



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

**“IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001 EN EL
SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA DEL HOSPITAL DE
EMERGENCIA GRAU- 2015”**

MODALIDAD PARA OPTAR EL GRADO:

MAESTRA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

AUTOR:

ZULEMA KATTIA BERRIOS FUENTES

ASESORA:

DRA. ALICIA AGROMELIS ALIAGA PACORA

JURADO:

DR. FILOMENO TEODORO JAUREGUI FRANCIA

DRA. GLORIA ESPERANZA CRUZ GONZALES

DRA CATALINA O. BELLO VIDAL

LIMA - PERÚ

2018

**IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001
EN EL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA DEL HOSPITAL
DE EMERGENCIA GRAU- 2015**

- **A mi Madre, por la vida, por su amor y su apoyo desmedido en todo momento.**

- **A mi padre, mi hermano, mis tías, tíos, primos y sobrinos por su cariño, por estar siempre conmigo y su apoyo incondicional.**

- **A Carlitos y María Fernanda, para que vean en mi un ejemplo a seguir.**

- **A todos gracias.... los amo**

AGRADECIMIENTO

- Agradecer a ti Dios por bendecirme al darme la vida y la oportunidad de lograr mis objetivos, infinitas gracias DIOS.
- Agradecer a mis padres y a toda mi familia, quienes siempre han sido mi motivación, mi apoyo y compañía en todo momento.
- A mi asesora de tesis, Dra. Alicia Aliaga por su dedicación, conocimientos y experiencia, ha logrado en mí que pueda concluir un peldaño más de mi vida profesional.
- También me gustaría agradecer a mis compañeros de estudio y las que fueron parte de vida en esta etapa de estudios, por su apoyo y compañerismo.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación lleva por título, IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001 EN EL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA DEL HOSPITAL DE EMERGENCIA GRAU- 2015, entendiendo que el Sistema de Gestión de calidad ISO, está compuesto por un conjunto de normas y estándares internacionales, que permitieron que el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau, mejore y preste un servicio acorde a las expectativas de los usuarios. Esta implementación inicio en el año 2015 desde la etapa del diagnóstico, que nos sirvió para identificar los problemas existentes, se llevó a cabo la sensibilización a todo el personal del servicio, así mismo los talleres de capacitación que permitieron a los colaboradores a asumir responsabilidades para cumplir con la meta trazada. Tal como se puede evidenciar en las diez hipótesis específicas, se logró un 95 %, actualmente se está en proceso de recolección de datos de las no conformidades para ser evaluados y poder adoptar las medidas correctivas y preventivas. A fin de lograr el 100%. Quedando comprobada la Hipótesis General de Investigación. Es decir los efectos de la implementación del Sistema de Calidad ISO 9001 son positivos, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015.

PALABRAS CLAVE: Implementación, calidad, Sistema de Calidad ISO 9001, eficacia, eficiencia.

ABSTRACT

The present research work is titled, IMPLEMENTATION OF THE ISO 9001 QUALITY SYSTEM IN THE CLINICAL PATHOLOGY SERVICE OF EMERGENCY HOSPITAL GRAU-2015, understanding that the ISO Management System, is composed of a set of international norms and standards, which they allowed the Clinical Pathology Service of the Grau Emergency Hospital to improve and provide a service according to the expectations of the users. This implementation started in 2015 from the diagnostic stage, which helped us to identify the existing problems, awareness raising was carried out for all the service personnel, as well as the training workshops that allowed the collaborators to assume responsibilities for meet the goal Traced. As can be seen in the ten specific hypotheses, 95% was achieved, data is currently being collected to be evaluated and corrective and preventive measures can be adopted. In order to achieve 100%. The General Research Hypothesis is verified. In other words, the effects of the implementation of the ISO 9001 Quality System are positive, in the Clinical Pathology Service of the Emergency Hospital Grau- 2015.

KEY WORDS: Implementation, quality, ISO 9001 Quality System, effectiveness, efficiency.

ÍNDICE

PORTADA	i
TÍTULO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INDICE	vii
INTRODUCCIÓN	xii

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	1
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
1.2.1. Problema general	7
1.2.2. Problemas específicos	7
1.3. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	9
1.3.1. Objetivo general	9
1.3.2. Objetivos específicos	10
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.4.1 Justificación teórica	12
1.4.2 Justificación práctica	12
1.4.3 Justificación metodológica	13
1.5 Alcances y limitaciones	13
1.5.1 Alcances	13
1.5.2 Limitaciones	13

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO TEÓRICO	15
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	
a. Definición de calidad	15
b. Principios para la gestión de la calidad, según las Normas ISO 9000	18
c. Objetivos y beneficios de las Normas ISO	19
d. Requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad	20
e. Norma ISO 15189, requisitos que deben de cumplir los laboratorios clínicos que analizan muestras biológicas de origen humano	21
2.2 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	24
2.3 HIPÓTESIS	27
2.3.1 Hipótesis General	27
2.3.2 Hipótesis Específicas	28
2.4 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLE	30
2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE	30

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	31
3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	32
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN	32
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	33

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1	IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001 EN EL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA DEL HOSPITAL DE EMERGENCIA GRAU- 2015	34
4.1.1	ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN	37
a.	Antecedentes	37
b.	Accesibilidad geográfica	38
c.	Población adscrita	38
d.	Análisis del entorno externo	38
e.	Análisis del entorno interno	39
f.	Infraestructura	40
g.	Equipamiento	41
h.	Estructura Organizacional	43
i.	Gestión	44
j.	Fases	44
k.	Análisis de la Oferta y la Demanda	46
4.1.2	PLAN DE IMPLEMENTACIÓN ISO 9001	51
a.	Planeamiento estratégico	52
b.	Acciones previas para la implementación	53
c.	Proceso de Implementación	54
4.2	CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS	55
4.2.1	Hipótesis General	55
4.2.2	Hipótesis Específicas	56
4.3	RESUMEN DE RESULTADOS	72

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1 DISCUSIÓN DE RESULTADOS	76
CONCLUSIONES	80
RECOMENDACIONES	84
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85

ANEXOS

1. MATRIZ DE CONSISTENCIA	92
2. ORGANIGRAMA DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA	97
3. MOF	98
4. MANUAL DE CALIDAD	100
5. FORMACIÓN DEL COMITÉ DE CALIDAD	101
6. POLÍTICA DE CALIDAD DEL LABORATORIO	101
7. PERFIL PROFESIONAL	103
8. PLAN DE CAPACITACIÓN ANUAL DEL PERSONAL	105
9. IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPAMIENTO CRÍTICO	106
10. PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS	107
11. FICHA DE CALIFICACIÓN DEL PROVEEDOR	108
12. PROGRAMA DE CONTROL INTERNO DE INMUNOLOGÍA	109
13. PROGRAMA DE CONTROL INTERNO DE BIOQUÍMICA	110
14. PROGRAMA DE CONTROL INTERNO DE HEMATOLOGÍA	111
15. PROGRAMA DE CONTROL INTERNO DE MICROBIOLOGÍA	112
16. MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS	113
17. MANUAL DE TÉCNICAS ANALÍTICAS	114
18. MAPA DE PROCESOS PRE ANALÍTICOS, ANALÍTICOS Y POST ANALÍTICOS	115
19. REGISTRO DE CONTROL DE DOCUMENTOS	116
20. PLAN DE REACCIONES ADVERSAS	117

21. PROCESOS DE REACCIONES ADVERSAS	118
22. INFORME DE EVALUACIONES INTERNAS	119
23. INFORME DE EVALUACIONES EXTERNA	121
24. MANUAL DE BIOSEGURIDAD	126
25. MANUAL DE APEGO AL LAVADO DE MANOS	127
26. PROCESOS DE ELIMINACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS	128

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se titula: IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001 EN EL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA DEL HOSPITAL DE EMERGENCIA GRAU, se ha observado que en estos últimos años la población de pacientes ha crecido. Sin embargo se viene atendiendo en la misma infraestructura, con el mismo número de personal, limitaciones en los recursos estratégicos, sin un sistema de calidad implementado trayendo como consecuencia falta de oportunidad y confiabilidad en los resultados de análisis clínicos que se ofertan a los pacientes que son atendidos, el cual sirve para determinar el diagnóstico y conducta terapéutica.

Es una de las razones fundamentales que llevó a la investigadora a ejecutar la implementación del Sistema de Calidad basado en la norma ISO 9001, que ha permitido una mejora continua del servicio,

tal como se puede evidenciar en la contrastación de hipótesis, y los anexos que adjuntamos.

La investigación consta de cinco capítulos: Capítulo I: Planteamiento del Problema, se presenta los antecedentes del problema, formulación del problema, los objetivos y la justificación de la investigación, así como los alcances y limitaciones.

Capítulo II: Marco Teórico, se desarrolló el marco teórico, donde se expone aspectos desarrollados de las variables de investigación, así como el marco conceptual y las hipótesis.

Capítulo III Método, se presenta el enfoque metodológico, el tipo de investigación; el diseño; estrategia de la prueba de hipótesis, variables, población y muestra; así como las técnicas de recolección de datos.

Capítulo IV: Resultados, en este capítulo consideramos la validación de los instrumentos de recolección de datos, los resultados descriptivos de las encuestas y las pruebas de hipótesis.

CAPÍTULO V: Discusión de resultados encontrados en la investigación y finalmente las conclusiones; las recomendaciones y la bibliografía correspondiente.

Nuestro deseo es motivar a todos aquellos profesionales comprometidos con el cambio y la mejora continua, a diseñar y ejecutar programas que permitan elevar la calidad del servicio en beneficio del paciente, estado y por ende la sociedad.

La autora.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:

Podestá Gavilano, Luis Enrique (2012), en su tesis titulada Determinación de la calidad de atención en los pacientes quirúrgicos referidos al hospital Es-Salud Vitarte; señala en su investigación que no se cumplen las hipótesis planteadas, el nivel no es óptimo en los aspectos tangibles, la fiabilidad, sensibilidad, seguridad, empatía de la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria, en los 1000 pacientes quirúrgicos referidos al Hospital ESSALUD Vitarte. (cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3161)

Bautista M., M. (2012), en su tesis titulada: Implantación de un sistema de Calidad basado en la Norma UNE-EN-ISO 15189 en el servicio de microbiología del hospital universitario Virgen de las Nieves de Granada, entre los aportes significativos señala: que en el laboratorio del servicio de microbiología se ha implantado un sistema de gestión de calidad ISO 15189 en el laboratorio de microbiología, se ha presentado algunas dificultades sin embargo se han observado mejoras. (<https://hera.ugr.es/tesisugr/21771054.pdf>)

Méndez G., J. y Avella A., N. (2009), en su tesis Diseño del Sistema de Gestión de la Calidad Basado en los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 para la empresa DICOMTELSA, de la Facultad de Ingeniería, de la Pontificia Universidad Javeriana, de Bogotá, destacamos algunos aspectos importantes: Se mostró un cumplimiento del 29% de la norma, lo cual significa que falta de estándares claros, pues no satisfacen a los clientes, se diseñaron manuales adicionales, así mismo se formularon la misión, visión, políticas y procesos de Dicomtelsa.

(www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/ingenieria/Tesis254.pdf)

Herrera M., M. (2008), en su tesis titulada: Diseño de un sistema de Gestión de la Calidad para una microempresa, de la Facultad de Estadística e Informática, Xalapa de la Universidad Veracruzana, a continuación los resultados más relevantes: Se llevó a cabo el

diagnóstico situacional, se determinaron las debilidades de la organización, que se centran en el tipo de gestión, tanto en el proceso administrativo y en sus etapas de planeación, organización, dirección, control y personal. (<https://www.uv.mx/gestion/files/2013/01/MIRIAM-HERRERA-MENDOZA.pdf>)

Ramírez M., C. y Sánchez H. M. (2006), en su tesis titulada: Implementación del sistema de gestión de calidad, en base a la norma ISO 9001: 2000, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo Campus Sahagún, a continuación los aspectos más relevantes: Luego de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad basado en la normalidad ISO 9001:2000, se logró incrementar la productividad en un 2, 07.

(<https://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icbi/.../Implementacion%20del%20sistema.p...>)

Escalante A., H. (2005), en su tesis titulada: Diagnóstico situacional de los Laboratorios de análisis clínicos de Trujillo- Perú y propuesta de implementación de un sistema de Gestión de Calidad, de la Universidad Nacional de Trujillo Escuela de Post Grado, mencionaremos los aspectos más relevantes: La investigación se llevó a cabo en 15 laboratorios al azar en la ciudad de Trujillo, los datos se logró implementar documentos de acuerdo a las normas.

También la organización propuesta involucra procesos internos y externos.

(<http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/5590/TESIS%20DOCTORAL%20%20HERMES%20ESCALANTE%20A%C3%91ORGA.pdf?sequence=1>)

Estrada S., M. y Vargas E., P. (2004), en su investigación titulada: Diseño y estructura del Sistema de Gestión de la Calidad basado en la Norma ISO 9001: 2000 para una Institución prestadora de Servicio de Salud IPS, de la Pontificia Universidad Javeriana, a continuación, los aspectos más relevantes: El Sistema de la Gestión de la Calidad diseñado para MEDISHI Ltda., contribuye a la confianza en los clientes, empresas, pacientes. Se construyeron la política y objetivos de calidad, teniendo en cuenta las directrices de la organización. Se logró crear un compromiso por parte de los directivos de la empresa y los colaboradores en todas las áreas, por medio de los talleres de sensibilización facilitando el flujo de información y la motivación personal.

(<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/ingenieria/tesis56.pdf>)

B. de la Fuente Capdevila, M. García Vitoria, C. Ricós Aguilá, M.C. Ventura Solà, M. Gimferrer Campmajó, R. Berlanga Caro, R. Galimany Solé (2004), en su investigación titulada: El laboratorio clínico y la gestión de la calidad por procesos. A continuación los

aspectos más relevantes: El laboratorio clínico debe asegurar que su producto, el informe analítico, satisfaga los requisitos del médico y también los del paciente, para ello, resulta muy útil incorporar un sistema de gestión de la calidad. Fue necesario identificar las responsabilidades del personal del laboratorio así como describir las actividades siguiendo una estructura documental. Los resultados fueron los siguientes: 1) clasificación de las actividades del laboratorio en tres tipos de procesos: estratégicos, clave y de soporte, 2) descripción del mapa general de procesos del laboratorio, centrándonos en la relación entre varios de esos procesos: análisis de datos, asegurar la mejora continua, revisar el sistema de gestión de la calidad y definir los objetivos, detallándose la relación entre ellos, 3) elaboración de un modelo planificado, sistemático y continuo para obtener los datos que producen información relevante sobre los problemas que surgen en la práctica diaria del laboratorio y cuyo análisis se materializa en la adopción de acciones de mejora por parte de un comité de la calidad. Podemos concluir que la implantación de un sistema de gestión de la calidad no significa desmontar lo establecido, sino formalizarlo y sistematizarlo, añadiendo lo necesario para mejorar.

(<https://es.scribd.com/document/240987584/Clase-1-Laboratorio-Clinico-Haa>)

Coronado Z, A.; Patrón F. A.; Baca, M.; Romero O., A. (2002), en su investigación titulada: ISO 9001:2000 como sistema de Gestión de la Calidad en el Laboratorio de Análisis Clínicos, señalan como aspectos importantes: El Instituto MEDLAB CANTEUA COUCHON SA.C brinda servicios médicos de apoyo al diagnóstico y realiza sus actividades basados en parámetros internacionales de funcionamiento de laboratorios de alto nivel y complejidad tecnológica. En base a esta política es que inicia el proceso de implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, basado en la Norma Técnica Peruana ISO 9001:2000, para lo cual realiza actividades de planificación, inducción, capacitación, elaboración de documentación; así como implementación de procesos de mejora, validación de métodos de ensayos y realización de auditorías entre otras actividades. El Instituto logra la Certificación ISO 9001 :2000, en Noviembre de 2002, siendo esta una ventaja competitiva entre las empresas del sector.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Conocedores de nuestra realidad en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau, para atender a la población adscrita, que en estos últimos años va en crecimiento y contando con limitaciones de los recursos, infraestructura inadecuada que no cumple con los estándares mínimos de bioseguridad, así mismo el

parte del equipamiento de más de 30 años de antigüedad, sumado a ello la falta de un sistema de calidad, que estandarice procesos.

Sin embargo, la jefatura del servicio se siente comprometida con la mejora continua y establecer una política de calidad, razón por la cual de estableció la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad basado en la norma ISO 9001:2000, de la cual soy parte integrante. Siendo una de las razones importantes en las que se basa la presente investigación.

A continuación, presentamos los problemas de investigación:

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son los efectos de la implementación del Sistema de Calidad ISO 9001, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015?

1.2.2. Problemas específicos:

1. ¿Cuáles son los efectos de la implementación de los **proceso para la Organización del Sistema de Calidad ISO 9001**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015?

2. ¿Cuáles son los efectos de la implementación del **proceso de gestión de Recursos Humanos del Sistema de Calidad ISO 9001**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015?
3. ¿Cuáles son los efectos de la implementación de los **procesos para Equipamiento del Sistema de Calidad ISO 9001**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015?
4. ¿Cuáles son los efectos de la implementación del **proceso de evaluación de Proveedores y usuarios del Sistema de Calidad ISO 9001**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015?
5. ¿Cuáles son los efectos de la implementación del **Control de procesos de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015?
6. ¿Cuáles son los efectos de la implementación del manejo de **Documentos y registros de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015?
7. ¿Cuáles son los efectos de la implementación del **Proceso de manejo de Incidentes, errores y accidentes de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015?

8. ¿Cuáles son los efectos de la implementación del **proceso de Evaluaciones internas y externas de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015?
9. ¿Cuáles son los efectos de la implementación del **Mejoramiento del proceso a través de medidas preventivas y correctivas de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015?
10. ¿Cuáles son los efectos de la implementación del **proceso para el Centro de trabajo y seguridad de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015?

1.3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN:

1.3.1 Objetivo General:

Determinar los efectos de la implementación del Sistema de Calidad ISO 9001 en el servicio de patología clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015

1.3.2 Objetivos específicos:

1. Identificar los efectos de la implementación de los procesos para la **Organización del Sistema de Calidad ISO 9001**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau-2015
2. Señalar los efectos de la implementación del **proceso de gestión de Recursos Humanos del Sistema de Calidad ISO 9001**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015
3. Describir los efectos de la implementación de los **procesos para Equipamiento del Sistema de Calidad ISO 9001**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau-2015
4. Identificar los efectos de la implementación del **proceso de evaluación de Proveedores y usuarios del Sistema de Calidad ISO 9001**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015
5. Señalar los efectos de la implementación del **Control de procesos de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015
6. Describir los efectos de la implementación del manejo de los **Documentos y registros de Organización del Sistema de**

Calidad ISO 9001, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015

7. Identificar los efectos de la implementación del **Proceso de manejo de incidentes, errores y accidentes de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015
8. Describir los efectos de la implementación del **proceso de Evaluaciones internas y externas de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015
9. Describir los efectos de la implementación del **Mejoramiento del proceso a través de medidas preventivas y correctivas de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015
10. Identificar los efectos de la implementación del **proceso para el Centro de trabajo y seguridad de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

1.4.1 Justificación teórica:

En la presente investigación, la teoría que sustenta está relacionada a la gestión de Calidad ISO 9001, cuyo enfoque es entender y satisfacer las expectativas del usuario; asimismo lograr que el personal se convierta en líder de su institución, que labore en equipo, basado en procesos cuyo resultado este encaminado a satisfacer a los pacientes, siempre a través una mejora permanente, basado en una buena toma de decisiones.

1.4.2 Justificación práctica:

La Jefatura del Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica del Hospital de Emergencia Grau, ha definido como Política de Calidad, aplicar el Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2000, con la finalidad de proporcionar los servicios de análisis clínicos y anátomo patológicos confiables y de manera oportuna cumpliendo la reglamentación y normatividad vigente y a mejorar continuamente a través de capacitación constante y con la utilización de tecnología de punta, y sobre todo dar un trato humano al paciente. Que es motivo de nuestra investigación.

1.4.3 Justificación metodológica:

En la presente investigación se aplicó la investigación de tipo tecnológica, cuyo objetivo es determinar la eficiencia de la propuesta. Asimismo se trabajó con el diseño longitudinal por la naturaleza de la investigación y a que la implementación llevó un período de tiempo considerable.

1.5 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.5.1 Alcances:

La presente investigación tuvo como alcance y objetivo principal determinar los efectos de la implementación del Sistema de Calidad ISO 9001 en el servicio de patología clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015

1.5.2 Limitaciones:

Una de las principales limitaciones que señalamos es la falta de una biblioteca virtual que nos ofrezca la EUPG- UNFV.

Asimismo, señalamos que los trámites administrativos demoran demasiado generando una pérdida de tiempo para los graduandos, al no estar los documentos en los plazos establecidos por el reglamento.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO TEÓRICO

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

- a. Definición de calidad:** Según el Diccionario Oficial de la Real Academia de la Lengua Española, "calidad" es "la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie".

Las Normas ISO 9000, definen la calidad como “el grado en el que un conjunto de características inherentes a un producto cumple con los requisitos”.

Otra definición de calidad, que se señala en los documentos técnicos de la Organización Mundial de la Salud (2005). de la podría consistir en decir que es “entender los requisitos del cliente y proveer los procesos que satisfagan esos requisitos de manera coherente y sostenida”. Por "requisitos" nos referimos a qué tipo de productos o servicios proveemos y qué características deben tener para que sean óptimos y bien acogidos por nuestros clientes. Cuando hablamos de "procesos" nos referimos a la forma de proveerlos para que alcancen los estándares que los clientes reclaman. En ese sentido, una compañía que proporciona productos de calidad asegura a sus clientes que dichos productos siempre cumplirán con las especificaciones prometidas.

Antiguamente, el planteamiento de los problemas en torno a la calidad empezaba y terminaba en la fase de producción: existía el “control de calidad” para verificar los productos antes de que salieran de la planta. Hoy en día ya no se trata de controlar sólo lo que sale, sino que se empieza por colocar una "gran oreja" que escuche a los clientes, registre sus necesidades y deseos, los interprete desde la óptica de la producción y luego transmita toda esa información hacia el interior de la organización.

Si bien la calidad depende de la “voz” del mercado y se define en “sintonía” con el cliente, se debe planificar. Por tanto, aquí hay algo que no debe olvidarse: la calidad no es un problema de los profesionales de planta sino de todos los integrantes de la organización.

Desde hace algunos años, los responsables de la calidad en una organización son todos sus integrantes, es decir los directores, gerentes y el resto del personal, comenzando por los recepcionistas. Efectivamente, lo que hace no mucho tiempo pocos hubieran creído, hoy es una realidad: el recepcionista ha cobrado un papel muy importante, por ser la primera persona de la organización que tiene contacto con el cliente o cualquier otra persona que desea hacer una consulta o presentar un reclamo.

Juran. J. (2001), ha escrito que “la calidad no sucede por accidente, sino que debe ser planificada”, agregando que, si el XX fue el siglo de la productividad, el XXI lo será de la calidad.

Es importante mencionar que las normas ISO en sus “Principios de gestión de la calidad”, establece que una organización depende de sus clientes y por lo tanto, debe evaluar y satisfacer sus necesidades actuales y futuras, procurando siempre superar sus expectativas a través de una evaluación sistemática de los insumos y desempeños. Este enfoque permite:

- Aumentar la participación en el mercado al dar flexibilidad y rapidez para responder a las oportunidades que presenta.
- Maximizar la eficiencia y eficacia en el empleo de los recursos de la organización.
- Reafirmar la lealtad y satisfacción del cliente, estimulándolo a que retorne con regularidad.

Así mismo pone énfasis en la atención del cliente conduciendo a:

- Comprender sus necesidades y expectativas, y transmitirlos a todos los integrantes de la organización.
- Asegurar que los objetivos de la organización estén vinculados a esas necesidades y expectativas.
- Medir la satisfacción del cliente y actuar en consecuencia.
- Promover un acercamiento entre los clientes que se encuentran satisfechos y otras partes interesadas dentro de la comunidad local y la sociedad en su conjunto.

b. Principios para la gestión de la calidad, según las Normas ISO

9000: A continuación, mencionamos los principios para la gestión de la calidad según las normas ISO.

1. **Enfoque al cliente:** La organización debe comprender las necesidades de los clientes, satisfacerlas y si es posible exceder sus expectativas.

2. **Liderazgo:** Los líderes en la conducción de la organización definen su orientación y deben lograr que el personal se involucre.
3. **Participación del personal**
4. **Enfoque basado en procesos:** Todas las actividades y los recursos relacionados se deben gestionar dentro de un proceso para su transformación en un resultado final que satisfaga al cliente.
5. **Enfoque de un sistema para la gestión:** Entender los procesos de una organización como un conjunto de elementos relacionados o que interactúan.
6. **Mejora continua.**
7. **Enfoque basado en hechos para la toma de decisión.**
8. **Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor**

c. Objetivos y beneficios de las Normas ISO:

Objetivos:

- Fomentar y desarrollar una cultura común de la calidad en el ámbito mundial.
- Servir de soporte en las relaciones comerciales entre las organizaciones, garantizando que el proveedor gestione

mediante un sistema de calidad, y por ende, los requerimientos del cliente deban ser satisfechos.

- Ayudar a las organizaciones a definir e implantar sistemas de aseguramiento de la calidad con vistas a elevar ésta en sus productos o servicios, así como a satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes.

Beneficios:

- Mejor control de la gestión
- Mejor percepción y mayor facilidad para eliminar los problemas de procedimiento.
- Uso de la norma como herramienta promocional.
- Aumento de la eficacia.
- Conservación de los clientes actuales
- Aumento de la satisfacción del cliente.
- Ayuda a captar nuevos trabajadores.
- Aumento de la presencia en el mercado.

d. Requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad:

Requisitos generales: Es importante tener en cuenta, que cada institución debe de gestionar estos procesos de acuerdo a los requisitos internacionales de la norma.

Requisitos de la documentación:

- Generalidades
- Manual de calidad
- Control de documentos
- Control de registros.

e. Norma ISO 15189, requisitos que deben de cumplir los laboratorios clínicos que analizan muestras biológicas de origen humano:

El Sistema de Gestión de Calidad y la Competencia Técnica de los LABORATORIOS CLÍNICOS, abarcando desde la etapa preanalítica hasta la postanalítica.

Busca que los PROFESIONALES DEL LABORATORIO CLÍNICO SE INVOLUCREN MÁS en la adecuada utilización e indicación de las pruebas y en la correcta interpretación y utilización de los resultados.

Exigencia de la Norma ISO 15189; En la actualidad, la acreditación de los laboratorios clínicos según el estándar ISO 15189, se está convirtiendo rápidamente en la norma mundial de excelencia para los laboratorios clínicos.

Requisitos de la Norma:

a. **Requisitos técnicos:** Se considera la cláusula 5.1- ISO

15189

- Personal
- Instalaciones y condiciones ambientales
- Equipos de laboratorio, reactivos y materiales fungibles
- Procesos pre-analíticos
- Procesos analíticos

b. **Requisitos específicos del sector**

c. **Requisitos clave**

Contenido mínimo de informes y certificados:

- Una identificación clara, sin ambigüedad del análisis incluyendo, cuando proceda, el procedimiento analítico.
- La identificación del laboratorio que emitió el informe.
- La identificación de todos los análisis que han sido realizados por un laboratorio subcontratista.
- La identificación del paciente y su ubicación en cada página.

- El nombre y otro identificador único del solicitante y la información de contacto del mismo.
- La fecha de la toma de la muestra primaria (y la hora si fuera relevante)

Comunicación de resultados: Se debe considerar la cláusula 5.9- ISO 15189

Condiciones mínimas a cumplir:

- Cuando la calidad de la muestra primaria recibida es inadecuada para el análisis, así se indicará en el informe de laboratorio.
- Cuando los resultados de los análisis se encuentran dentro de los intervalos ALARMANTES establecidos.
- Se han de mantener registro de las acciones tomadas que documentan la fecha, hora, miembro del personal del laboratorio, la persona a quien se avisa y los resultados
- Si el laboratorio implementa un sistema para la selección y notificación automatizadas de los resultados debe establecer un procedimiento donde figuren los criterios para la selección y notificación automatizadas.

2.2 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS:

- **Acción correctiva:** Acción tomada para eliminar la causa de no conformidades, defectos u otras situaciones indeseables existentes para evitar su repetición. Se distingue de la acción reparadora en que esta última se refiere a acciones dispuestas para una reparación, reproceso o ajuste de una no conformidad existente, destinadas a aliviar los síntomas de los problemas, pero sin eliminar sus causas. (Hosp.Emerg.Grau. Manual de Calidad. 2013)
- **Acción preventiva:** Acción tomada para eliminar las causas potenciales de no conformidades e identificar oportunidades de mejora, defectos u otras situaciones indeseables para prevenir su ocurrencia. Las acciones preventivas pueden generar cambios en procesos y procedimientos dirigidos a alcanzar el mejoramiento de la calidad en cualquier etapa del sistema de calidad. (Hosp.Emerg.Grau. Manual de Calidad. 2013)
- **Acreditación:** Procedimiento por el cual un organismo con autoridad reconoce formalmente que una organización, entidad o individuo es competente para llevar a cabo tareas específicas cumpliendo con estándares establecidos. Se miden competencias. (OPS. 2005).

- **Certificación:** Procedimiento por el cual una tercera parte proporciona garantía escrita de que un producto, proceso o servicio satisface los requisitos especificados.
Se miden conformidades.(OPS. 2005).

- **Cliente:** Organización o persona que recibe un producto. Para el Servicio se entiende a los pacientes, médicos, Centros asistenciales de la Red y Servicios hospitalarios. (MINSA. NTS n° 072- 2009)

- **Conformidad:** Cumplimiento de los requisitos especificados.(MINSA. NTS n° 072- 2009)

- **Control de Calidad:** Conjunto de métodos y actividades de carácter operativo que se utilizan para satisfacer el cumplimiento de los requisitos de calidad establecidos.(MINSA. NTS n° 072- 2009)

- **Eficacia:** Es el grado con que se alcanzan los resultados planificados o el grado de conformidad con los requisitos de calidad.(MINSA. NTS n° 072- 2009)

- **Eficiencia:** Es la relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados. Una mayor eficiencia significa reducir los

costos cumpliendo con los requisitos de calidad. (MINSA. NTS n° 072- 2009)

- **Evidencia objetiva:** Información cuya veracidad puede ser probada, basada en hechos conocidos a través de la observación, la medición u otros medios. (Hosp.Emerg.Grau. Manual de Calidad. 2013)
- **Medición:** Conjunto de operaciones que tiene por finalidad determinar el valor de una magnitud. (Hosp.Emerg.Grau. Manual de Calidad. 2013).
- **Proveedor:** Organización o persona que prevé el producto (Hosp.Emerg.Grau. Manual de Calidad. 2013).
- **SGC.** Sistema de Gestión de Calidad.
- **Proceso:** Grupo de actividades interrelacionadas que transforman elementos de entrada en elementos de salida. (Hosp.Emerg.Grau. Manual de Calidad. 2013).
- **Plan de Calidad:** Modelo de enfoque sistémico en el cual se enuncian los procesos clave, los de apoyo, los insumos y los productos. (Hosp.Emerg.Grau. Manual de Calidad. 2013)

- **Producto:** También se entiende por producto, el servicio proporcionado por la organización, hasta la entrega del Informe de análisis clínico. (Hosp.Emerg.Grau. Manual de Calidad. 2013).

- **Dirección General:** Jefe de Laboratorio Clínico.

- **Verificación:** Confirmación mediante examen y aporte de evidencias objetivas de que se han cumplido los requisitos especificados. Evaluación del desempeño de una entidad con respecto a su eficacia.

En el diseño y desarrollo, la verificación se refiere al proceso de examinar los resultados de una actividad dada para determinar su conformidad con los requisitos establecidos. (Hosp.Emerg.Grau. Manual de Calidad. 2013).

2.3 HIPÓTESIS

2.3.1 HIPÓTESIS GENERAL:

Los efectos de la implementación del Sistema de Calidad ISO 9001 son positivos, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015

2.3.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:

1. Los efectos de la implementación de los **procesos para la Organización del Sistema de Calidad ISO 9001** son **positivos**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015
2. Los efectos de la implementación del **proceso de gestión de Recursos Humanos del Sistema de Calidad ISO 9001** son **positivos**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015
3. Los efectos de la implementación del **proceso para Equipamiento del Sistema de Calidad ISO 9001** son **positivos**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015
4. Los efectos de la implementación del **proceso de evaluación de Proveedores y usuarios del Sistema de Calidad ISO 9001** son **positivos**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015
5. Los efectos de la implementación del **Control de procesos de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001** son **positivos**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015

6. Los efectos de la implementación del manejo de **Documentos y registros de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001son positivos**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015
7. Los efectos de la implementación del **Proceso de manejo de Incidentes, errores y accidentes de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001son positivos**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015
8. Los efectos de la implementación del **proceso de Evaluaciones internas y externas de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001son positivos**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015
9. Los efectos de la implementación del **Mejoramiento del proceso a través de medidas preventivas y correctivas de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001son positivos**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015
10. Los efectos de la implementación del **proceso para el Centro de trabajo y seguridad de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001son positivos**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015

2.4 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLE

- **Variable:** Implementación del sistema de calidad ISO 9001.
- **Definición de variable Implementación del sistema de calidad ISO 9001:** Es la implementación de procesos que comprende las normas ISO 9001, incluye la elaboración de documentos, la toma de decisiones y la ejecución que hacen factible se logre la satisfacción de los pacientes.

2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE: Por la naturaleza del trabajo lo consideramos en el capítulo de los resultados.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN:

Se aplicó la Investigación Tecnológica, para Piscoya (1982), citado por Sánchez C. H. y Reyes M. C. (2009. P. 39-40) señalan: “Las reglas tecnológicas a diferencia de las proposiciones o enunciados producidos por la investigación científica, se caracterizan porque no tienen sentido decir que ellas son verdaderas o falsa, sino más bien si son eficientes, si permiten el logro de objetivos propuestos, o son ineficientes en caso contrario”.

Considera los niveles descriptivo y explicativo, en el proceso de la investigación.

3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

En el presente trabajo de investigación se trabajó con el Diseño Descriptivo Longitudinal.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Se trabajó con todo el personal del Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau, que como observamos en la tabla, la Muestra Censal está constituida por:

- 6 Médicos
- 24 Tecnólogos médicos,
- 3 Laboratoristas clínicos,
- 24 Técnicos de laboratorio y
- 9 Digitadores.

Haciendo un total 66 personas.

Criterios de inclusión:

- Todo el personal del Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau

Criterios de exclusión:

- Personal de otros servicios

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Considerando que la investigación ha tenido como propósito fundamental la implementación del Sistema de Calidad ISO 9001, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau-2015, el procedimiento del uso de técnicas e instrumentos se detalla en el capítulo de resultados, ya que para su ejecución se ha considerado el procedimiento que se lleva a cabo de acuerdo a las Normas ISO-

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001 EN EL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA DEL HOSPITAL DE EMERGENCIA GRAU- 2015

Para llevar a cabo la implementación del Sistema de Calidad ISO 9001, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau, se consideró la matriz de operacionalización de variables, a continuación, se presenta:

Tabla 1
Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001	Organización	- Organigrama - MOF
	Recursos humanos	- Perfil - Plan de capacitación
	Equipamiento	- Identificación
	Proveedores y usuarios	- Ficha de calificación
	Control de proceso	- Programas de control interno - Manual de normas y procedimientos
	Documentos y registros	- Listado maestro de documentos
	Incidentes, errores, accidentes, no conformidades y complicaciones	- Plan de reacciones adversas - Procesos de reacciones adversas
	Evaluaciones internas y externas	- Evaluaciones internas semestrales - Evaluación externa
	Centro de trabajo y seguridad	- Manual de Bioseguridad - Manual de apego al lavado de manos

Fuente: Elaboración propia.

Así mismo se trabajó con el personal que labora en el Servicio de Patología Clínica Hospital de emergencia Grau, a continuación presentamos la tabla de especificaciones del personal involucrado en la implementación:

Tabla 2

Personal que contribuyó en la implementación

	NOMBRADOS	CONTRATADOS	TOTAL
PERSONAL MEDICO	3	3	6
TECNOLOGOS MEDICOS	8	16	24
LABORATORISTAS CLINICOS	3		3
TECNICO DE LABORATORIO	12	12	24
DIGITADORES	3	6	9
TOTAL			66

Fuente: Servicios de Patología Clínica Hospital de emergencia Grau

Como podemos observar, participaron:

- 3 Médicos nombrados y 3 contratados, en total 6.
- 8 Tecnólogos médicos nombrados y 16 contratados, en total 24.
- 3 Laboratoristas clínicos nombrados.
- 12 Técnicos de laboratorio nombrados y 12 contratados, en total 24.
- 3 Digitadores, 3 nombrados y 6 contratados, en total 9.

Asimismo, se consideraron varias etapas, a continuación, describiremos las acciones realizadas:

4.1.1 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

Consideramos los resultados llevados a cabo en el Diagnóstico Situacional que se llevó a cabo en el año 2011, del Hospital III Emergencias Grau:

a. Antecedentes:

- El Hospital III Emergencias Grau, es el único hospital nivel III de Lima Metropolitana.
- Inaugurado el 12 de agosto de 1961 con el nombre de *POLICLINICO OBRERO Nº 1 DE LIMA*, de la ex Caja Nacional del Seguro Social Obrero.
- Contaba con 20 profesionales médicos y 39 consultorios físicos, además de los servicios de ayuda diagnóstica, como: Laboratorio Clínico, Radiodiagnóstico y Farmacia.
- A partir de 1995 se realizan intervenciones quirúrgicas de Cirugía General
- En 1996 se inaugura la Hospitalización de Medicina.
- En el año 1997, hospitalización de Pediatría.
- A la fecha cuenta con 300 camas de hospitalización
- UCI neonatal últimamente habilitada.

- El Laboratorio Clínico ahora Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica, actualmente con procedimientos automatizados con tecnología de punta.
- Cuenta con seis áreas de trabajo, hematología, bioquímica, inmunología, microbiología con su laboratorio de TBC, Banco de Sangre y Anatomía Patológica, que brindan servicio básicos y especializados.

b. **Accesibilidad geográfica:** El Hospital Emergencias Grau se encuentra ubicado en el distrito de La Victoria, cuadra tres de la Av. Grau, ubicación estratégica, accesible a muchos distritos.

c. **Población adscrita:** La población adscrita al Hospital III Emergencias Grau es de 87927 asegurados, pertenecientes al distrito de la Victoria.

d. **Análisis del entorno externo:**

Aspecto sociocultural:

- Escasa cultura en salud (preventiva).
- Malos hábitos alimenticios, salud mental y riesgo a agentes contaminantes.

Aspecto tecnológico:

- Mejor posicionamiento del país a nivel económico, que permite acceso a tecnología de punta.

Aspecto político:

- ASEGURAMIENTO UNIVERSAL: Aprobado por ley 293344.
Toda la población tiene acceso a la atención de salud.

Aspecto demográfico:

- Según censo nacional del año 2007, la población del Perú fue de 28 millones 482 mil habitantes y de acuerdo con proyecciones de INEI, llegará a 33 millones, 149 mil habitantes para el año 2021.

e. Análisis del entorno interno:

- El Recurso Humano es insuficiente, se logra cubrir con horas extras en lo posible. Ya que se cuenta con 6 médicos, 24 tecnólogos médicos, 3 laboratoristas clínicos, 24 técnicos de laboratorio y 9 digitadores.
- Ausentismo laboral en todos los grupos profesionales, por exceso en los descansos médicos, permisos, faltas y tardanzas.

- Capacitación y motivación insuficiente para todo el personal, a la fecha se cuenta con un plan de capacitación institucional aprobado posterior a las fechas programadas
- Poca identificación de un grupo de trabajadores, resistentes al cambio.

f. Infraestructura

Ubicación: en el sótano del edificio, área pequeña y acondicionada. La construcción y acabados no cumplen con los estándares mínimos de bioseguridad ni normas vigentes.

Sin luz ni ventilación natural; las instalaciones eléctricas son inadecuadas, con constantes bajas de voltaje.

Servicio sanitario insuficiente para la cantidad de personal que labora.

El área de Anatomía Patológica no cuenta con un sistema de ventilación acorde con las necesidades del área.

Falta de un mantenimiento preventivo de infraestructura.

Se cuenta con proyectos de reubicación en curso:

- Laboratorio de Emergencia en el primer piso
- Anatomía Patológica en el sexto piso
- Laboratorio central reestructurado.

g. Equipamiento: Cuenta con;

Equipamiento propio:

- Cantidad insuficiente para la demanda
- El 60% relativamente nuevos, en el área de Tuberculosis en su mayoría con más de 30 años, reposición en curso.
- Equipos de informática insuficientes.
- Programa de mantenimiento de frecuencia inadecuada.

Equipamiento en cesión en uso:

- Cumplen directiva 04, menos de cuatro años de antigüedad. Pese a ello tenemos por renovar.
- Cuentan con un programa de mantenimiento preventivo y correctivo. Se tiene dificultades de cumplimiento con una empresa proveedora.
- Dificultades de cambio por la modalidad de compras.

Insumos y reactivos

- El requerimiento y abastecimiento se rige al petitorio institucional de Patología Clínica vigente del 2012, clasificado por áreas y niveles hospitalarios; motivo por el cual cada centro asistencial tiene limitaciones como en nuestro caso.
- Gestión de compras de reactivos e insumos con presupuesto centralizado, se tuvo desabastecimiento, a la fecha sólo con los que no corresponden al nivel hospitalario.
- Las compras generalmente son por procesos de menor cuantía y/o compras directas por lo tanto en cantidades pequeñas para corto tiempo:
 - No permite mayor competencia a nivel de proveedores.
 - Pérdida de tiempo en el seguimiento logístico.
- Registro del movimiento de reactivos recientemente estandarizado e implementado en todas las áreas.
- Dificultades con el almacenaje de los reactivos e insumos del Hospital, por espacio y condiciones adecuadas de cadena de frío.
- Falta de oportunidad en la atención del almacén central.

h. Estructura Organizacional:

Dirección

Órganos de Línea:

- Departamento de Medicina
 - Departamento de Especialidades Médicas
 - Departamento de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento
-
1. Servicio de Farmacia
 2. Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica
 3. Servicio de Radiología
 4. Coordinación de Servicio Social
 5. Coordinación de Nutrición
 6. Coordinación de Psicología.
-
- Departamento de Cirugía
 - Departamento de Especialidades Quirúrgicas
 - Departamento Materno – Perinatal.

i. Gestión:

Documentos de gestión:

- En espera de la validación del MOF presentado en diciembre 2012.
- Manuales de procedimientos y bioseguridad desactualizados.
- No se cuenta con Plan de Capacitación Interna.
- No se cuenta con manual de la calidad.
- No se cuenta con manual de técnicas analíticas

Procesos:

Procesos técnicos y asistenciales no establecidos ni estandarizados

j. Fases

Fase Pre - Analítico (Toma de muestra)

- Solicitudes de laboratorio no legibles: Formato elaborado, para difusión
- Incremento de solicitudes de pacientes hospitalizados en el turno tarde, recarga la emergencia.

- “Mala información y/o indicaciones inadecuadas” a los pacientes para la toma de muestra, recolección de muestras u obtención de resultados, pese a contar con indicaciones por escrito.
- Falta de procesos estandarizados para toma de muestra de exámenes que se envían al Hospital Almenara.
- Falta de proceso y plan de atenciones a reacciones adversas a la toma de muestra.

Fase Analítica

- Resistencia en la implementación de los registros de control de calidad interno y evaluación para las acciones correctivas.
- Protocolos de trabajo no actualizados.
- Falta de identificación de algunos profesionales en la implementación de un sistema de informático de Laboratorio.
- Repeticiones de análisis por distintas causas, no registradas.
- En ocasiones los analizadores inoperativos por falta de mantenimiento diario de manera adecuada.

Fase Post - Analítica

- Impresoras inadecuadas.
- No todas las pruebas pueden ser validadas por el Patólogo Clínico, por falta de personal

- Colas de pacientes para recepcionar los resultados de sus análisis.
- Incomodidad para los pacientes cuando no se encuentran registrados en el SGH.

k. Análisis de la Oferta y la Demanda:

Oferta:

- El Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica de la rutina atiende las 12 horas del día incluido el laboratorio de TBC y 24 horas el laboratorio de emergencia
- No existe diferimiento de citas.
- El Banco de Sangre tipo I cubre la atención a los pacientes las 24 horas del día.
- Se brinda además servicios a los Centros Asistenciales de menor nivel resolutivo de la Red.

Tabla 3

Cartera de servicio

AREA	CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD PRODUCTORA DE PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA
HEMATOLOGIA	Hemogramas Hemoglobina hematocrito Perfil de coagulación (Tiempo de protrombina, tiempo de tromboplastina, fibrinógeno, tiempo de trombina) Reticulocitos

	Gota Gruesa	
MICROBIOLOGIA	Cultivos varios con antibiograma automatizado: orina, secreciones, líquidos corporales, heces Pruebas parasitológicas, thevenon Descarte de hongos, directo y cultivo BK en esputo directo Cultivo de BK Detección de sangre en heces Rotavirus	
INMUNOLOGIA	Perfil tiroideo (TSH, T3libre, T4libre) Hormonas femeninas (FSH, LH, Estradiol, Prolactina, progesterona) Sub unidad beta PSA total y libre Marcadores tumorales (CEA, AFP, Ca 19.9, Ca 125) Testosterona Vitamina B12 Ac. Fólico Ferritina HIV Marcadores virales de hepatitis (Core de hepatitis B, antígeno de superficie de hepatitis B, anticuerpo de hepatitis C) RPR Aglutinaciones Set de brucellas	
BIOQUIMICA	Glucosa Urea Creatinina Perfil hepático Perfil lipídico Hemoglobina glicosilada Calcio	Factor reumatoideo Hierro sérico Transferrina Proteína C reactiva Test de ADA Calcio en orina Fósforo en orina

	Fosforo Ac. Urico Electrolitos Gases arteriales Marcadores cardiacos (CPK mb, Troponina) Proteinuria Depuración de creatinina Ac. Urico en orina Amilasa Lipasa
BANCO DE SANGRE	Almacenamiento y Despacho de hemocomponentes Pruebas cruzadas Detección de grupo sanguíneo Coombs directo Coombs indirecto Variante DU
ANATOMIA PATOLOGICA	Citología Patología quirúrgica Histoquímica

Demanda:

Análisis de la Demanda:

Cobertura:

- A diario se tiene entre 400 a 450 pacientes de consulta externa previamente citados.
- Se atiende todas las solicitudes urgentes y emergentes de pacientes de la emergencia y hospitalizados las 24 horas del día.

- Se atiende la demanda de los CAS de la Red.
- Los primeros meses del año la producción es menor en relación al desabastecimiento de reactivos e insumos

Tabla 4

Consultorios que son atendidos según la demanda

MEDICINA	Medicina General Gastroenterología Cardiología Neurología Neumología Dermatología Endocrinología Hematología clínica Geriatria Medicina Física y rehabilitación Reumatología Psiquiatría Infectología
CIRUGIA	Cirugía General Traumatología Especialidades Quirúrgicas: Urología Otorrinolaringología Oftalmología
GINECOBSTETRICIA	Ginecología Obstetricia
PEDIATRIA	Neonatología Medicina Pediátrica

	Control de niño sano
PATOLOGIA	Patología mamaria
OTROS	Nutrición Psicología Odontología

Tabla 5

**Servicios de emergencia y hospitalización que son atendidos,
según demanda**

EMERGENCIA	Tópico de Emergencia Shock Trauma Observación de emergencia UCI - UCIN
HOSPITALIZACION	Sala de observaciones Hospitalización de varones Hospitalización de mujeres Hospitalización de cirugía Hospitalización de infectología Hospitalización de traumatología

Tabla 6

Producción en el Laboratorio, durante el año 2012

ANALISIS CLINICOS	EN E	FE B	MA R	ABR IL	MA YO	JU N	JUL	AG OS	SET	OC T	NO V	DIC	total
OTROS SERVICIOS	374	998	1036	980	2976	1081	1077	1032	854	858	1141	1242	13649
OTROS ESTABLECIMIENTOS	12463	11699	12680	14130	12601	13218	11089	8406	6374	7617	11559	11247	133123
CONSULTA EXTERNA	43088	44892	45389	42593	47530	47951	46526	32666	30923	37231	52064	42993	513846

4.1. 2 PLAN DE IMPLEMENTACIÓN ISO 9001

Se presentó el Plan de Implementación ISO 9001 al personal del área:

- 6 Médicos
- 24 Tecnólogos médicos,
- 3 Laboratoristas clínicos,
- 24 Técnicos de laboratorio y
- 9 Digitadores.

Introducción

- Bienvenida.
- Hablaremos de los roles del “Equipo de Dirección ISO” y de los “Equipos de Realización de Tareas”.

Se explicó, los aspectos considerados:

a. **Planeamiento estratégico:** El Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau, presentó:

- **Misión:** Proporcionar servicios de Análisis Clínico y Anátomo Patológico con calidad, calidez y de manera oportuna a todos los pacientes asegurados que acudan al Laboratorio del Hospital III Emergencias Grau. Es- Salud.
- **Visión:** El Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica está orientado al 2016 a ser un Laboratorio líder, acreditado que permita la mejora continua para satisfacer con equidad, eficiencia, calidad y oportunidad los análisis de ayuda al diagnóstico; contando con la calidad humana y profesional del personal y con analizadores de alta tecnología y en buen estado de servicio.
- **Valores:**
 - **Responsabilidad:** Total responsabilidad de nosotros mismos asumiendo las consecuencias de nuestras acciones, apoyando las responsabilidades de los demás.

- **Calidad:** El usuario es la razón de ser de nuestro establecimiento, al que debemos brindar servicios de calidad para lograr su satisfacción.
- **Profesionalismo:** Comportamiento y actitudes que se rigen por normas preestablecidas del respeto, objetividad, mesura y efecto de vida en las diferentes actividades que desempeña cada grupo profesional.

b. Acciones previas para la implementación: Se llevó a cabo las siguientes actividades:

1. Nombramiento del Jefe de Proyecto, encargado de preparar el Plan a cargo de la investigadora).
2. La Dirección constituyó el equipo de dirección ISO (Comité de calidad)
3. El equipo llevó acabo el análisis de deficiencias.
4. Se llevó acabo la Capacitación: ISO 9001:2000
5. Los Equipos de Realización de Tareas, estuvieron a cargo de la revisión de:
 - Plantillas de procedimientos y los procesos actuales
 - Resultados del Análisis de Deficiencias
 - La plantilla de procedimiento de la organización
 - Procedimiento que ha sido editado al Equipo de Dirección ISO para su aprobación

- Tomar cualquier otra medida necesaria para la implementación del nuevo procedimiento.

- 6. El Equipo de Dirección ISO revisó los procedimientos
- 7. Se capacitó a los Auditores Internos para que lleven a cabo la auditoría interna (Comité de calidad)
- 8. Los nuevos procedimientos del Sistema de Calidad se usaron durante algunos meses, al tiempo que se irán haciendo los registros y las mejoras que se vean convenientes.
- 9. El Comité de calidad realizó auditoría del sistema.

c. Proceso de Implementación: Se consideraron elementos del Sistema de gestión de la calidad según la Norma ISO 9001:

1. Organización
2. Recursos humanos
3. Equipamiento
4. Proveedores y usuarios
5. Control del proceso
6. Documentos y registros
7. Incidentes, errores, accidentes, no conformidades y complicaciones
8. Evaluaciones internas y externas

9. Mejoramiento del proceso a través de medidas preventivas y correctivas
10. Centro de trabajo y seguridad

El siguiente acápite estará destinado a responder las hipótesis descriptivas que se ha formulado para el presente trabajo considerando lo señalado en el presente numeral.

4.2 CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS:

De acuerdo al tipo de investigación planteada, responderemos a las hipótesis descriptivas:

4.2.1 Hipótesis General:

H_G: Los efectos de la implementación del Sistema de Calidad ISO 9001 son positivos, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015.

H₀: Los efectos de la implementación del Sistema de Calidad ISO 9001 no son positivos, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015.

Como se puede evidenciar el logro de cada hipótesis específicas, lo que significa que se acepta la hipótesis general de investigación; es decir: **Los efectos de la implementación del Sistema de Calidad**

ISO 9001 son positivos, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015.

4.2.2 Hipótesis Específicas:

Hipótesis 1:

H₁: Los efectos de la implementación de los **proceso para la Organización del Sistema de Calidad ISO 9001 son positivos**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015

H₀: Los efectos de la implementación del **proceso para la Organización del Sistema de Calidad ISO 9001 no son positivos**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015

Para contrastar la siguiente hipótesis, se presenta las acciones llevadas a cabo:

Tabla 7

ACCIONES	CRITERIO	UNIDAD DE MEDIDA
1. Organigrama (se actualizó)	Es la representación gráfica de la estructura del Servicio de Patología Clínica, que muestra las relaciones entre las diferentes áreas.	Organigrama validado. (Anexo 2)
2. MOF (se actualizó)	Documento normativo que describe las funciones específicas, a nivel de cargo o puesto de trabajo.	Manual aprobado. (Anexo 3)
3. Se elaboró el Manual de Calidad	Es el documento guía del Sistema de Gestión de la Calidad, desarrollando todos los epígrafes de la norma ISO 9001, aplicada al Servicio de Patología Clínica.	Manual aprobado. (Anexo 4)
4. Se constituyó el Comité de calidad	Es un órgano delegado por la Jefatura, de carácter técnico, cuyo objetivo es fomentar la calidad y mejora continua del Servicio de Patología Clínica. Reconocida por la alta Dirección	Resolución Directoral de la constitución de Comité de calidad. (Anexo 5)
5. Se planteó la política de calidad del Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> - Es el marco que estableció las líneas de acción del Servicio de Patología Clínica en materia de Gestión de la Calidad - Se describe el conjunto de directrices, intenciones y compromisos del laboratorio con respecto a la calidad. Se puede incluir la Misión, la Visión y los objetivos de la Calidad. 	Política de calidad establecida y validada. (Anexo 6)

Como podemos observar se llevaron a cabo:

1. La actualización del Organigrama del Servicio de Patología Clínica.
2. Se actualizó el MOF.
3. Se elaboró el Manual de Calidad, de acuerdo a la norma ISO 9001, aplicada al Servicio de Patología Clínica.
4. Se constituyó el Comité de calidad, cuyo objetivo es fomentar la calidad y mejora continua del Servicio de Patología Clínica.
5. Se planteó la política de calidad del Laboratorio.

Por lo tanto, queda demostrada la hipótesis específica 1: Los efectos de la implementación del proceso de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001 son positivos, para el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015.

Hipótesis 2:

H₂: Los efectos de la implementación del **proceso de gestión de Recursos Humanos del Sistema de Calidad ISO 9001 son positivos**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015

H₀: Los efectos de la implementación del **proceso de gestión de Recursos Humanos del Sistema de Calidad ISO 9001 no son positivos**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015

Para contrastar la siguiente hipótesis, se presenta las acciones llevadas a cabo:

Tabla 8

ACCIONES	CRITERIO	UNIDAD DE MEDIDA
1. Se elaboró el perfil profesional de cada uno de los trabajadores	Es el conjunto de capacidades y competencias que posee una persona, que le permitirá asumir responsabilidades propias de una determinada profesión .	Perfil profesional elaborado de cada uno de los colaboradores del Servicio, el que debe actualizarse cada 2 años. (Anexo 7)
2. Se elaboró el Plan de Capacitación Anual del personal- y su desarrollo	Un plan de capacitación es la traducción de las expectativas y necesidades del Servicio para un determinado periodo de tiempo (un año9). Éste corresponde a las expectativas que se quieren satisfacer	Plan de capacitación anual y fichas de participación. (Anexo 8)

Los resultados, muestran que:

- Se elaboró el perfil profesional de cada uno de los trabajadores para identificación de competencias y evaluación de necesidad de capacitación.
- Se elaboró el Plan de Capacitación Anual del personal y su desarrollo.

Quedando demostrada la hipótesis específica 2. Los efectos de la implementación del proceso de gestión de Recursos Humanos

del Sistema de Calidad ISO 9001 son positivos, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015.

Hipótesis 3 :

H3: Los efectos de la implementación del **proceso de manejo de Equipamiento del Sistema de Calidad ISO 9001** son **positivos**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015

H0: Los efectos de la implementación del **proceso de manejo de Equipamiento del Sistema de Calidad ISO 9001** **no son positivos**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015

Para contrastar la siguiente hipótesis, se presenta las acciones llevadas a cabo:

Tabla 9

ACCIONES	CRITERIO	UNIDAD DE MEDIDA
1. Se identificó el equipamiento crítico		(Anexo 9)
2. Se solicitó el plan de mantenimiento para el monitoreo respectivo	Un plan de mantenimiento es el conjunto de tareas de mantenimiento programado, agrupadas o no siguiendo algún tipo de criterio, y que incluye a una serie de equipos del servicio.	Plan de mantenimiento de equipos anual (Anexo 10)

Los resultados, muestran que:

- Se identificó el equipamiento crítico, formulando el listado
- Se solicitó a ingeniería hospitalaria el Plan de mantenimiento de equipos, que permitió hacer el seguimiento al cumplimiento correspondiente.

Quedando demostrada la hipótesis específica 3. Los efectos de la implementación del proceso de manejo de Equipamiento del Sistema de Calidad ISO 9001 son positivos, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015.

Hipótesis 4 :

H4: Los efectos de la implementación del **proceso de evaluación de Proveedores y usuarios del Sistema de Calidad ISO 9001 son positivos**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015

H0: Los efectos de la implementación del **proceso de evaluación de Proveedores y usuarios del Sistema de Calidad ISO 9001 no son positivos**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015

Para contrastar la siguiente hipótesis, se presenta las acciones llevadas a cabo:

Tabla 10

ACCIONES	CRITERIO	UNIDAD DE MEDIDA
1. Se implemento la ficha de calificación del proveedor	Establece que la organización debe "evaluar y seleccionar los proveedores en función de su capacidad para suministrar productos de acuerdo con los requisitos de la organización	Evaluación post venta de los proveedores (Anexo 11)

Los resultados, muestran que en esta etapa se implementó la ficha de calificación a los proveedores.

Quedando demostrada la hipótesis específica 3. Los efectos de la implementación del proceso de Proveedores y usuarios del Sistema de Calidad ISO 9001 son positivos, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015.

Hipótesis 5:

H5: Los efectos de la implementación del **Control de proceso de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001 son positivos**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015

H₀: Los efectos de la implementación del **Control de proceso de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001 no son positivos**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015

Para contrastar la siguiente hipótesis, se presenta las acciones llevadas a cabo:

Tabla 11

ACCIONES	CRITERIO	UNIDAD DE MEDIDA
1. Se elaboró programas de control interno en cada área	Metodología documentada en un manual por áreas de laboratorio(inmunología, microbiología, bioquímica, hematología)	Manual de calidad de Inmunología, microbiología, bioquímica y hematología elaborada y validada. (Anexos 12, 13, 14, 15)
2. Se elaboró el Manual de normas y procedimientos operativos		Manual de normas y procedimientos elaborado y validado (Anexo 16)
3. Se elaboró el Manual de técnicas analíticas		Manual de técnicas analíticas elaborado y validado (Anexo 17)
4. Se elaboró el mapa de procesos, procesos pre analíticos, analíticos y post analíticos		Se elaboraron e implementaron procesos pre analíticos, analíticos y post analíticos, así como el mapa de procesos (Anexo 18)

Los resultados, muestran que se elaboraron:

- Programas de control interno en cada área
- Manual de normas y procedimientos operativos
- Manual de técnicas analíticas
- Mapa de procesos, procesos pre analíticos, analíticos y post analíticos

Quedando demostrada la hipótesis específica 5; Los efectos de la implementación del **Control de proceso de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001 son positivos**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015

Hipótesis 6:

H₆: Los efectos de la implementación del control de **Documentos y registros de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001son positivos**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015

H₀: Los efectos de la implementación del control de **Documentos y registros de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001no son positivos**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015

Para contrastar la siguiente hipótesis, se presenta las acciones llevadas a cabo:

Tabla 12

ACCIONES	CRITERIO	UNIDAD DE MEDIDA
1. Control maestro de documentos	El laboratorio debe controlar los documentos requeridos por el sistema de gestión de la calidad y se debe asegurar que se previene el uso inadvertido de cualquier documento obsoleto. Un sistema para la elaboración, identificación, liberación, distribución, archivo y cambio de documentos.	Se cuenta con el registro de control de documentos (Anexo 19)
2. Se elaboró el listado maestro de registros		

Los resultados, muestran que se elaboraron:

- El Control maestro de documentos
- El listado maestro de registros

Quedando demostrada la hipótesis específica 6; los efectos de la implementación del control de **Documentos y registros de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001** son positivos, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau-2015

Hipótesis 7:

H₇: Los efectos de la implementación del **Proceso del manejo de Incidentes, errores y accidentes de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001 son positivos**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015

H₀: Los efectos de la implementación del **Proceso del manejo de Incidentes, errores y accidentes de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001 no son positivos**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015

Para contrastar la siguiente hipótesis, se presenta las acciones llevadas a cabo:

Tabla 13

ACCIONES	CRITERIO	UNIDAD DE MEDIDA
1. Se elaboró un plan de reacciones adversas a la toma de muestra y procedimientos de pruebas especiales	Permite determinar y seleccionar oportunidades de prevención a complicaciones o efectos adversos	plan de reacciones adversas elaborada y validada (Anexo 20)
2. Se elaboró los procesos de reacciones adversas		Proceso implementado (Anexo 21)
3. Se implementó el registro de no conformidades	Permite determinar y seleccionar oportunidades de mejora e implementar las acciones necesarias	Se cuenta con registro de no conformidades implementado

Los resultados, muestran que se elaboraron:

- El Plan de reacciones adversas a la toma de muestra y procedimientos de pruebas especiales
- Los procesos de reacciones adversas
- La implementación del registro de no conformidades

Quedando demostrada la hipótesis específica 7; los efectos de la implementación del **Proceso de Incidentes, errores y accidentes de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001 son positivos,** en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau-2015

Hipótesis 8:

H₈: Los efectos de la implementación del proceso de **Evaluaciones internas y externas de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001 son positivos**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015

H₀: Los efectos de la implementación del proceso de **Evaluaciones internas y externas de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001 no son positivos**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015

Para contrastar la siguiente hipótesis, se presenta las acciones llevadas a cabo:

Tabla 14

ACCIONES	CRITERIO	UNIDAD DE MEDIDA
1. Se programó y cumplió las evaluaciones internas semestrales	Las evaluaciones internas (auditoría interna) permite obtener la Certificación de que "sus actividades son realizadas de acuerdo con las Normas establecidas.	El comité de calidad lleva acabo evaluaciones internas semestrales, con informe correspondiente. (Anexo 22)
2. Se llevó una evaluación externa por SUSALUD	Evaluaciones de desempeño	Se tuvo supervisión de su salud, ente normativo, extrainstitucional (Anexo 23)

Los resultados, muestran que:

- Se programó y cumplió las evaluaciones internas semestrales.
- Se llevó una evaluación externa por SUSALUD

Quedando demostrada la hipótesis específica 8; efectos de la implementación del proceso de **Evaluaciones internas y externas de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001** son positivos, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau-2015.

Hipótesis 9:

H₉: Los efectos de la implementación del **Mejoramiento del proceso a través de medidas preventivas y correctivas de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001** son positivos, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015

H₀: La implementación del **Mejoramiento del proceso a través de medidas preventivas y correctivas de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001** está en proceso.

Para contrastar la siguiente hipótesis, se presenta las acciones llevadas a cabo:

Tabla 15

ACCIONES	CRITERIO	UNIDAD DE MEDIDA
En implementación	Permite determinar y seleccionar las oportunidades de mejora e implementar cualquier acción necesaria para cumplir los requisitos del cliente y aumentar la satisfacción del cliente	En implementación. Se ha implementado los registros de no conformidades, estamos en proceso de recolección de datos para ser evaluados y poder adoptar las medidas correctivas y preventivas.

Como podemos observar aún está en proceso, por lo tanto, **se acepta la hipótesis nula**; es decir la implementación del Mejoramiento del proceso a través de medidas preventivas y correctivas de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001 **está en proceso.**

Hipótesis 10:

H₁₀: Los efectos de la implementación del **proceso para el Centro de trabajo y seguridad de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001**son **positivos**, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015

H₀: Los efectos de la implementación del **proceso para el Centro de trabajo y seguridad de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001**no son **positivos**, en el

Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia
Grau- 2015

Para contrastar la siguiente hipótesis, se presenta las acciones llevadas a cabo:

Tabla 16

ACCIONES	CRITERIO	UNIDAD DE MEDIDA
1. Se elaboró el Manual de Bioseguridad	Normas y medidas orientadas a proteger al personal que labora en el laboratorio, a los pacientes, visitantes y al medio ambiente que pueden ser afectados como resultado de la actividad asistencial	Manual de bioseguridad elaborado y validado. (Anexo 24)
2. Se elaboró el Manual de apego al lavado de manos	Medidas de monitoreo al desarrollo de proceso de lavado de manos	Manual de apego al lavado de manos elaborado y validado (Anexo 25)
3. Se estableció los procesos de eliminación de residuos sólidos		Proceso validado y establecido (Anexo 26)

Los resultados, muestran que:

- Se elaboró el Manual de Bioseguridad
- Se elaboró el Manual de apego al lavado de manos
- Se estableció los procesos de eliminación de residuos sólidos

Quedando demostrada la hipótesis específica 10; es decir los efectos de la implementación del **proceso para el Centro de**

trabajo y seguridad de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001 son positivos, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015

4.3 RESUMEN DE RESULTADOS:

A continuación, presentamos una tabla resumen de la situación antes de empezar la implementación del Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001, y las actividades logradas. (documentos, procesos), de acuerdo a cada objetivo planteado.

Tabla 17
Resumen de resultados

OBJETIVOS	ANTES	DESPUES
1. Identificar los efectos de la implementación del proceso de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organigrama desactualizado al 2002. 2. MOF en proceso de actualización. 3. No existía el Manual de Calidad. 4. No existía un Comité de calidad. 5. No se tenía establecido una política de calidad del Laboratorio. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organigrama (se actualizó). 2. MOF (se actualizó). 3. Se elaboró el Manual de Calidad. 4. Se constituyó el Comité de calidad. 5. Se planteó la política de calidad del Laboratorio.
2. Señalar los efectos de la implementación del proceso de Recursos Humanos del Sistema de	<ol style="list-style-type: none"> 1. No existía una evaluación de la necesidad de capacitación del personal que labora en el 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se elaboró el perfil profesional de cada uno de los trabajadores.

<p>Calidad ISO 9001, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015</p>	<p>servicio y la competencia de cada uno. 2. No existía Plan de Capacitación interna Anual del personal y su desarrollo.</p>	<p>2. Se elaboró el Plan de Capacitación Anual del personal- y su desarrollo.</p>
<p>3. Describir los efectos de la implementación del proceso de Equipamiento del Sistema de Calidad ISO 9001, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015</p>	<p>1. La existencia de equipamiento no estaba identificado como necesidad o critica. 2. No se contaba con el plan de mantenimiento de los equipos para control y monitoreo respectivo.</p>	<p>1. Se identificó el equipamiento crítico. 2. Se solicitó el plan de mantenimiento al área de ingeniería hospitalaria para el monitoreo respectivo.</p>
<p>4. Identificar los efectos de la implementación del proceso de Proveedores y usuarios del Sistema de Calidad ISO 9001, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015</p>	<p>1. No se contaba con la ficha de calificación del proveedor.</p>	<p>1. Se implemento la ficha de calificación del proveedor.</p>
<p>5. Señalar los efectos de la implementación del Control y proceso de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015</p>	<p>1. No se contaba con manuales de programas de control interno en cada área. 2. El Manual de normas y procedimientos operativos desactualizado, del año 1999 3. No se contaba con Manual de técnicas analíticas. 4. No se contaba con el mapa de procesos, pre analíticos, analíticos y post analíticos.</p>	<p>1. Se elaboró manual de programas de control interno en cada área. 2. Se elaboró el Manual de normas y procedimientos operativos. 3. Se elaboró el Manual de técnicas analíticas. 4. Se elaboró el mapa de procesos, pre analíticos, analíticos y post analíticos.</p>
<p>6. Describir los efectos de la implementación de Documentos y registros</p>	<p>1. No se contaba con documentos por lo tanto no se tenía el Control maestro de los mismos.</p>	<p>1. Se implementó el Control maestro de documentos.</p>

<p>de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015</p>	<p>2. No se contaba con el listado maestro de los registros.</p>	<p>2. Se elaboró el listado maestro de registros.</p>
<p>7. Identificar los efectos de la implementación del Proceso de Incidentes, errores y accidentes de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015</p>	<p>1. No se contaba con un plan de reacciones adversas a la toma de muestra y procedimientos de pruebas especiales.</p> <p>2. No se contaba con el proceso de atención de reacciones adversas.</p> <p>3. No se contaba con el registro de no conformidades.</p>	<p>1. Se elaboró un plan de reacciones adversas a la toma de muestra y procedimientos de pruebas especiales.</p> <p>2. Se elaboró el proceso de atención de reacciones adversas.</p> <p>3. Se implementó el registro de no conformidades.</p>
<p>8. Describir los efectos de la implementación del proceso de Evaluaciones internas y externas de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015</p>	<p>1. El servicio no pasaba por evaluaciones internas (autoevaluaciones).</p> <p>2. Se tenía supervisiones externas, sin oportunidad a levantamiento de observaciones.</p>	<p>1. Se programó y cumplió las evaluaciones internas semestrales.</p> <p>2. Se llevó a cabo levantamiento de observaciones de la evaluación externa por SUSALUD.</p>
<p>9. Describir los efectos de la implementación del Mejoramiento del proceso a través de medidas preventivas y correctivas de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001, en el Servicio de Patología Clínica del</p>	<p>No se contaba con registro de no conformidades para identificación de problemas.</p>	<p>Se implementó registro, en periodo de recolección de datos</p>

Hospital de Emergencia Grau- 2015		
10. Identificar los efectos de la implementación del proceso de Centro de trabajo y seguridad de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se contaba con el Manual de Bioseguridad desactualizado (año 2004) 2. No se contaba con el Manual de apego al lavado de manos. 3. No se contaba con el proceso de eliminación de residuos sólidos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se elaboró el Manual de Bioseguridad. 2. Se elaboró el Manual de apego al lavado de manos. 3. Se estableció el proceso de eliminación de residuos sólidos.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Como se puede observar después de la implementación

Los aspectos que mejoraron fueron:

- La primera fase de implementación del sistema de gestión de la calidad, significó mejora en el Servicio.
- El capacitar el recurso humano, sensibilizar al trabajo en equipo y sobretodo el desempeño de acuerdo a procesos estandarizados y establecidos en cada área de trabajo del Laboratorio

- El proceso en la atención al paciente
- Implementación de las medidas de bioseguridad
- La optimización de los recursos por la implementación de procesos mejora la oportunidad en la emisión de los resultados que posteriormente podrán ser evaluados a través de indicadores de gestión y calidad.
- Mayor y mejor comunicación con los clínicos y personal de todo el hospital para absolver dudas y emitir sugerencias.
- Mejor manejo de los bienes estratégicos

Los servicios que beneficiaron:

- Mejora en percepción de nuestros clientes internos (los clínicos)
- Atención personalizada para los pacientes de UCI neonatal respecto a pruebas microbiológicas
- Mejoró el flujo de atención y medidas de bioseguridad a los pacientes del programa de TBC
- Valor agregado para la atención de la emergencia, así como para hematología clínica
- Mejora en la atención a los pacientes para toma de muestra

En cuanto a la participación del recurso humano:

A un inicio resistencia al cambio, de trabajar bajo procesos establecidos, posteriormente participación de un trabajo en equipo

de la gran mayoría. Identificación y deseo de buenos resultados ante las evaluaciones internas y externas.

Si bien es cierto es un trabajo inédito, lo relacionaremos con los trabajos que recopilamos en los antecedentes presentados:

- En relación a la tesis de **Podestá Gavilano, Luis Enrique (2012)**, titulada Determinación de la calidad de atención en los pacientes quirúrgicos referidos al hospital Es-Salud Vitarte; sus resultados muestran que no se cumplieron los objetivos propuestos. En relación a nuestra investigación si se lograron los objetivos propuestos.
- **Bautista M., M. (2012)**, en su tesis titulada: Implantación de un sistema de Calidad basado en la Norma UNE-EN-ISO 15189 en el servicio de microbiología del hospital universitario Virgen de las Nieves de Granada, señala que la implantación de un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 15189 ha sido eficaz para conseguir una mejora en la calidad en la unidad de urocultivos, lo que se ha podido demostrar mediante el seguimiento de los indicadores de calidad establecidos en la unidad. En nuestro también afirmamos que se ha logrado no solamente elaborar documentos de gestión, sino también se controla con eficiencia y mayor rapidez la pruebas del Servicio de Patología Clínica.

- En relación a la tesis de **Méndez G., J. y Avella A., N. (2009)**, señalan que diseñaron manuales adicionales, así como la misión y la visión, coincide con el presente trabajo de investigación, ya que también tuvimos que diseñar todos los manuales, así como la misión y la visión.

- En relación a la tesis de **Herrera M., M. (2008)**, señala como el aspecto más relevante e importante la etapa del diagnóstico que permitió conocer la realidad. Es importante destacar ya que encontramos coincidencias con nuestro trabajo, porque uno de los elementos más importantes del proceso es la etapa del diagnóstico, porque a partir del conocimiento del estado actual, es el que empieza la mejora.

- En relación a la tesis de **Coronado Z, A.; Patrón F. A.; Baca, M.; Romero O., A. (2002)**, titulada: ISO 9001:2000 como sistema de Gestión de la Calidad en el Laboratorio de Análisis Clínicos, nos muestran que lograron la Certificación ISO 9001 2000, en Noviembre del 2002, en relación a los logros en la tesis podemos señalar que se ha avanzado en un 80%, con la elaboración de Manuales, la ejecución de procedimientos, pero aún falta la última fase que es lograr la certificación.

CONCLUSIONES

PRIMERA Los resultados muestran que los efectos de la implementación de los procesos para la Organización del Sistema de Calidad ISO 9001 son positivos, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau-2015.

1. Organigrama (se actualizó)
2. MOF (se actualizó)
3. Se elaboró el Manual de Calidad
4. Se constituyó el Comité de calidad
5. Se planteó la política de calidad del Laboratorio (Formación del comité de calidad).

SEGUNDA Los resultados evidencian que los efectos de la implementación del proceso de Recursos Humanos del Sistema de Calidad ISO 9001 son positivos.

1. Se elaboró el perfil profesional de cada uno de los trabajadores
2. Se elaboró el Plan de Capacitación Anual del personal- y su desarrollo.

TERCERA Los resultados evidencias que los efectos de la implementación del proceso de manejo de Equipamiento del Sistema de Calidad ISO 9001 son positivos.

1. Se identificó el equipamiento crítico
2. Se solicitó a ingeniería hospitalaria el plan de mantenimiento para el monitoreo respectivo.

CUARTA Los resultados evidencias que los efectos de la implementación del proceso de evaluación de Proveedores y usuarios del Sistema de Calidad ISO 9001 son positivos.

1. Se implementó la ficha de calificación del proveedor.

QUINTA Los resultados evidencias que los efectos de la implementación del Control de procesos de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001 son positivos.

1. Se elaboró programas de control interno en cada área
2. Se elaboró el Manual de normas y procedimientos
3. Se elaboró el Manual de técnicas analíticas
4. Se elaboró el mapa de procesos, procesos pre analíticos, analíticos y post analíticos.

SÉXTA Los resultados evidencias que los efectos de la implementación de control de Documentos y registros de

Organización del Sistema de Calidad ISO 9001 son positivos.

1. Se elaboró el Control maestro de documentos
2. Se elaboró el listado maestro de registros.

SEPTIMA Los resultados evidencias que los efectos de la implementación del Proceso de manejo de Incidentes, errores y accidentes de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001 son positivos.

1. Se elaboró un plan de reacciones adversas a la toma de muestra y procedimientos de pruebas especiales
2. Se elaboró los procesos de reacciones adversas
3. Se implementó el registro de no conformidades.

OCTAVA Los resultados evidencias que los efectos de la implementación del proceso de Evaluaciones internas y externas de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001 son positivos.

1. Se programó y cumplió las evaluaciones internas semestrales
2. Se llevó una evaluación externa por SUSALUD.

NOVENA Aún está en proceso la implementación del Mejoramiento del proceso a través de medidas preventivas y correctivas

de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001 son positivos

DÉCIMA Los resultados evidencias que los efectos de la implementación del proceso para el Centro de trabajo y seguridad de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001 son positivos, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015

1. Se elaboró el Manual de Bioseguridad
2. Se elaboró el Manual de apego al lavado de manos
3. Se estableció los procesos de eliminación de residuos sólidos.

RECOMENDACIONES

- PRIMERA** Que la Dirección del Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau, continúe con el proceso la implementación del Mejoramiento del proceso a través de medidas preventivas y correctivas.
- SEGUNDA** Que la Dirección General del Hospital de Emergencia Grau, implemente en todos los servicios un Sistema de Calidad ISO, a fin de elevar el nivel de calidad y competitividad de los Servicios para la atención oportuna y de calidad a los pacientes.
- TERCERA** Que la Dirección General del Hospital de Emergencia Grau, capacite permanentemente a todo el personal en nuevas técnicas y estrategias a fin de lograr la calidad del servicio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arellano G., M. (2008), *Sistema de Gestión de Calidad para el Laboratorio Clínico de Urgencias del Hospital "Dr. Rafael Lucio" CEMEVI.*

(<https://www.uv.mx/gestion/files/2013/01/MATILDE-ARELLANO-GAJON.pdf>)

- Bautista M., M. (2012), *Implantación de un sistema de Calidad basado en la Norma UNE-EN-ISO 15189 en el servicio de microbiología del hospital universitario Virgen de las Nieves de Granada.*

(<https://hera.ugr.es/tesisugr/21771054.pdf>)

- B. De La Fuente Capdevila, M. García Vitoria, C. RicósAguilá, M.C. Ventura Solà, M. Gimferrer Campmajó, R. Berlanga Caro, R. Galimany Solé (2004), *El laboratorio clínico y la gestión de la calidad por procesos*

(<https://es.scribd.com/document/240987584/Clase-1-Laboratorio-Clinico-Haa>)

- Coronado Z, A.; Patrón F. A.; Baca, M.; Romero O., A. (2002), *ISO 9001:2000 como sistema de Gestión de la Calidad en el Laboratorio de Análisis Clínicos.*

- Escalante A., H. (2005), *Diagnóstico situacional de los Laboratorios de análisis clínicos de Trujillo- Perú y propuesta de implementación de un sistema de Gestión* (<http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/5590/TESIS%20DOCTORAL%20%20HERMES%20ESCALANTE%20A%20C3%91ORGA.pdf?sequence=1>) de Calidad, de la Universidad Nacional de Trujillo Escuela de Post Grado

- Estrada S., M. y Vargas E., P. (2004), *Diseño y estructura del Sistema de Gestión de la Calidad basado en la Norma ISO 9001: 2000 para una Institución prestadora de Servicio de Salud IPS, de la Pontificia Universidad Javeriana.*
(www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/ingenieria/tesis56.pdf)

- Blog de International Dynamic Advisors.

(<http://www.intedya.com/internacional/73/consultoria-sistema-de-gestion-de-la-calidad-en-laboratorios-clinicos-iso-15189.html#submenuhome>)

- Flores C., G (2014), *Diseño y desarrollo del sistema de gestión de la calidad según la norma ISO 9001:2008, para mejorar las actividades de los servicios administrativos que ofrece la empresa Consolida Ted Group del Perú S.A.C.*
(http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/701/1/FLORES_GHERSI_SISTEMA_GESTI%C3%93N_CONSOLIDATED.pdf)

- Hernández V., J. (2010). Diseño de un sistema para implementar ISO 9001: 2008 en Consorcio Nacional de Seguros, de la Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas, del Departamento de Ingeniería Industrial. Universidad de Chile.
(http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2010/cf-hernandez_jv/pdfAmont/cf-hernandez_jv.pdf)
- Herrera M., M. (2008), Diseño de un sistema de Gestión de la Calidad para una microempresa, de la Facultad de Estadística e Informática, Xalapa de la Universidad Veracruzana.
(<https://www.uv.mx/gestion/files/2013/01/MIRIAM-HERRERA-MENDOZA.pdf>)
- Hoyle, David. (1999). ISO 9000. Manual de sistemas de calidad. Madrid: Editorial Paraninfo.
- ICONTEC. (1999). ISO 9000 para pequeñas empresas. ¿Qué hacer? Consejos del ISO/TC 176. Bogotá: Taller de publicaciones.
- ICONTEC. Norma Técnica Colombiana NTC - ISO 9001: 2000. Sistema de Gestión de la Calidad. Requisitos. Bogotá: ICONTEC.
- Méndez G., J. y AvellaA., N. (2009). Diseño del Sistema de Gestión de la Calidad Basado en los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 para la empresa DICOMTELSA. Facultad de Ingeniería, de la Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.
(www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/ingenieria/Tesis254.pdf)

- Montoya L., Jorge y Marulanda G., Jairo. (1998). La gestión gerencial y el sistema de aseguramiento de la calidad ISO 9000. Partes 1 y 2. Tesis de Maestría. Medellín: Universidad EAFIT.
- Juran J. (2001) Manual de calidad. 5º, McGraw Hill.
<http://www.pymesycalidad20.com/anatomia-de-un-diagnostico-para-implementar-un-sistema-de-gestion.html>
- Podán G. L. (2012). Determinación de la Calidad de atención en los pacientes quirúrgicos referidos al hospital ES Salud Vitarte.
- Ramirez M., C. Y Sánchez H. M. (2006), Implementación del sistema de gestión de calidad, en base a la norma ISO 9001: 2000, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo Campus Sahagún.
(<https://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icbi/.../Implementacion%20del%20sistema.p...>)
- Real Academia De La Lengua Española. Diccionario Oficial de la Lengua Española. Madrid. España.
- Rincón B., R. D.(2000). Guía metodológica para la implementación de la norma ISO 9001 en empresas productoras de software. Informe de período sabático. Medellín: Universidad EAFIT.
- Sánchez C., H. y Reyes M., C. (2015), *Metodología y Diseños en la Investigación Científica*. 5ta, Edic. Edit. Visión Universitaria. Lima

- Santiago V., E. (2008), *Diagnóstico para la implementación de un sistema de gestión de calidad ISO 9001: 2000 al interior de la empresa maderas de Yumbo LTDA.*
(<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/economia/tesis21.pdf>)
- Schoonmaker, Stephen J. (1997). *ISO 9001 for Engineers and Designers.* New York: Mc Graw-Hill
- Tabla, Guillermo. (1998). *Guía para implantar la norma ISO 9000 para empresas de todos tipos y tamaños.*México: Mc Graw - Hill.
- Tembleque M., R. (2016), *Proyecto de Implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001: 2015 en la empresa Pinatar Arena Football Center S.L,* de la Facultad de Ciencias de la Empresa, de la Universidad Politécnica de Cartagena
(<http://repositorio.upct.es/bitstream/handle/10317/5818/tfg-san-pro.pdf?sequence=1>)
- Ugaz F., L. (2012).*Propuesta de diseño e implementación de un sistema de Gestión de Calidad basado en la norma ISO 9001: 2008 aplicado a una empresa de fabricación de lejías, de la Facultad de Ciencias e Ingeniería.* Pontificia Universidad Católica del Perú.
(<http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/1424>)

- Valencia B., R. (2012), *Implementación de un Sistema de Gestión de calidad ISO 9001:2008 en una pyme de confección de ropa industrial en el Perú, con énfasis en producción*. Facultad de Ingeniería Industrial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

(http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1642/1/Valencia_br.pdf)

ANEXOS

ANEXO 1 :MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO	PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA
IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001 EN EL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA DEL HOSPITAL DE EMERGENCIA GRAU-2015	<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuáles son los efectos de la implementación del Sistema de Calidad ISO 9001, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015?</p> <p>PROBLEMAS ESPECIFICOS</p> <p>1. ¿Cuáles son los efectos de la implementación del proceso de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001, en el Servicio de Patología Clínica del</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar los efectos de la implementación del Sistema de Calidad ISO 9001 en el servicio de patología clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>1. Identificar los efectos de la implementación del proceso de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015</p>	<p>HIPOTESIS GENERAL</p> <p>Los efectos de la implementación del Sistema de Calidad ISO 9001 son positivos, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015</p> <p>HIPOTESIS ESPECIFICAS</p> <p>1. Los efectos de la implementación del proceso de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001 son positivos, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015</p> <p>2. Los efectos de la implementación del proceso de</p>	<p>VARIABLE</p> <p>Efectos de la implementación del Sistema de Calidad ISO 9001</p> <p>DIMENSIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organización - Recursos humanos - Equipamiento - Proveedores y usuarios - Control de proceso - Documentos y registros - Incidentes, errores, accidentes, no 	<p>TIPO DE INVESTIGACION</p> <p>Analítica</p> <p>DISEÑO</p> <p>Descriptivo</p> <p>Longitudinal</p>

	<p>Hospital de Emergencia Grau- 2015?</p> <p>2. ¿Cuáles son los efectos de la implementación del proceso de Recursos Humanos del Sistema de Calidad ISO 9001, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015?</p> <p>3. ¿Cuáles son los efectos de la implementación del proceso de Equipamiento del Sistema de Calidad ISO 9001, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015?</p> <p>4. ¿Cuáles son los efectos de la implementación del proceso de Proveedores y usuarios del Sistema de Calidad ISO 9001, en el Servicio de Patología</p>	<p>2. Señalar los efectos de la implementación del proceso de Recursos Humanos del Sistema de Calidad ISO 9001, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015</p> <p>3. Describir los efectos de la implementación del proceso de Equipamiento del Sistema de Calidad ISO 9001, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015</p> <p>4. Identificar los efectos de la implementación del proceso de Proveedores y usuarios del Sistema de Calidad ISO 9001, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015</p>	<p>Recursos Humanos del Sistema de Calidad ISO 9001 son positivos, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015</p> <p>3. Los efectos de la implementación del proceso de Equipamiento del Sistema de Calidad ISO 9001 son positivos, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015</p> <p>4. Los efectos de la implementación del proceso de Proveedores y usuarios del Sistema de Calidad ISO 9001 son positivos, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015</p> <p>5. Los efectos de la implementación del Control y proceso de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001 son positivos, en el Servicio de</p>	<p>conformidades y complicaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluaciones internas y externas - Centro de trabajo y seguridad 	
--	---	---	--	---	--

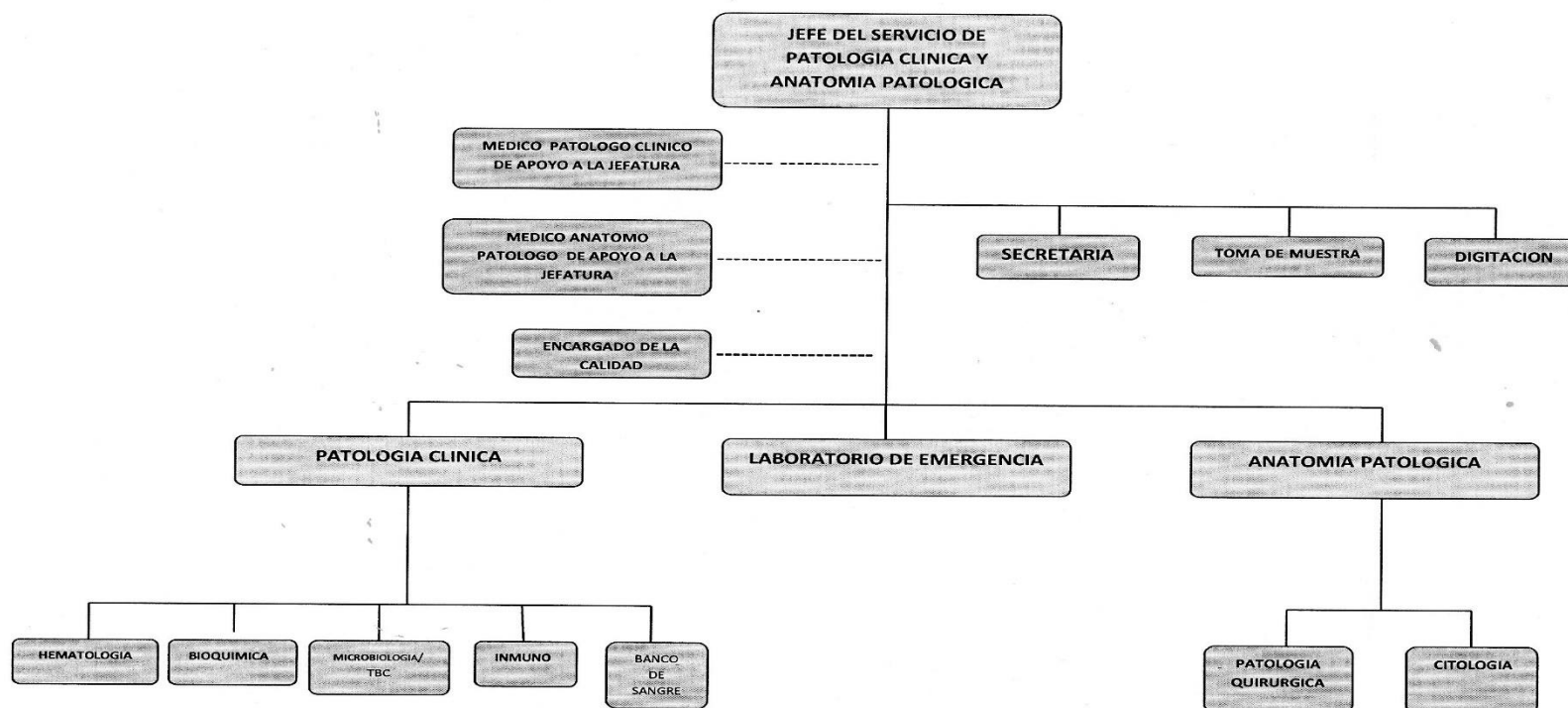
	<p>Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015?</p> <p>5. ¿Cuáles son los efectos de la implementación del Control y proceso de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015?</p> <p>6. ¿Cuáles son los efectos de la implementación de Documentos y registros de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015?</p> <p>7. ¿Cuáles son los efectos de la implementación del Proceso de Incidentes, errores y accidentes de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001, en el</p>	<p>5. Señalar los efectos de la implementación del Control y proceso de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015</p> <p>6. Describir los efectos de la implementación de Documentos y registros de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015</p> <p>7. Identificar los efectos de la implementación del Proceso de Incidentes, errores y accidentes de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001, en el Servicio de Patología</p>	<p>Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015</p> <p>6. Los efectos de la implementación de Documentos y registros de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001 son positivos, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015</p> <p>7. Los efectos de la implementación del Proceso de Incidentes, errores y accidentes de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001 son positivos, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015</p> <p>8. Los efectos de la implementación del proceso de Evaluaciones internas y externas de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001 son positivos, en el Servicio de</p>		
--	---	---	--	--	--

	<p>Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015?</p> <p>8. ¿Cuáles son los efectos de la implementación del proceso de Evaluaciones internas y externas de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015?</p> <p>9. ¿Cuáles son los efectos de la implementación del Mejoramiento del proceso a través de medidas preventivas y correctivas de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015?</p>	<p>Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015</p> <p>8. Describir los efectos de la implementación del proceso de Evaluaciones internas y externas de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015</p> <p>9. Describir los efectos de la implementación del Mejoramiento del proceso a través de medidas preventivas y correctivas de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015</p> <p>10. Identificar los efectos de la implementación del proceso de Centro de trabajo y</p>	<p>Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015</p> <p>9. Los efectos de la implementación del Mejoramiento del proceso a través de medidas preventivas y correctivas de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001 son positivos, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015</p> <p>10. Los efectos de la implementación del proceso de Centro de trabajo y seguridad de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001 son positivos, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015</p>		
--	--	--	---	--	--

	<p>10. ¿Cuáles son los efectos de la implementación del proceso de Centro de trabajo y seguridad de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015?</p>	<p>seguridad de Organización del Sistema de Calidad ISO 9001, en el Servicio de Patología Clínica del Hospital de Emergencia Grau- 2015</p>			
--	--	---	--	--	--

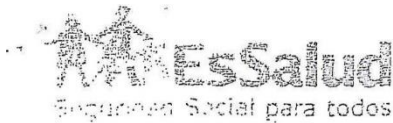
ANEXO 2: ORGANIGRAMA DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA

ORGANIGRAMA DEL SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA




 Dra. TOLEMA BERRÍOS PUENTES
 C.O.P. 32815 RNE 16763

ANEXO 3: MOF



"Decenio de las personas con discapacidad en el Perú"
"Año de la Promoción de la Industria
Responsable y del Compromiso
Climático"

CARTA N °, -OGyD-RAA-ESSALUD-20d4

Lima, 06 OCT 2014

Dr. Marco Antonio Mestanza Paredes

Jefe de la Oficina de

Coordinación de Prestaciones y Atención Primaria Presente. —



Asunto: **MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DE LA RED ASISTENCIAL ALMENARA**

Mediante la presente me es grato dirigirme a Ud. para saludarlo cordialmente y comunicarle lo siguiente:

Que mediante Resolución de Gerencia N ° 979-G-RAA-EsSalud-2014 del 9 de Setiembre de 2014 la Gerencia de la Red Asistencial ha aprobado el MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DE LA RED ASISTENCIAL ALMENARA, documento normativo de Gestión muy importante y que es de cumplimiento obligatorio. Este documento indica a los funcionarios y servidores su ubicación dentro de la estructura orgánica delimitando sus funciones así como su dependencia jerárquica y nivel de responsabilidad, así como los canales de coordinación y comunicación específicos facilitando de esta manera la operatividad para todas las Unidades orgánicas que conforman la

En los documentos físicos adjuntos le alcanzo los MOF correspondientes a todas las unidades orgánicas que pertenecen a:

- Oficina Coordinación de Prestaciones y Atención Primaria pág.369-392
- Hospital III de Emergencias Grau pág. 1521
- Hospital II Vitarte pág. 1801-19700
- Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador pág. 1971-
- Hospital II Ramón Castilla pág.2063-21490 20623

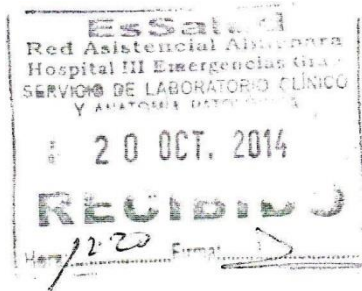


- Hospital I Aurelio Díaz Ufano y Peral pág. 2150-22359
- Hospital I Jorge Voto Bernales Corpancho pág.. 2236-
- Policlínico Chosica pág. 2380-244+
- Policlínico Francisco Pizarro pág. 2446-?541?
- Policlínico San Luis pág.2542-2598.
- Centro de Atención Primaria III El Agustino pág.2599-2640?
- Centro de Atención Primaria III Huaycán pág.2641-2680
- Centro de Atención Primaria III San Borja pág. 2681-2692*
- Centro de Atención Primaria III Independencia pág.2693-27172
- Centro de Atención Primaria III Manco Cápac Pág2718-272#
- Centro de Atención Primaria III Rímac pág. 2728-27319
- Centro de Atención Primaria II Argentina pág.2732-2734

Centro Médico Ancije pág. 2735-2789*

Centro Médico Casapalca pág. 2790-2806 *Posta Médica Construcción Civil pág. 2807-2823*

Centro de Atención Primaria III Alfredo Piazza Roberts pág.2824-2838*



LAB.

ANEXO 4: MANUAL DE CALIDAD



"Manual de Calidad"

SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA HOSPITAL III EMERGENCIAS GRAU ES SALUD

MANUAL DE CALIDAD

DEL

SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA

HOSPITAL EMERGENCIAS GRAU

ES SALUD

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
 Dra. ZULEMA BERRIOS FUENTES CMP 32815 RNE 16763 Jefe del Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica Hospital III Emergencias Grau-RAA ESSALUD	 DR. CESAR SANCHEZ ZUÑIGA CMP 16236 RNE 10090 Jefe del Departamento de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento Hospital III Emergencias Grau	 DR. Carlos Fernando Abanda Alvarez DIRECTOR HOSPITAL EMERGENCIAS III GRAU RED ASISTENCIAL ALMENARA EsSalud

ESSALUD

Lutêl III Emergencias Grau
EsSa!ud

Diagnóstico y Tratamiento

ANEXO 5: FORMACIÓN DEL COMITÉ DE CALIDAD



Humanizando el Seguro Social

"Año de la consolidación del Mar de Grau"

"Año de la Conmemoración del Octogésimo Aniversario de la Creación de la Seguridad Social en el Perú"

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N °O/3 -D-HEG-GRDA-ESSALUD-2016

Lima, 01 de marzo del 2016

VISTO Y CONSIDERANDO:

Que, con la finalidad de proporcionar los servicios de análisis clínicos y anátomo patológicos de manera confiable y oportuna a los pacientes, es necesario establecer los lineamientos del Sistema de Gestión de Calidad que permitan al Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica, cumplir consistentemente con las necesidades y expectativas de nuestros pacientes.

Que, siendo política la planificación y ejecución de las actividades asistenciales de nuestro Hospital, es necesario contar con el funcionamiento de comités de apoyo a la Gestión.

Que, en cumplimiento a lo dispuesto por nuestros entes superiores, a fin de hacer efectivo los lineamientos institucionales, se deberá observar y seguir las pautas de acción indicadas, observando las metas y responsabilidades, potencializando la eficiencia de acciones que permitan mejorar la calidad de las prestaciones de salud.

Que, para lograr tales efectos, se ha estimado conveniente conformar un Comité de Calidad del Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica del Hospital III de Emergencias Grau, que garantice el cumplimiento de los estándares de calidad, logrando la satisfacción del cliente.

Que, según el Manual de Organización y Funciones, compete a la Dirección, planificar, organizar y ejecutar acciones que deriven en una atención de calidad, y;

De acuerdo a las atribuciones y facultades conferidas;

ARTÍCULO PRIMERO.- CONFORMAR para el periodo 2016 y con un periodo de duración de un año el COMITÉ DE CALIDAD DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU.

ARTÍCULO SEGUNDO.- DESIGNAR para tales efectos al personal que se detalla a continuación:

Dra. Magda Cruzado Villanueva

Dra. Patricia Flores Fuentes Dr. Iván Contreras

Zegarra

Dr. Daniel Carrera Palao

Lic. Selena Roa Villavicencio

Lic. Miguel Fuentes Olortegui

Lic. César Castillo García Lic. Dalia Arias Huapaya

Lic. Willy Villacorta Marín

ARTÍCULO TERCERO.- El Comité deberá informar mensualmente a la Dirección de las actividades realizadas que contengan las sugerencias y/o propuestas que permitan el cumplimiento del fin del presente comité.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.

DHA/igz


DANTE HUAMANI ALDORADÍN
DIRECTOR
HOSPITAL III EMERGENCIAS GRAU

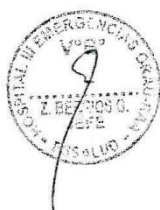
REGISTRO
4607 120 15 1264

ANEXO 6 : POLÍTICA DE CALIDAD DEL LABORATORIO EsSalud

Seguridad Social para todos

POLITICA DE CALIDAD

Proporcionar servicio de análisis clínicos y anátomo patológicos confiables y de manera oportuna, a todos los pacientes asegurados y Centros asistenciales de la Red que acudan al Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica del Hospital III Emergencias Grau. Es-Salud, contando con Tecnología de punta y personal calificado, buscando la mejora continua,



ANEXO 7: PERFIL PROFESIONAL

FICHA DE PERFIL OCUPACIONAL

Fecha: 21-05-2015 Código del Trabajador: 5676311
 institución: Hospital ill ...LABORATORIO
 Emergencia Grau Area:

I. DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR:

APELLIDOS Y NOMBRES:		ANUEL ANTONIO	
Edad:	Sexo:	Estado Civil:	
Profesión: T:	LABORATORIO	N° D.N.I.: 15283	
Lugar de nacimiento: Lima	CANTA	Fecha de nacimiento: 30-08-	
Domicilio: M	STA. MARIA	Distrito: CPT@	LL
Telf. Casa: S H a o	Celular: 963733852	E-mail: -V 30@hotmail.com	

II. ANTECEDENTES:

FORMACION ACADEMICA:	
I.S.T. DANIEL VIDES CARRION	
CAPACITACIONES RECIENTES:	
- CERTIFICADO : COMO PARTICIPANTE EN LA REUNION TECNICO DESCENTRALIZADA "FORTALECIENDO EL DIAGNOSTICO DE LABORATORIO PARA TUBERCULOSIS (2014)	
- I.S.T. PRIVADO ROBERT ACTUALIZACION	
PROCEDIMIENTOS	BANCO SANGRE 203
HOSP. EMERGENCIAS GRAV: SALUD OCUPACIONAL	-60 RIDAD
PREVENCIÓN	RIESGOS HOSPITALARIOS 2cS
AURELIO DIAZ VIANO: JORNADA CIENTIFICA	
TECNOLOGIA MEDICA	AL DIAGNOSTICO
TRATAMIENTO	Q20 L2
I.S.T. COMPUTRONIC AMPUTACION INFORMATICA	
(2010)	

EXPERIENCIA LABORAL: LAB. CLINICO DIAGNOLAB (HOSP. SOLIDARIDAD) 2005-2020
- HOSP. EMERGENCIAS GRAU: -SERVIS-SILSA 2008-2011
- HOSP. EMERGENCIAS GRAU: -SERVIS-SAGEN PERU WORK 2011-2013
- HOSP. EMERGENCIAS GRAU: CAS 1º NOVIEMBRE 2013 A LA FECHA
DOCENCIA:

III. DESCRIPCIÓN DE TAREAS:

Cargo:	TECNICO ASISTENCIAL
Area asignada:	LABORATORIO CLINICO AREA T.B.C
Responsabilidades:	TOMA MUESTRA AREAS: HEMATOLOGIA, BIQUIMICA, MICROBIOLOGIA ANALISIS, TOMIA PATOLOGICA, T.B.C
OTROS:	AUTOCLAVADO DE MATERIALES BIOCONTAMINADOS
Vacunas:	



 Dra. ZULZEMA BERRÍOS FUENTES
 CMP: 32815 RNE. 16763
 Jefe Serv. Pat. Clínica y Anat. Patológica
 Hospital III Emergencias Grau-RAA


ANEXO 8: PLAN DE CAPACITACIÓN ANUAL DEL PERSONAL



HOSPITAL III EMERGENCIAS GRAU

PLAN DE CAPACITACION INTERNA

ELABORADO	VERIFICADO	APROBADO
 <p>Dra. ZULMA BERRIOS FUENTES CMP. 32815 RNE. 16763 Jefe del Servicio de Patología Cirúrgica y Anatomía Patológica I/ Emergencias Grau-RAA</p>	<p>DR. CES ZUÑIGA CMP 6 . 10090 jefe de/ me to de Ayuda Diagnostico y m r</p>	 <p>Dr. Carlos Fernando Aranda Alvarez DIRECTOR HOSPITAL EMERGENCIAS III GRAU</p>

SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA- HOSPITAL EMERGENCIAS GRAU- 2015

ANEXO 9: IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPAMIENTO CRÍTICO

EQUIPOS MEDICOS 2017						
ID	DESCRIPCIÓN	MARCA	MODELO	TIPO	PISO	USO
0013274	COQUEADOR	NATIONAL APPLIANCE	3760	MALO PARA BAJA	1ER PISO	PROGRAMA TIG
0013508	COLONIZADOR AUTOMÁTICO DE PLACAS	SLEE MANN	M5M4	R	6TO PISO	SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y LABORATORIO
0013282	CONGELADOR VERTICAL DE -20°C	HELMER INC	RF-125	MALO PARA BAJA	SOTANO	BANCO DE SANGRE
0013521	ESTUFA	HERO	1689	MALO PARA BAJA	SOTANO	BANCO DE SANGRE
1500001	DESEPCADOR DE PARAFINA	TECHNICON	8	MALO PARA BAJA	6TO PISO	SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y LABORATORIO
1500002	DESEPCADOR DE PARAFINA	TECHNICON	8	MALO PARA BAJA	6TO PISO	SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y LABORATORIO
0013507	AGITADOR PARA BOLSAS DE SANGRE	IMS	AB-90	R	SOTANO	BANCO DE SANGRE
0013673	AGITADOR PARA BOLSAS DE SANGRE	GENESIS	CM 735	R	SOTANO	BANCO DE SANGRE
0013623	CENTRIFUGA DE MESA DE AMBULIO FIJO	CLAY ADAMS	SERO - 1500-2202	R	SOTANO	BANCO DE SANGRE
0013675	AGITADOR PARA BOLSAS DE SANGRE	GENESIS	CM 735	R	SOTANO	BANCO DE SANGRE
0013115	BALANZA ELECTRONICA	CONRAD MANN	MOH117	R	SOTANO	BANCO DE SANGRE
0013614	CONTADOR DE CELULAS	CLAY ADAMS	SM 1	MALO PARA BAJA	SOTANO	BANCO DE SANGRE
0013760	CENTRIFUGA DE VIDA REFRIGERADA	THERMO FISHER SCIENTIFIC	SOWALR-2000	REVISAR	SOTANO	BANCO DE SANGRE
0013512	CENTRIFUGA DE TUBOS	BOECO-BOECKEL	C-28	MALO PARA BAJA	SOTANO	BANCO DE SANGRE
0013772	CENTRIFUGA PARA MICROHEMATOCITOSIS	THERMO FISHER S.C.	W800-17	R	SOTANO	BANCO DE SANGRE
0013523	CENTRIFUGA REFRIGERADA	IEC	PR-7000M	NO OPERATIVO	SOTANO	BANCO DE SANGRE
0013610	CONTADOR DE CELULAS	CLAY ADAMS	SM 1	MALO PARA BAJA	SOTANO	SERVIEMATOLOGIA LABORATORIO
0013476	ESTERILIZADOR A CALOR SECO	MEMMERT	UM-201	MALO PARA BAJA	SOTANO	LAB. EMERGENCIA
0013571	REFRIGERADORA PARA BANCO DE SANGRE	SOLBAMA	RS-25	MALO PARA BAJA	SOTANO	BANCO DE SANGRE
0013233	REFRIGERADORA PARA BANCO DE SANGRE	HELMER INC.	HB-120	R	SOTANO	BANCO DE SANGRE
0013517	SEPARADOR DE PLASMA	MILCO	S/M	MALO PARA BAJA	SOTANO	BANCO DE SANGRE
0013704	AGITADOR PARA BOLSAS DE SANGRE	GENESIS	CM 735	R	SOTANO	BANCO DE SANGRE
0013504	ROTADOR DE PLACAS PARA BOLSAS	HELMER INC.	PR-18 / PC-900	R	SOTANO	BANCO DE SANGRE
0013475	BANO MARIA	MEMMERT	W-270	MALO PARA BAJA	1ER PISO	LAB. EMERGENCIA
0013457	CENTRIFUGA DE TUBOS	BOECO-BOECKEL	C-28	MALO PARA BAJA	SOTANO	LAB. EMERGENCIA
0013497	ESPECTROFOTOMETRO	COLEMAN	JUNIOR 1 6/20	MALO PARA BAJA	SOTANO	LABORATORIO BIOQUIMICA
0013611	ROTADOR DE PLACAS	FISHER SCIENTIFIC	341	MALO PARA BAJA	1ER PISO	LAB. EMERGENCIA
0013452	BALANZA DE PRECISION	CHAUSSAINLES	S/M	MALO PARA BAJA	SOTANO	LABORATORIO
0013487	CENTRIFUGA DE MESA (400 A 750 ML)	THERMO SCIENTIFIC-IEC	CL-10	R	SOTANO	LABORATORIO
0013435	REFRIGERADORA PARA LABORATORIO (15 A 25 PIES CUBICOS)	THERMO SCIENTIFIC-REVCO	REL2304D	R	SOTANO	LABORATORIO
0013402	ROTADOR DE PLACAS	FISHER SCIENTIFIC	341	MALO PARA BAJA	SOTANO	LABORATORIO
0013454	BANO MARIA	MEMMERT	W-350	MALO PARA BAJA	SOTANO	LABORATORIO BIOQUIMICA
0013455	BANO MARIA	MEMMERT	W-14	MALO PARA BAJA	SOTANO	LABORATORIO BIOQUIMICA
0013453	CENTRIFUGA DE TUBOS (400 A 750 ML)	HERAEUS	LABO-HGE 400	MALO PARA BAJA	SOTANO	LABORATORIO BIOQUIMICA
0013456	ESTERILIZADOR A CALOR SECO	MEMMERT	TV-40	MALO PARA BAJA	SOTANO	LABORATORIO BIOQUIMICA
0013412	ESTERILIZADOR A CALOR SECO	MEMMERT	UM-500	MALO PARA BAJA	SOTANO	LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA




 SOLEDAD BERRÍOS FUENTES
 CMP 52815 RNE 16783
 Serv. Pat. Clínica y Anat. Patológica
 Hospital III Emergencias Grau-RAA
 EsSalud

ANEXO 10: PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS

05/03/2015
Pag. 1

Programa de Mantenimiento Hospitalario Año: 2015

ESSALUD
Programa, S.R.L.

Gerencia: RED ASISTENCIAL ALMIENARA

Hospital: HOSPITAL III DE EMERGENCIAS G

Tipo Mantto: Preventivo

Equipamiento: Biomédico Cobertura: 00 Todos

Código Equipo	Nombre del Equipo / Marca / Modelo Actividades a Realizar	Programación Mensual												Total Horas Prog.	Total Costo Referencial \$i.					
		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		Repuesto	Mano Obra	Total			
Servicio: 06100500 PROGRAMA TBC																				
00136104 BALANZA DE PRECISION / OHAUS / HARVARD TRIP																				
01	REVISION, LIMPIEZA, LUBRICACION Y AJUSTE DEL SISTEMA MECANICO, AJUSTE Y CALIBRACION DE CONTRAPESOS Y EJES INTERNOS, REGLETA DE ESCALA	4				4				4				4			4.00	0.00	71.20	71.20
02	REVISION Y LIMPIEZA DE LAS ARISTAS DE PIVOT	4				4				4				4			4.00	0.00	71.20	71.20
03	LIMPIEZA DE PLATILLOS Y VERIFICACION DE BALANCE	4				4				4				4			4.00	0.00	71.20	71.20
04	PRUEBA DE FUNCIONAMIENTO Y CONTROL	4				4				4				4			16.00	0.00	284.80	284.80
00612379 BAÑO MARIA / MEMMERT / WB-10																				
01	LIMPIEZA INTERNA Y EXTERNA, CORRECCION DE DETERIORES	1				1				1				1			4.00	0.00	71.20	71.20
02	REVISION DE CONTROL DE TEMPERATURA Y SISTEMA ELECTRICO MEDIDA DE TEMPERATURA, MEDICION DE VOLTAJE DE RESISTENCIA....V Y CORRIENTE....A	1				1				1				1			4.00	0.00	71.20	71.20
03	ELIMINACION DE SARRO Y OXIDO DEL TANQUE CALENTADOR DE AGUA	1				1				1				1			2.00	0.00	35.60	35.60
04	REVISION Y LIMPIEZA DE TARJETA ELECTRONICA	1				1				1				1			2.00	0.00	35.60	35.60
05	CALIBRACION DE TEMPERATURA Y PRUEBA DE FUNCIONAMIENTO	1				1				1				1			4.00	0.00	71.20	71.20
00610282 CAMPANA DE FLUJO LAMINAR / LABCONCO / LOGIC																				
03	VERIFICACION DE PRESION ESTATICA Y FILTROS	1				1				1				1			1.50	0.00	0.03	0.03
04	MEDICION DE FLUJO DE AIRE	1				1				1				1			3.00	0.00	0.03	0.03
05	LIMPIEZA INTERIOR Y EXTERIOR DEL EQUIPO	1				1				1				1			4.50	0.00	0.06	0.06
06	VERIFICACION DEL BUEN ESTADO DE CABLES, CONECTORES, INTERRUPTORES.	1				1				1				1			0.75	0.00	0.00	0.00
07	VERIFICACION DEL FUNCIONAMIENTO DEL MOTOR	1				1				1				1			0.75	0.00	0.00	0.00
08	LIMPIEZA Y LUBRICACION DEL SASH (PUERTA)	1				1				1				1			0.75	0.00	0.00	0.00
09	VERIFICACION DEL NIVEL DE RUIDO	1				1				1				1			0.30	0.00	0.00	0.00
10	VERIFICACION DE LAS LAMPARAS U.V-FLUORESCENTES	1				1				1				1			0.30	0.00	0.00	0.00
11	VERIFICACION DE ALARMAS DE PUERTAS	1				1				1				1			0.30	0.00	0.00	0.00
12	LIMPIEZA DE LA MESA DE TRABAJO	1				1				1				1			1.50	0.00	0.03	0.03

SBS Service S.R.L.
FRANCISCO ALMENDRA ALMIENARA
Ingeniero en Mantenimiento Biomédico
Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica
Grupo 1 RAA - EsSalud

ANEXO 11 :FICHA DE CALIFICACIÓN DEL PROVEEDOR



ANEXO 12: PROGRAMA DE CONTROL INTERNO DE INMUNOLOGÍA

"Programa de Control de Calidad Interno"

SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA HOSPITAL I II
EMERGENCIAS GRAU ES SALUD

PROGRAMA DE CONTROL DE

CALIDAD INTERNO

INMUNOLOGIA

ES - ESSALUD

2015

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
<p>ZULEMA BERRIOS FUENTES MEDICO PATOLOGO CLINICO CMP 32815 RNE 16763</p>	<p>Dra. ZULEMA BERRIOS FUENTES CMP 32815 RNE 16763 Jefe Serv. Pat. Clínica y Anat. Patológica Hospital III Emergencias Grau-RAE</p>	<p>COMITÉ DE CALIDAD V.P.D. HEG SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA</p>

ANEXO 13: PROGRAMA DE CONTROL INTERNO DE BIOQUÍMICA

"Programa de Control de Calidad Interno"



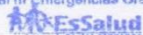

SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA HOSPITAL III
EMERGENCIAS GRAU ES SALUD

PROGRAMA DE CONTROL DE

CALIDAD INTERNO

BIOQUIMICA

ES - ESSALUD2015

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
<p>971, MAGDA CR ZADO VILLANUEVA CPW 3820 RNE. 18425 Medico Pa 610go Ctinico Hospital III E Emergencias Grau- RAA ESOALUD</p>	<p> Dra. ZULEMA BERRÍOS FUENTES C.M.P. 32815 RNE. 16763 Jefe Serv. Pat. Clínica y Anat. Patológica Hospital III Emergencias Grau-RAA </p>	<p></p>

ANEXO 14: PROGRAMA DE CONTROL INTERNO DE HEMATOLOGÍA

"Programa de Control de Calidad Interno"

SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA HOSPITAL I II
EMERGENCIAS GRAU ES SALUD

PROGRAMA DE CONTROL DE

CALIDAD INTERNO

HEMATOLOGIA

ES – ESSALUD- 2015

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
		

ANEXO 15 : PROGRAMA DE CONTROL INTERNO DE MICROBIOLOGÍA

"Programa de Control de Calidad Interno"



SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA HOSPITAL I II
EMERGENCIAS GRAU ES SALUD

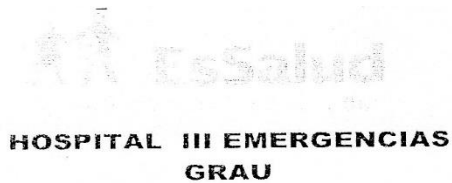
PROGRAMA DE CONTROL DE

CALIDAD INTERNO

MICROBIOLOGIA

ES – ESSALUD-2015

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
<p>MAGDA CRUZ 00 VtLLANUEVA 38204 RNE. 18425 Médico Patólogo Clínico Hospital III Emergencias</p> <p>ESSA</p>	 <p>Dra. ZULEMA BERMÍOS FUENTES CIMP 32815 RNE. 16763 Jefe Serv. Pat. Clínica y Anat. Patológica Hospital III Emergencias Grau-RAA</p> <p>EsSalud MINISTERIO DE SALUD</p>	 <p>COMITE DE CALIDAD WB HEG SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA</p>



**MANUAL DE
NORMAS Y
PROCEDIMIENTOS
DEL SERVICIO DE
LABORATORIO
CLINICO**

**N° VERSION: 01
PAGINA : 1 de**

MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO AÑO 2015

ELABORADO POR: 	REVISADO POR: 	APROBADO POR: 
FECHA: 03 Marzo 2014	FECHA:  2015	FECHA:

ANEXO 17: MANUAL DE TÉCNICAS ANALÍTICAS




"Manual de Técnicas"

~~SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA HOSPITAL III EMERGENCIAS GRAU ES SALUD~~

MANUAL DE TÉCNICAS

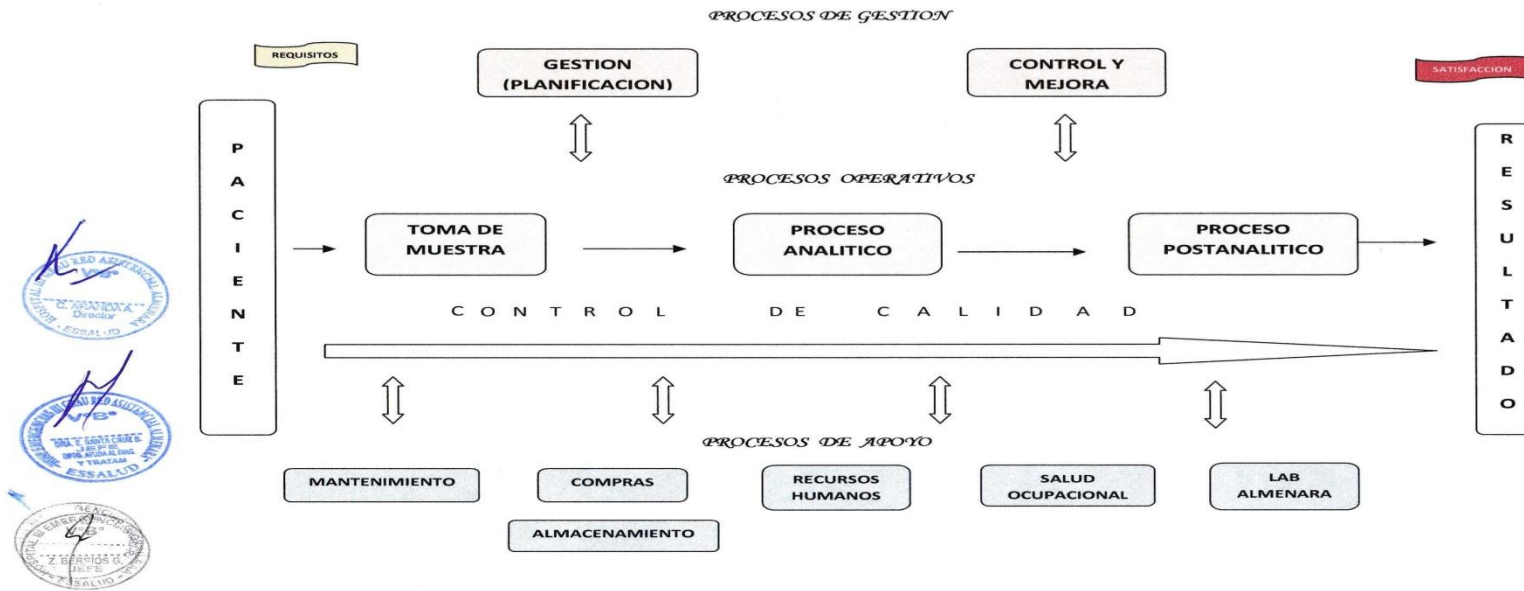
ANALITICAS
ES - ESSALUD

2015

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
<p> Dra. MAGDA CRUZADO VILLANUEVA CPM. 38204 RNE. 18425 Médico Patólogo Clínico Hospital III Emergencias Grau-RAA ESSALUD</p>	<p> Dra. ZULEMA BERRIOS FUENTES CMP. 32815 RNE. 16763 Jefe Serv. Pat. Clínica y Anat. Patológica Hospital III Emergencias Grau-RAA ESSalud</p>	<p> Dra. ROSA ESPERANZA SANTA CRUZ BENAVENTE Jefe de Departamento de Ayuda al Viajero y Tratamiento CMP 19169 HOSPITAL III EMERGENCIAS GRAU RED ASISTENCIAL SIMBARA ESSALUD</p>

ANEXO 18 : MAPA DE PROCESOS PRE ANALÍTICOS, ANALÍTICOS Y POST ANALÍTICOS

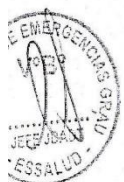
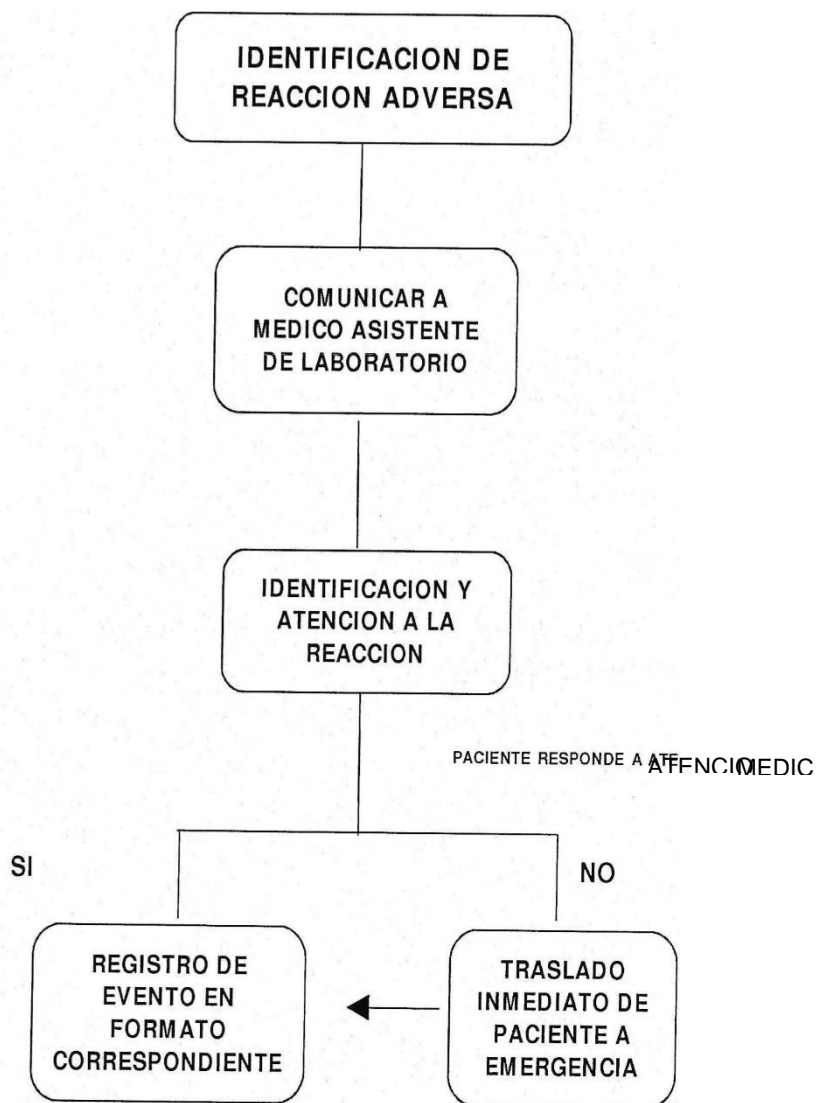
MAPA DE PROCESOS DEL SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA



ANEXO 19: REGISTRO DE CONTROL DE DOCUMENTOS

Nº	NOMBRE DEL DOCUMENTO	RESPONSABLE DEL ARCHIVO	VERSION	FECHA DE EMISION	VIGENCIA	UBICACIÓN FISICA
1	Manual de Organización y funciones	Jefatura	1	2014	Hasta cambios de ROF	Jefatura/áreas
2	Manual de Calidad	Comité de calidad	1	Febrero.2015	Actualizacion de ser necesario	Jefatura/áreas
3	Manual de Bioseguridad	Jefatura	1	Abril.2015	3 años	Jefatura/áreas
4	Manual de gestión de Residuos sólidos	Jefatura	1	Enero .2016	2'años	Jefatura/áreas
5	Manual de Normas y Procedimientos	Comité de calidad	1	Noviembre.2015	Actualizacion de ser necesario	Jefatura/áreas
6	Manual de Técnicas analíticas	Comité de calidad	1	Marzo.2015	Actualizacion de ser necesario	Jefatura/áreas
7	Manual de Toma de Muestras	Comité de calidad	1	Marzo.2016	Actualizacion de ser necesario	Jefatura/áreas
8	Plan anual de seguridad del paciente	Jefatura	2	Enero.2016	Anual	Jefatura/áreas
9	Programa de mantenimiento de equipos	Jefatura	2	Enero.2016	Anual	Jefatura/áreas
10	Plan de capacitación anual	Jefatura	1	Enero .2016	Anual	Jefatura
11	Plan de mejora continua de la calidad	Comité de calidad	2	Marzo.2015	2 años	Jefatura
12	Procedimiento de atención a reacciones adversas	Comité de calidad	1	2014	Actualizacion de ser necesario	Jefatura/areas
13	Procedimiento de atención de quejas, reclamos y sugerencias	Comité de calidad	1	2014	Actualizacion de ser necesario	Jefatura/areas
14	Procedimiento de eliminación de desechos	Comité de calidad	1	2014	Actualizacion de ser necesario	Jefatura/areas

ANEXO 20: PLAN DE REACCIONES ADVERSAS



ANEXO 21 : PROCESOS DE REACCIONES ADVERSAS

ATENCION A REACCION ADVERSA

(PRUEBAS ESPECIALES)



ANEXO 22 : INFORME DE EVALUACIONES INTERNAS

"AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DE GRAIJ"

Informe N° 0002-BIOMICRO-SPCAP-HEG-RAA-ESSALUD-2016

A: Dra. Zulema Berrios Fuentes
Jefe del Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica

Asunto: Informe de auditoria diciembre 2015

Fecha: 04 de enero 2016

Informe N°




Asunto:

Es grato dirigirme a usted para saludarla y a su vez presentarle el informe de auditoria realizado al Servicio de Patología clínica el día 29 de diciembre del según programación anual.

Se adjuntan informes para acciones correctivas y hojas de evaluación por área

Sin otro particular


.....
Drs. MAGDA 38.204 CRUZ RNE. DO VILLANUEVA13425
Medico Patólogo Clínico
Hospital CII Emergencias Grau-RAA

ESSALUD

PLAN DE AUDITORIA INTERNA	FECHA 2^c) - 12 -JE
Nombre de la Institución	Hospital III Emerencias Grau Essalud
Equipo Auditor	Auditor Líder :Dra. Magda Cruzado Auditores: 1.-Lic. Miguel Fuentes 2.- Lic. Isabel Romero
Alcance	Análisis de Laboratorio del Servicio de Patología Clínica del HEG
Norma Auditada	Norma Técnica de Salud 072 Minsa/DGSP —V.C)I

	HORARIO	PROCESO/AREA	REQUISITO AUDITADO	AUDITOR
	8:00 A.M. 8:15 AM,	Reunión de apertura		Equipo auditor
	8:15 AM 1 0:00 A.M	Jefatura de servicio de laboratorio	5.9 6.21, 6.2.2 6.23, 6.24, 6.3 ,	Auditor líder
	1 0:00 a.m. a.m.	Toma de muestra	62,4,	Equipo auditor
		bioquimica	6.24, 6.4 6.5	Auditor I
		hematología	6.4, 6.5	Auditor 2
		microbiologia	6.2.45 6.4, 6.5	I Auditor 2
		Microbiología area TBC	6.24, 6.4, 6.5	Auditor I
		inmunología	6.4, 6.5	Auditor I
		Banco de Sangre	PRONAHEBAS	Auditor líder auditor I
	2:00 p.m.	Reunión de cierre		Equipo auditor
2	8:00 a.m.	Informe de auditoria		Auditor líder

tifiRAA

HOSPITAL

GRAU

LASORATORIO cuNtco

Dra. Miguel Fuentes Villanueva
Tecnólogo Médico LC y AP
C.T.M.P. 1100

México Patólogo tónico
Hospital I

Dra. MAGDA CRUZADO VILLANUEVA
CPM. 38204 RNE. 18425

Lic. Julia Isabel Romero Ruiz
TECNOLOGO

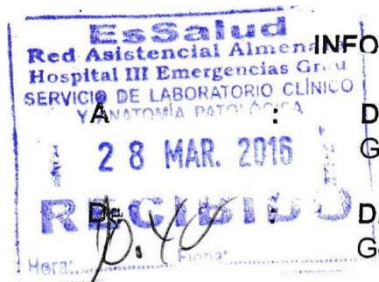
ANEXO 23 : INFORME DE EVALUACIONES EXTERNA



el Seguro Social

"Año de la consolidación del Mar de Grau"

IJAoS para ti



"Año de la Conmemoración del Octogésimo Aniversario de la Creación de la Seguridad Social en el Perú"

ESSALUD-2016



Almen«INFbRME NO

.COPTE-GCOP-ESSALUD-

2016

es RECIBIDO
Hora: 10:30 Firma: [Signature]
visión de SUSALUD realizada a

Asunto : In Gr,

A : DR. LUIS AGUILAR TORRES

Gerente Central de Operaciones

DR. EDGARD MIGUEL SICCHA Gerente de Operaciones Territoriales

Informe de Seguimiento a la Supervisión

Hospital III Emergencias Grau — Red Desconcentrada Almenara.

Referencia: a) Resolución de Superintendencia N° 020-2015-SUSALUD/S

b) Carta N° 4858-GCOP-ESSALUD-2015

c) Carta N° 53-GRDA-ESSALUD-2016

Fecha 14, AR 2016

Me dirijo a usted para saludarlo cordialmente y en relación al asunto de la referencia, cumpla con informarle lo siguiente:

I. ANTECEDENTES:

- Mediante el documento de la referencia a), la Superintendencia Nacional de Salud aprobó el Programa Anual de Supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud para el periodo 2015, el cual incluyó 159 UPSS de las diferentes IPRESS de ESSALUD a nivel nacional.
- Mediante el documento de la referencia b), la Gerencia Central de Operaciones en cumplimiento con la función de controlar y evaluar la implementación de las recomendaciones de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD)

en el ámbito de su competencia; solicitó a la Red Desconcentrada Almenara, la remisión de información actualizada sobre las acciones desarrolladas para subsanar los verificadores observados a las UPSS del Hospital III Emergencias Grau de la Red Desconcentrada Almenara.

- Mediante documento de la referencia c) de fecha 07 enero 2016, la Gerencia de la Red Desconcentrada Almenara eleva a la Gerencia Central de Operaciones el Informe Inicial de Supervisión Selectiva al Hospital III Emergencias Grau.

II. ANALISIS:

Durante el año 2015, el Hospital III Emergencias Grau fue incluido en el Programa Anual de supervisión de SUSALUD, aprobado mediante Resolución de Superintendencia N° 020-2015-SUSALUD/S. El propósito de la supervisión realizada por SUSALUD, es promover una gestión eficaz y eficiente de los recursos vigilando que las prestaciones de salud se otorguen con calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia; evaluando el cumplimiento de las normas vigentes, buenas prácticas tanto en el proceso de atención COTIO en la gestión del establecimiento y respeto a los derechos de los usuarios; incorporando el componente de administración del riesgo que permita proponer medidas preventivas y correctivas por parte de la IPRESS.

En el Hospital III Emergencias Grau de la Red Desconcentrada Almenara, las UPSS que fueron supervisadas por SUSALUD durante el año 2015 fueron las siguientes:

- ✓ UPSS Farmacia
- ✓ UPSS Emergencia
- ✓ UPSS Patología Clínica
- ✓ UPSS UCI Adulto
- ✓ UPSS UCI Neonatal

De acuerdo a los Informes N° 01552-2015/1SIPRES, N° 01554-2015/1SIPRES, N° 01639-2015/1SIPRES, N° 01504-2015/1SIPRES y N° 01490-2015/1SIPRES derivados de las supervisiones efectuadas a las UPSS del Hospital III Emergencias Grau de la Red Desconcentrada Almenara; los puntajes de cumplimiento normativo y el nivel de riesgo operacional de cada una de las UPSS supervisadas, se presentan en el siguiente cuadro:

UPSS supervisada	Normativo	operacional
UPSS Farmacia	69.700/0	Mediano Riesgo
UPSS Emergencia	75.100/0	Mediano Riesgo
UPSS Patología Clínica	87.850/0	Bajo Riesgo
UPSS UCI Adultos	62.030/0	Mediano Riesgo
UPSS UCI Neonatal	63.68 %	Mediano Riesgo

Se ha realizado el seguimiento de las acciones desarrolladas que han permitido el levantamiento de las Observaciones realizadas por SUSALUD al Hospital III Emergencias Grau de la Red Desconcentrada Almenara.

A la fecha, de las 115 Observaciones contenidas en el Informe de SUSALUD, se han levantado un total de 34; por lo que el Hospital III Emergencias Grau ha cumplido con levantar el 30 % de las observaciones realizadas por SUSALUD, tal como se muestra en el siguiente cuadro:

Trasmitido n°:

Fecha: .

FIRMA

info:-nje ü.]
Atención
Opinión

P.oyoc,io de Carta
de Resolución
Conoci:nfráflto y
Finc;s
Coordinar y Evaluar
C.one,olidar

Autoriza12¹-)
Prch1VO

Jr. Domingo Cueto
120 wwwkessztud.gob,,pe Desús María



Tipo de Instrumento	Componente	Nº Verificadores Observados	Implementadas	Porcentaje de Cumplimiento
3732 UCI ADULTOS	Organización y Funcionamiento	1		0%
	Gestión Sanitaria	8	5	63%
	Atención del Paciente	1	1	100%
	Capacidad Resolutiva	23		
	Seguridad de la Atención	2	1	
	Bioseguridad	1	1	100%
	Gestión Historia Clínica	2	2	100%
	Garantía de la Calidad	1	1	100%
	SUBTOTAL	39	11	28%
3734 UCI NEONATAL	Documento de Gestión	5	1	
	Organización Funcionamiento	1	0	
	Gestión Sanitaria	7	4	57%
	Atención del Paciente	1		
	Capacidad Resolutiva	22		
	Seguridad de la Atención	2	2	100%
	Bioseguridad	1	1	100%
	Gestión Historia Clínica	1		0%
	Garantía de la Calidad	1	1	100%
SUBTOTAL	41	9		
3736 FARMACIA	Gestión de Productos Farmaceuticos	5	0	
	Dispensación Productos Farmaceuticos	7		0%
	Farmacotecnia	1	0	
	Farmacia Clínica	3		0%
	SUBTOTAL	16		00/0
3778 EMERGENCIA	Proceso Misional	4	4	100%
	Proceso de Apoyo	6	1	17%
	Proceso de Eval y Mejora	2	2	100%
	SUBTOTAL	12	7	
3779 PATOLOGIA CLINICA	Gestión y Organización	2	2	100%
	Operativos Asistenciales	5	5	100%
	SUBTOTAL	7	7	100%
TOTAL		115	34	

III. CONCLUSIONES:

- o El nivel de cumplimiento en la implementación de acciones para la subsanación de las observaciones evidenciadas durante la

supervisión de SUSALUD al Hospital III Emergencias Grau de la Red Desconcentrada Almenara es el siguiente:

- o UPSS UCI Adulto 28 %
- o UPSS UCI Neonatal 22 %
- o UPSS Farmacia 00 %
- o UPSS Emergencia 58 %
- o UPSS Patología Clínica :100 %



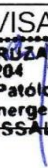

- o A la fecha, de las 115 Observaciones contenidas en el Informe de SUSALUD, se han levantado un total de 34; por lo que el Hospital III Emergencias Grau ha cumplido con levantar el 30 % de las observaciones realizadas por SUSALUD.

Jesús María www.aessztud.gob.pe

Jr- Domingo Cueto 120

Lima 11 - Perú

MANUAL DE BIOSEGURIDAD

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
 Dra. ZULEMA BERRIO FUENTES CMP. 32515 RNE. 18783 Jefe Serv. Pat. Clínica y Anat. Patológica Hospital III Emergencias Grau-RAA 	 Dra. MAGDA CRUZADO VILLANUEVA CPM. 38204 RNE. 18425 Médico Patólogo Clínico Hospital III Emergencias Grau-RAA ESSALUD	 DR. CESAR SANCHEZ ZUÑIGA

DR. CESAR SANCHEZ ZUÑIGA
CMP 16236 RNE. 10090
Jefe del Departamento de Ayuda al
Diagnostico y Tratamiento
Hospital III Emergencias Grau

E-sSa/ud

ANEXO 25 : MANUAL DE APEGO AL LAVADO DE MANOS

"Plan de Apego Lavado de Manos"

HOSPITAL III EMERGENCIAS GRAU ES SALUD SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA

PLAN DE APEGO A LAVADA DE MANOS

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
 Dra. ZULEMA BERRICK FUENTES CMP 16236 RNE 18783 Jefe Ser. Pat. Clínica y Anat. Patológica Hospital III Emergencias Grau-RAA	 Dra. MAGDA CRUZADO VILLANUEVA CPM. 38204 RNE. 18425 Médico Patólogo Clínico Hospital III Emergencias Grau-RAA ESSALUD	 DR. CESAR SANCHEZ ZUÑIGA CMP 16236 RNE. 10090 Jefe del Departamento de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento Hospital III Emergencias Grau

E-sSa/ud

ANEXO 26: PROCESOS DE ELIMINACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS

TRANSPORTE DE RESIDUOS SOLIDOS/BIOCONTAMINADOS

