

NOMBRE	% DE SOLICITUDES CON DATOS INCOMPLETOS
CATEGORIA	Proceso
JUSTIFICACION	Brindar información correcta y precisa sobre las pruebas de las pruebas a realizarse, así como evitar errores en la fase pre-analítica con respectó al llenado apropiado de las solicitudes de exámenes con el fin de entregar resultados congruentes con la clínica del paciente
OBJETIVO	Evaluar la calidad de registro de pedido de análisis en formato de laboratorio del Hospital Regional Moquegua, de forma que permita reconocer errores oportunamente y tomar decisiones para minimizarlos.
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	N° de solicitudes de datos incompletas x 100
DENOMINADOR	N° total de solicitudes
UMBRAL	≤ 5%
FUENTE DE DATOS	Registro de indicadores de la calidad
TECNICA DE RECOLECCION	Revisión de registro de datos de indicadores de la calidad
Muestra	Obtenida mediante fórmula de cálculo de porcentaje para investigación descriptiva, aceptando un error de 5% y un nivel de confianza del 95%




PERIODICIDAD DE MEDICION	Mensual
UNIDAD RESPONSABLE	Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad

b. TOMA DE MUESTRAS

b.1 PORCENTAJE DE RECOLECCIÓN INAPROPIADA DE ESPECÍMENES

NOMBRE	% DE RECOLECCIÓN INAPROPIADA DE ESPECÍMENES
CATEGORIA	Proceso
JUSTIFICACION	Brindar información correcta y precisa sobre la recolección apropiada de los diferentes especímenes, así evitar errores en la fase pre-analítica.
OBJETIVO	Disminuir el rechazo de muestras y evitar el retraso en el reporte de resultados
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	N° de recolección inapropiada de especímenes x 100
DENOMINADOR	N° total de recolección de especímenes
UMBRAL	≤ 3%
FUENTE DE DATOS	Registro de indicadores de la calidad
TECNICA DE RECOLECCION	Revisión de registro de datos de indicadores de la calidad
Muestra	Obtenida mediante fórmula de cálculo de porcentaje para investigación descriptiva, aceptando un error de 5% y un nivel de confianza del 95%
PERIODICIDAD DE MEDICION	Mensual
UNIDAD RESPONSABLE	Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad

b.2 PORCENTAJE DE VENOPUNTURAS INNECESARIAS

NOMBRE	% DE VENOPUNTURAS INNECESARIAS
CATEGORIA	Proceso



JUSTIFICACION	Los laboratorios clínicos deben de disponer de un sistema para asegurar la calidad de atención que brinda a los usuarios Contribuir a garantizar la seguridad de los usuarios durante el procedimiento de toma de muestras de sangre
OBJETIVO	Contribuir a lograr una correcta y segura extracción de muestras, por medio de la identificación y reducción de errores en ese proceso.
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	N° de venopunturas innecesarias x 100
DENOMINADOR	N° total de venopunturas
UMBRAL	≤ 3%
FUENTE DE DATOS	Registro de indicadores de la calidad
TECNICA DE RECOLECCION	Revisión de registro de datos de indicadores de la calidad
muestra	Obtenida mediante fórmula de cálculo de porcentaje para investigación descriptiva, aceptando un error de 5% y un nivel de confianza del 95%
PERIODICIDAD DE MEDICION	Mensual
UNIDAD RESPONSABLE	Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad

b.3 PORCENTAJE DE INCIDENTES CON LOS PACIENTES

NOMBRE	% DE INCIDENTES CON LOS PACIENTES
CATEGORIA	Proceso
JUSTIFICACION	Asegurar un adecuado flujo de los pacientes desde la admisión del mismo hasta su retiro es de suma importancia para mejorar la calidad de atención.
OBJETIVO	Mejorar la calidad de atención con el paciente
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	N° de incidentes con los pacientes x 100
DENOMINADOR	N° total de atención de pacientes
UMBRAL	Por definir
FUENTE DE DATOS	Registro de indicadores de la calidad

TECNICA DE RECOLECCION	Revisión de registro de datos de indicadores de la calidad
Muestra	Obtenida mediante fórmula de cálculo de porcentaje para investigación descriptiva, aceptando un error de 5% y un nivel de confianza del 95%
PERIODICIDAD DE MEDICION	Mensual
UNIDAD RESPONSABLE	Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad

b.4 PORCENTAJE DE ESPERA PROLONGADA DE PACIENTES AMBULATORIOS Y HOSPITALIZADOS

NOMBRE	% DE ESPERA PROLONGADA DE PACIENTES AMBULATORIOS Y HOSPITALIZADOS
CATEGORIA	Proceso
JUSTIFICACION	Los exámenes solicitados de los pacientes tienen indicaciones respecto a la toma de la muestra, que implica el tiempo para la toma o recolección del espécimen a procesar, lo cual refleja un resultado de calidad.
OBJETIVO	Disminuir el tiempo de espera para la toma de muestra y en consecuencia un resultado en tiempo oportuno
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	N° de pacientes con espera prolongada de paciente hospitalizados y ambulatorios x 100
DENOMINADOR	N° total de atención de pacientes hospitalizados y ambulatorios
UMDRAL	Por definir
FUENTE DE DATOS	Registro de indicadores de la calidad
TECNICA DE RECOLECCION	Revisión de registro de datos de indicadores de la calidad
Muestra	Obtenida mediante fórmula de cálculo de porcentaje para investigación descriptiva, aceptando un error de 5% y un nivel de confianza del 95%
PERIODICIDAD DE MEDICION	Mensual
UNIDAD RESPONSABLE	Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad



9

b.5 PORCENTAJE DE MUESTRAS PERDIDAS

NOMBRE	% DE MUESTRAS PERDIDAS
CATEGORIA	Proceso
JUSTIFICACION	La pérdida de muestras produce un retraso en los procesos de laboratorio, por lo cual se debe realizar un registro adecuado de las mismas
OBJETIVO	Disminuir la cantidad de muestras perdidas
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	N° de muestras perdidas x 100
DENOMINADOR	N° total de muestras
UMBRAL	Por definir
FUENTE DE DATOS	Registro de indicadores de la calidad
TECNICA DE RECOLECCION	Revisión de registro de datos de indicadores de la calidad
Muestra	Obtenida mediante fórmula de cálculo de porcentaje para investigación descriptiva, aceptando un error de 5% y un nivel de confianza del 95%
PERIODICIDAD DE MEDICION	Mensual
UNIDAD RESPONSABLE	Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad

b.6 PORCENTAJE DE ROTULACIÓN INADECUADA

NOMBRE	% DE ROTULACIÓN INADECUADA
CATEGORIA	Proceso
JUSTIFICACION	Garantizar el correcto y seguro procesamiento de las muestras extraídas para que permita la utilización eficiente de los recursos con la finalidad de reducir los costos que provoca la no calidad en el proceso de toma de muestras y rotulación
OBJETIVO	Disminuir reportes de resultados erróneos del paciente
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	N° de muestras perdidas x 100



 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD 	PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD	Edición N° 01
	SERVICIO DE LABORATORIO	

DENOMINADOR	N° total de muestras
UMBRAL	≤ 3%
FUENTE DE DATOS	Registro de indicadores de la calidad
TECNICA DE RECOLECCION	Revisión de registro de datos de indicadores de la calidad
Muestra	Obtenida mediante fórmula de cálculo de porcentaje para investigación descriptiva, aceptando un error de 5% y un nivel de confianza del 95%
PERIODICIDAD DE MEDICION	Mensual
UNIDAD RESPONSABLE	Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad

b.7 PORCENTAJE DE INCUMPLIMIENTO DE ÓRDENES DE ANÁLISIS EMERGENCIA

NOMBRE	% DE INCUMPLIMIENTO DE ÓRDENES DE ANÁLISIS DE EMERGENCIA
CATEGORIA	Proceso
JUSTIFICACION	El área de emergencia siendo un área crítica requiere una respuesta oportuna para una adecuada y pronta atención del paciente por lo que laboratorio de emergencia debe garantizar el cumplimiento de los análisis solicitados.
OBJETIVO	Aplicar medidas correctivas para una atención oportuna de una emergencia
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	N° de incumplimiento de ordenes análisis de EMG x 100
DENOMINADOR	N° total de órdenes de análisis de emergencia
UMBRAL	Por definir
FUENTE DE DATOS	Registro de indicadores de la calidad
TECNICA DE RECOLECCION	Revisión de registro de datos de indicadores de la calidad
Muestra	Obtenida mediante fórmula de cálculo de porcentaje para investigación descriptiva, aceptando un error de 5% y un nivel de confianza del 95%
PERIODICIDAD DE MEDICION	Mensual



9

UNIDAD RESPONSABLE	Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad
--------------------	--

b.8 PORCENTAJE PRUEBAS NO REALIZADAS

NOMBRE	% DE PRUEBAS NO REALIZADAS
CATEGORIA	Proceso
JUSTIFICACION	Contribuir a evaluar la eficacia y logro de metas establecidas evitando la demanda insatisfecha de pruebas de laboratorio para garantizar la atención continua de la demanda de las pruebas de laboratorio, así mismo identificar problemas y necesidades de mejora ara optimizar el trabajo profesional
OBJETIVO	Mejorar el abastecimiento de pruebas en el servicio
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	N° de pruebas no realizadas x 100
DENOMINADOR	N° total de pruebas solicitadas
UMBRAL	≤ 1%
FUENTE DE DATOS	Registro de indicadores de la calidad
TECNICA DE RECOLLECCION	Revisión de registro de datos de indicadores de la calidad
Muestra	Obtenida mediante fórmula de cálculo de porcentaje para investigación descriptiva, aceptando un error de 5% y un nivel de confianza del 95%
PERIODICIDAD DE MEDICION	Mensual
UNIDAD RESPONSABLE	Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad

c. PROCESO ANALITICO

c.1 PORCENTAJE DE UTILIZACIÓN DE PRUEBAS POCO FRECUENTES

NOMBRE	% DE UTILIZACIÓN DE PRUEBAS POCO FRECUENTES
CATEGORIA	Proceso

JUSTIFICACION	Contribuir a evaluar la eficacia y logro de metas establecidas de tal manera optimizar los recursos del laboratorio
OBJETIVO	Realizar una adecuada distribución de los recursos
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	N° pruebas poco frecuentes x 100
DENOMINADOR	N° total de pruebas solicitadas
UMBRAL	Por definir
FUENTE DE DATOS	Registro de indicadores de la calidad
TECNICA DE RECOLECCION	Revisión de registro de datos de indicadores de la calidad
Muestra	Obtenida mediante fórmula de cálculo de porcentaje para investigación descriptiva, aceptando un error de 5% y un nivel de confianza del 95%
PERIODICIDAD DE MEDICION	Mensual
UNIDAD RESPONSABLE	Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad

c.2 PORCENTAJE DE EMPLEO DE REACTIVOS VENCIDOS

NOMBRE	% DE EMPLEO DE REACTIVOS VENCIDOS
CATEGORIA	Proceso
JUSTIFICACION	Contribuir a evaluar la eficacia y logro de metas establecidas de tal manera optimizar los recursos del laboratorio
OBJETIVO	Realizar una adecuada distribución de los recursos
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	N° pruebas realizadas que emplean reactivos vencidas x 100
DENOMINADOR	N° total de pruebas realizadas
UMBRAL	≤ 1%
FUENTE DE DATOS	Registro de indicadores de la calidad
TECNICA DE RECOLECCION	Revisión de registro de datos de indicadores de la calidad



Muestra	Obtenida mediante fórmula de cálculo de porcentaje para investigación descriptiva, aceptando un error de 5% y un nivel de confianza del 95%
PERIODICIDAD DE MEDICION	Mensual
UNIDAD RESPONSABLE	Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad

c.3. PORCENTAJE DE EQUIPOS INADECUADAMENTE CALIBRADOS

NOMBRE	% DE EQUIPOS INADECUADAMENTE CALIBRADOS
CATEGORIA	Proceso
JUSTIFICACION	Un equipo adecuadamente calibrado nos da resultados confiables lo cual es indispensable para el diagnóstico tratamiento y seguimiento de los pacientes
OBJETIVO	Disminuir el uso de equipos inadecuadamente calibrados
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	N° de equipos inadecuadamente calibrados x 100
DENOMINADOR	N° total de equipos
UMBRAL	Por definir
FUENTE DE DATOS	Registro de indicadores de la calidad
TECNICA DE RECOLECCION	Revisión de registro de datos de indicadores de la calidad
Muestra	Obtenida mediante fórmula de cálculo de porcentaje para investigación descriptiva, aceptando un error de 5% y un nivel de confianza del 95%
PERIODICIDAD DE MEDICION	Mensual
UNIDAD RESPONSABLE	Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad



c.4. PORCENTAJE DE USO DEL SISTEMA DE ALIMENTACIÓN ININTERRUMPIDA (UPS)

NOMBRE	% DE USO DEL SISTEMA DE ALIMENTACIÓN ININTERRUMPIDA (UPS)
--------	---

CATEGORIA	Proceso
JUSTIFICACION	Los equipos de laboratorio son sensibles a cambio de fluido eléctrico por lo que deben contener sistema de alimentación ininterrumpida (UPS), para evitar problemas durante el proceso analítico.
OBJETIVO	Asegurar el procesamiento continuo de las diferentes áreas
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	N° de equipos con uso de UPS x 100
DENOMINADOR	N° total de equipos
UMBRAL	Por definir
FUENTE DE DATOS	Registro de indicadores de la calidad
TECNICA DE RECOLECCION	Revisión de registro de datos de indicadores de la calidad
Muestra	Obtenida mediante fórmula de cálculo de porcentaje para investigación descriptiva, aceptando un error de 5% y un nivel de confianza del 95%
PERIODICIDAD DE MEDICION	Mensual
UNIDAD RESPONSABLE	Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad

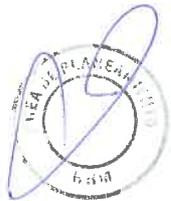
c.5. PORCENTAJE DE ESTÁNDARES DE CALIBRACIÓN DEFICIENTE

NOMBRE	% DE ESTÁNDARES DE CALIBRACIÓN DEFICIENTE
CATEGORIA	Proceso
JUSTIFICACION	Una prueba calibrada de manera deficiente puede generar un resultado erróneo por lo tanto aumentar la desconfianza del medico y paciente respecto al trabajo del laboratorio
OBJETIVO	Asegurar la calibración óptimas de las diferentes pruebas
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	N° pruebas con calibración deficiente x 100
DENOMINADOR	N° total de pruebas calibradas
UMBRAL	Por definir

FUENTE DE DATOS	Registro de indicadores de la calidad
TECNICA DE RECOLLECCION	Revisión de registro de datos de indicadores de la calidad
Muestra	Obtenida mediante fórmula de cálculo de porcentaje para investigación descriptiva, aceptando un error de 5% y un nivel de confianza del 95%
PERIODICIDAD DE MEDICION	Mensual
UNIDAD RESPONSABLE	Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad

c.6. PORCENTAJE DE SUEROS DE REFERENCIA INADECUADOS

NOMBRE	% DE SUEROS DE REFERENCIA INADECUADOS
CATEGORIA	Proceso
JUSTIFICACION	El uso de suero de referencia se puede utilizar para realizar controles de calidad interno los cuales deben ser estables, un suero de referencia inadecuado podría traer consigo errores en los resultados.
OBJETIVO	Asegurar la calidad y el uso adecuado de los sueros de referencia
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	N° de uso de sueros de referencia inadecuados x 100
DENOMINADOR	N° total de sueros de referencia
UMBRAL	Por definir
FUENTE DE DATOS	Registro de indicadores de la calidad
TECNICA DE RECOLLECCION	Revisión de registro de datos de indicadores de la calidad
Muestra	Obtenida mediante fórmula de cálculo de porcentaje para investigación descriptiva, aceptando un error de 5% y un nivel de confianza del 95%
PERIODICIDAD DE MEDICION	Mensual
UNIDAD RESPONSABLE	Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad



c.7. PORCENTAJE DE MUESTRAS COAGULADAS

NOMBRE	% DE MUESTRAS COAGULADAS
CATEGORIA	Proceso
JUSTIFICACION	Las muestras coaguladas en algunas áreas al presentar coagulo genera alteración de resultados lo cual influye en el diagnostico y tratamiento del paciente.
OBJETIVO	Asegurar el correcto procesamiento en la toma de muestras y evitar la demora en la emisión de resultados
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	N° muestras coaguladas x 100
DENOMINADOR	N° total de muestras con anticoagulante
UMBRAL	Por definir
FUENTE DE DATOS	Registro de indicadores de la calidad
TECNICA DE RECOLECCION	Revisión de registro de datos de indicadores de la calidad
Muestra	Obtenida mediante fórmula de cálculo de porcentaje para investigación descriptiva, aceptando un error de 5% y un nivel de confianza del 95%
PERIODICIDAD DE MEDICION	Mensual
UNIDAD RESPONSABLE	Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad



c.8. PORCENTAJE DE MUESTRAS HEMOLIZADAS

NOMBRE	% DE MUESTRAS HEMOLIZADAS
CATEGORIA	Proceso
JUSTIFICACION	Las muestras de sangre hemolizadas podrían generar alguna interferencia en el análisis de las pruebas a solicitar lo que podría arrojar resultados erróneos y por lo tanto perjuicio para el paciente
OBJETIVO	Asegurar el correcto procesamiento en la toma de muestras y evitar la demora en la emisión de resultados
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje



NUMERADOR	N° muestras hemolizadas x 100
DENOMINADOR	N° total de muestras
UMBRAL	≤ 3%
FUENTE DE DATOS	Registro de indicadores de la calidad
TECNICA DE RECOLECCION	Revisión de registro de datos de indicadores de la calidad
Muestra	Obtenida mediante fórmula de cálculo de porcentaje para investigación descriptiva, aceptando un error de 5% y un nivel de confianza del 95%
PERIODICIDAD DE MEDICION	Mensual
UNIDAD RESPONSABLE	Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad

c.9. PORCENTAJE DE MUESTRAS LIPÉMICAS

NOMBRE	% DE MUESTRAS LIPÉMICAS
CATEGORIA	Proceso
JUSTIFICACION	Las muestras de sangre lipemicas por una inadecuada información del tiempo de ayuno para la toma de muestras podrían generar alguna interferencia en el análisis de las pruebas a solicitar lo que podría arrojar resultados erróneos y por lo tanto perjuicio para el paciente
OBJETIVO	Asegurar el correcto procesamiento en la toma de muestras y evitar la demora en la emisión de resultados
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	N° muestras lipémicas x 100
DENOMINADOR	N° total de muestras
UMBRAL	Por definir
FUENTE DE DATOS	Registro de indicadores de la calidad
TECNICA DE RECOLECCION	Revisión de registro de datos de indicadores de la calidad
Muestra	Obtenida mediante fórmula de cálculo de porcentaje para investigación descriptiva, aceptando un error de 5% y un nivel de confianza del 95%

PERIODICIDAD DE MEDICION	Mensual
UNIDAD RESPONSABLE	Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad

d. RESULTADOS DE INTERPRETACIÓN/OPINION DIAGNÓSTICA
d.1. PORCENTAJE DE FALTA DE CORRELACIÓN ENTRE RESULTADOS VINCULANTES

NOMBRE	% DE FALTA DE CORRELACIÓN ENTRE RESULTADOS VINCULANTES
CATEGORIA	Proceso
JUSTIFICACION	La correlación clínico laboratorial es muy importante en el proceso post-analítico, de tal manera la falta de ello podría generar resultados inadecuados
OBJETIVO	Disminuir la falta de correlación entre resultados vinculantes
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	N° de resultados no vinculantes x 100
DENOMINADOR	N° total de resultados
UMBRAL	Por definir
FUENTE DE DATOS	Registro de indicadores de la calidad
TECNICA DE RECOLLECCION	Revisión de registro de datos de indicadores de la calidad
Muestra	Obtenida mediante fórmula de cálculo de porcentaje para investigación descriptiva, aceptando un error de 5% y un nivel de confianza del 95%
PERIODICIDAD DE MEDICION	Mensual
UNIDAD RESPONSABLE	Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad

d.2. PORCENTAJE DE CORRELACIÓN ENTRE EL CUADRO CLÍNICO Y LOS ANÁLISIS REALIZADOS

NOMBRE	% DE CORRELACIÓN ENTRE EL CUADRO CLÍNICO Y LOS ANÁLISIS REALIZADOS
CATEGORIA	Proceso

JUSTIFICACION	La correlación clínico laboratorial es muy importante en el proceso post-analítico, para resultados de calidad
OBJETIVO	Realizar seguimiento de los resultados emitidos
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	N° de resultados con correlación al cuadro clínico x 100
DENOMINADOR	N° total de resultados
UMBRAL	Por definir
FUENTE DE DATOS	Registro de indicadores de la calidad
TECNICA DE RECOLECCION	Revisión de registro de datos de indicadores de la calidad
Muestra	Obtenida mediante fórmula de cálculo de porcentaje para investigación descriptiva, aceptando un error de 5% y un nivel de confianza del 95%
PERIODICIDAD DE MEDICION	Mensual
UNIDAD RESPONSABLE	Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad

e. TRANSCRIPCION DE RESULTADOS

e.1. PORCENTAJE DE TRANSCRIPCIÓN ERRÓNEA DE RESULTADOS

NOMBRE	% DE TRANSCRIPCIÓN ERRÓNEA DE RESULTADOS
CATEGORIA	Proceso
JUSTIFICACION	La correlación clínico laboratorial es muy importante en el proceso post-analítico, para resultados de calidad
OBJETIVO	Disminuir el número de resultados con transcripción errónea
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	N° de resultados con transcripción errónea x 100
DENOMINADOR	N° total de resultados

UMBRAL	≤ 1%
FUENTE DE DATOS	Registro de indicadores de la calidad
TECNICA DE RECOLECCION	Revisión de registro de datos de indicadores de la calidad
Muestra	Obtenida mediante fórmula de cálculo de porcentaje para investigación descriptiva, aceptando un error de 5% y un nivel de confianza del 95%
PERIODICIDAD DE MEDICION	Mensual
UNIDAD RESPONSABLE	Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad

e.2. PORCENTAJE DE TRANSCRIPCIÓN INOPORTUNA DE RESULTADOS

NOMBRE	% DE TRANSCRIPCIÓN INOPORTUNA DE RESULTADOS
CATEGORIA	Proceso
JUSTIFICACION	La entrega de un resultado en el tiempo adecuado es muy importante en el diagnóstico y manejo del paciente.
OBJETIVO	Mejorar la entrega de resultados
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	N° de resultados con transcripción inoportuna x 100
DENOMINADOR	N° total de resultados
UMBRAL	Por definir
FUENTE DE DATOS	Registro de indicadores de la calidad
TECNICA DE RECOLECCION	Revisión de registro de datos de indicadores de la calidad
Muestra	Obtenida mediante fórmula de cálculo de porcentaje para investigación descriptiva, aceptando un error de 5% y un nivel de confianza del 95%
PERIODICIDAD DE MEDICION	Mensual
UNIDAD RESPONSABLE	Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad



f. INDICADORES HOSPITALARIOS DE LA UPS DE PATOLOGIA CLINICA

f.1. NÚMERO DE EXÁMENES DE LABORATORIO PROCESADOS POR MES

NOMBRE	N° DE EXÁMENES DE LABORATORIO PROCESADOS POR MES
CATEGORIA	Resultado
JUSTIFICACION	La producción del servicio de laboratorio es necesario para la programación y asignación adecuada de recursos, además de la demanda de exámenes solicitados
OBJETIVO	Conocer y mejorar la distribución de recursos y la toma apropiada de decisiones
TIPO DE MEDIDA	Número absoluto
DEFINICIÓN	N° de exámenes de laboratorio realizados en el laboratorio Servicio de Patología Clínica en un mes
UMBRAL	Por definir
FUENTE DE DATOS	Base de datos del SIAT
TECNICA DE RECOLECCION	Revisión de registro de datos. Cuaderno de registro de datos. Estadísticas
PERIODICIDAD DE MEDICION	Mensual
UNIDAD RESPONSABLE	Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad



f.2. PORCENTAJE DE EXÁMENES DE LABORATORIO ATENDIDOS POR SERVICIO

NOMBRE	% DE EXÁMENES DE LABORATORIO ATENDIDOS POR SERVICIO
CATEGORIA	Resultado
JUSTIFICACION	El contar con los indicadores de gestión nos permite conocer el grado de cumplimiento de las actividades programadas con respecto a las metas institucionales para que se utilicen eficientemente los recursos, reduciendo los costos de la no calidad
OBJETIVO	Contar con información sobre la demanda de los servicios solicitantes



TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	N° de exámenes de laboratorio atendidos por servicio solicitante en un periodo x100
DENOMINADOR	N° total de exámenes atendidos en el servicio de Patología Clínica por mes
UMBRAL	Por definir
FUENTE DE DATOS	Base de datos del SIAT
TECNICA DE RECOLECCION	Revisión de registro de datos. Cuaderno de registro de datos
Muestra	Obtenida mediante fórmula de cálculo de porcentaje para investigación descriptiva, aceptando un error de 5% y un nivel de confianza del 95%
PERIODICIDAD DE MEDICION	Mensual
UNIDAD RESPONSABLE	Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad ✓

f.3. PORCENTAJE DE EXÁMENES DE LABORATORIO ATENDIDOS SEGÚN ÁREA

NOMBRE	% DE EXÁMENES DE LABORATORIO ATENDIDOS SEGÚN ÁREA
CATEGORÍA	Resultados
JUSTIFICACION	El contar con los indicadores de gestión nos permite conocer el grado de cumplimiento de las actividades programadas con respecto a las metas institucionales para que se utilicen eficientemente los recursos , reduciendo los costos de la no calidad
OBJETIVO	Contar con información adecuada sobre las demanda de las áreas y los exámenes de laboratorio que en ellas se realizan
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	N° de exámenes de laboratorio realizados según área por mes x 100
DENOMINADOR	N° total de exámenes de laboratorio realizados en el mismo periodo
UMBRAL	Por definir
FUENTE DE DATOS	Base de datos del SIAT

TECNICA DE RECOLECCION	Revisión de registro de datos. Cuaderno de registro de datos
Muestra	Obtenida mediante fórmula de cálculo de porcentaje para investigación descriptiva, aceptando un error de 5% y un nivel de confianza del 95%
PERIODICIDAD DE MEDICION	Mensual
UNIDAD RESPONSABLE	Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad

f.4. PORCENTAJE DE EXÁMENES DE LABORATORIO ATENDIDOS EXTRAMURO

NOMBRE	% DE EXÁMENES DE LABORATORIO ATENDIDOS EXTRAMURO
CATEGORIA	Resultado
JUSTIFICACION	El contar con los indicadores de gestión nos permite conocer el la proporción de exámenes de laboratorio que correspondan a pacientes sin historia clínica derivados de otras instituciones (referencias y/o particulares)
OBJETIVO	Contar con información sobre la proporción exámenes de laboratorio que en ellas se realizan a pacientes sin historia clínica, lo que permitirá una adecuada programación y reasignación de recursos
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	N° de exámenes de laboratorio realizados extramuro por mes x 100
DENOMINADOR	N° total de exámenes realizados por mes
UMBRAL	Por definir
FUENTE DE DATOS	Base de datos del SIAT
TECNICA DE RECOLECCION	Revisión de registro de datos. Cuaderno de registro de datos
Muestra	Obtenida mediante fórmula de cálculo de porcentaje para investigación descriptiva, aceptando un error de 5% y un nivel de confianza del 95%
PERIODICIDAD DE MEDICION	Mensual
UNIDAD RESPONSABLE	Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad



f.5. PORCENTAJE DE SOLICITUDES EXÁMENES DE LABORATORIO POR SERVICIO ATENDIDAS

NOMBRE	% DE SOLICITUDES EXÁMENES DE LABORATORIO POR SERVICIO ATENDIDAS
CATEGORIA	Resultado
JUSTIFICACION	El contar con los indicadores de gestión nos permite conocer el grado de cumplimiento de las actividades programadas con respecto a las metas institucionales para que se utilicen eficientemente los recursos.
OBJETIVO	Contar con información sobre la respuesta y el cumplimiento de la atención a los servicios solicitantes y los exámenes de laboratorio que en ellas se realizan
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	N° solicitudes de exámenes de laboratorio por servicio atendidas en un mes x100
DENOMINADOR	N° total de exámenes solicitados intramuro por mes
UMBRAL	Por definir
FUENTE DE DATOS	Base de datos del SIAT
TECNICA DE RECOLECCION	Revisión de registro de datos. Cuaderno de registro de datos
Muestra	Obtenida mediante fórmula de cálculo de porcentaje para investigación descriptiva, aceptando un error de 5% y un nivel de confianza del 95%
PERIODICIDAD DE MEDICION	Mensual
UNIDAD RESPONSABLE	Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad



f.6. PORCENTAJE DE EXÁMENES NO INFORMADOS EN TIEMPO PREVISTO, AL SERVICIO SOLICITANTE

NOMBRE	% DE EXÁMENES NO INFORMADOS EN TIEMPO PREVISTO, AL SERVICIO SOLICITANTE
CATEGORIA	Resultado
JUSTIFICACION	El contar con los indicadores de gestión nos permite conocer el grado de cumplimiento de las actividades programadas con respecto a las metas institucionales
OBJETIVO	Contar con información sobre la respuesta y el cumplimiento de la atención a los servicios solicitantes en un tiempo previsto según emergencia y/o



	hospitalización permitirá una adecuada programación y reasignación de recursos
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	N° de exámenes no informados en tiempo previsto al servicio solicitante x100
DENOMINADOR	N° total de exámenes realizados intramuro en el mismo periodo
UMBRAL	≤ 3%
FUENTE DE DATOS	Base de datos del SIAT
TECNICA DE RECOLECCION	Revisión de registro de datos. Cuaderno de registro de datos
muestra	Obtenida mediante fórmula de cálculo de porcentaje para investigación descriptiva, aceptando un error de 5% y un nivel de confianza del 95%
PERIODICIDAD DE MEDICION	Mensual
UNIDAD RESPONSABLE	Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad

f.8. RENDIMIENTO HORA – LABORATORISTA

NOMBRE	RENDIMIENTO HORA – LABORATORISTA
CATEGORIA	Resultado
JUSTIFICACION	El contar con los indicadores de gestión nos permite conocer número de análisis de realizan por hora efectiva de trabajo en el laboratorio
OBJETIVO	Optimizar el desempeño del personal de laboratorio clínico, contribuyendo a la mejora de los servicios a partir de la identificación del tiempo que realmente se utiliza n la producción de los exámenes de laboratorio
TIPO DE MEDIDA	Absoluto
NUMERADOR	N° de exámenes de laboratorio realizados según tipo (bioquímica, Hematología, Microbiología, inmunología) por mes
DENOMINADOR	N° de horas laboratorista efectivas en las diferentes áreas en el mismo periodo
UMBRAL	Por definir
FUENTE DE DATOS	Base de datos del SIAT

TECNICA DE RECOLECCION	Revisión de registro de datos. Cuaderno de registro de datos
Muestra	Obtenida mediante fórmula de cálculo de porcentaje para investigación descriptiva, aceptando un error de 5% y un nivel de confianza del 95%
PERIODICIDAD DE MEDICION	Mensual
UNIDAD RESPONSABLE	Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad

f.9. PORCENTAJE DE EXÁMENES DE LABORATORIO SIN RESULTADO POR ERROR TÉCNICO (PROCESADOS Y NO PROCESADOS)

NOMBRE	% DE EXÁMENES DE LABORATORIO SIN RESULTADO POR ERROR TÉCNICO (PROCESADOS Y NO PROCESADOS)
CATEGORÍA	Resultados
JUSTIFICACION	El contar con los indicadores de gestión nos permite conocer el grado de cumplimiento de las actividades programadas con respecto a las metas institucionales para que se utilicen eficientemente los recursos, reduciendo los costos de la no calidad
OBJETIVO	Contar con información sobre el cumplimiento de la de entrega de resultados en atención a los servicios solicitantes y los exámenes de laboratorio que en ellas se realizan
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	N° exámenes de laboratorio sin resultado en un mes x 100
DENOMINADOR	N° total de exámenes realizados en el mismo periodo
UMBRAL	Por definir
FUENTE DE DATOS	Base de datos del SIAT
TECNICA DE RECOLECCION	Revisión de registro de datos. Cuaderno de registro de datos
Muestra	Obtenida mediante fórmula de cálculo de porcentaje para investigación descriptiva, aceptando un error de 5% y un nivel de confianza del 95%
PERIODICIDAD DE MEDICION	Mensual
UNIDAD RESPONSABLE	Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad



 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA	PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD	Edición N° 01
	SERVICIO DE LABORATORIO	

6.3. DEFINICION DE ACTIVIDADES

- Elaboración del Plan.
- Oficialización del Plan aprobado con RD.
- Socialización del plan en el Servicio de Laboratorio.
- Capacitación permanente para el adecuado registro de los indicadores de calidad según Norma Técnica N° 072-2008 MINSA/DGSP V.01.
- Supervisión de la aplicación de los manuales de procedimientos estandarizados.
- Registro de los indicadores de calidad de laboratorio clínico según Norma Técnica N° 072-2008 MINSA/DGSP V.01.
- Evaluación y presentación de listado de indicadores en el Programa de Control de la Calidad para ser aprobada con RD y difusión.
- Aplicación de los indicadores del Programa de Control de la Calidad.
- Análisis y elaboración de informes trimestrales y anuales.
- Elaboración de un plan de mejora según los resultados obtenidos en el análisis de los indicadores de calidad del laboratorio clínico.



VII. CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	2022		2023												RESPONSABLE	
	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC		
Elaboración y presentación de propuesta de listado de indicadores de calidad de laboratorio clínico.	X	X	X													Responsable de SGC Responsable del área
Revisión de listado de indicadores propuestos				X	X	X	X									Responsable de SGC Responsable del área
Validación de listado de indicadores: análisis de información e informe de resultados								X								Responsable de SGC Responsable del área
Presentación de listado de indicadores en el Programa de Control de la Calidad para ser aprobada con RD y difusión									X							Responsable de SGC Responsable del área
Aplicación de resultado de indicadores									X	X	X	X	X	X	X	Responsable de SGC Responsable del área
Análisis de resultados y elaboración de informe											X				X	Responsable de SGC Responsable del área
Presentación de informe anual de implementación de indicadores de calidad de laboratorio															X	Responsable de SGC Responsable del área

VIII. COSTO DEL PLAN

El presente plan será financiado por recursos propios del Hospital Regional de Moquegua.

