MOQUEGUA

Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 24 de febrero del 2023.

VISTOS: Informe N° 217-2023-DIRESA-HRM/03 emitido el 24 de febrero del 2023 por la Jefatura de la Oficina de Planeamiento Estratégico, Informe N° 016-2023-DIRESA-HRM/03-0/RAC emitido el 24 de febrero del 2023 por el Área de Racionalización, Informe N° 036-2023-DIRESA-HRM-AL/01 emitido el 17 de febrero de 2023 por el Área de Asesoría Legal, Informe N° 107-2023-DIRESA-HRM/05 emitido el 15 de febrero del 2023 por la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, Acta N° 003-2023 de fecha 15 de febrero del 2023 del Equipo de Mejora Continua de la Calidad del Hospital Regional de Moquegua, Informe N° 092-2023-DIRESA-HRM/05 emitido el 08 de febrero de 2023 por la Unidad de Gestión de la Calidad, Informe N° 018-2023-DIRESA-HRM/05-BGGV-MC emitido el 08 de febrero del 2023 por médico prestacional de la Unidad de Gestión de la Calidad, Informe N| 050-2023-DPTO-PCL-DIRESA-HRM/19 emitido el 20 de enero de 2023 por el Jefe de Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, Informe N° 009-2023/PCL-BS-DIRESA-HRM/19.1 emitido el 20 de enero de 2023 por la Jefatura del Área de Banco de Sangre.

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 0101-2011-GR/MOQ de fecha 15 de febrero de 2011 se resuelve crear la Unidad Ejecutora 402, Hospital Regional de Moquegua, en el pliego 455 del Gobierno Regional del Departamento de Moquegua, creada para el logro de objetivos y contribución de la mejora de calidad y cobertura del servicio público de salud, manteniendo independencia en su administración a fin de garantizar su operatividad;

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

Que, el artículo 46° de la Ley N° 26842, expresa que, las actividades de obtención, donación, conservación, transfusión y suministro de sangre humana, sus componentes y derivados, así como el funcionamiento de bancos de sangre, centros de hemoterapia y plantas de hemoderivados, se rigen por la ley de la materia y su reglamento y están sujetas a la supervisión y fiscalización por parte de la Autoridad de Salud de nivel nacional o de a quien ésta delegue;

Que, mediante Ley N° 26454, se declara de orden público e interés nacional la obtención, donación, conservación, transfusión y suministro de sangre humana; cuyo Reglamento fue aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-95-SA y modificado por el Decreto Supremo N° 004-2018-SA;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 628-2006/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Lineamientos de Política del PRONAHEBAS";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 614-2004/MINSA resuelve aprobar Normas Técnicas del Sistema de Gestión de la Calidad del Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre (PRONAHEBAS), que forman parte integrante de la presente Resolución y son de aplicación a nivel nacional, entre las cuales se resuelve aprobar la Norma Técnica N° 011-MINSA/DGSP-V.01: "Manual de Calidad", la Norma Técnica N° 012-MINSA/DGSP-V.01: "Criterios de Calidad" y la Norma Técnica N° 016-MINSA/DGSP-V.01: "Formatos y Registros";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, se aprueban las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", en el segundo párrafo el numeral 6.1.4 señala en cuanto al Documento Técnico que, su finalidad es básicamente de información u orientación a los usuarios, personal de salud y/o población general, basado en el conocimiento científico y técnico, validado por la experiencia sistematizada y documentada y respaldado por las normas vigentes que correspondan. Además, señala que se Consideran Documentos Técnicos aquellos que abordan aspectos como "Planes (de diversa naturaleza)";

Que, mediante Resolución Ministerial N°090-2022/MINSA, se aprobó la Directiva Administrativa N° 326-MINSA/OGPPM-2022, "Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud", con la finalidad de contribuir al logro de los objetivos institucionales y sectoriales mediante la estandarización de Planes Específicos en el Ministerio de Salud (MINSA), que se orienten a lograr la operatividad de las intervenciones sanitarias y administrativas relevantes;

GOBIERNO REGIONAL
MOQUEGUA

Nº 066-2023-DIRESA-HRM/DE

REPUBLICA DEL PERU

Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 24 de febrero del 2023.

Que, mediante Informe N° 009-2023/PCL-BS-DIRESA-HRM/19.1 emitido por la Jefatura del Área de Banco de Sangre, bajo sus funciones y responsabilidades en cuanto la actualización de documentos técnicos normativos presenta el "Plan de Mejora Continua" del año 2023, el mismo que es puesto a conocimiento de la Dirección Ejecutiva a través del Informe N| 050-2023-DPTO-PCL-DIRESA-HRM/19 emitido por la Jefatura del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica;

Que, mediante Acta N° 003-2023 de fecha 15 de febrero de 2023, por requerimiento de la Unidad de Gestión de la Calidad se reúne el Equipo de Mejora continua de la calidad del Hospital Regional de Moquegua, en la cual se concluye aprobar el proyecto de "Plan de mejora continua para la estandarización en el uso y llenado de los formatos y registros del Banco de Sangre Tipo II del Hospital Regional de Moquegua – 2023";

Que, mediante Informe N° 217-2023-DIRESA-HRM/03 emitido por la Jefatura de la Oficina de Planeamiento Estratégico de conformidad con lo señalado por el Área de Racionalización a su cargo, otorga opinión técnica favorable al "Plan de mejora continua para la estandarización en el uso y llenado de los formatos y registros del Banco de Sangre Tipo II del Hospital Regional de Moquegua - 2023" , cuyo documento contiene diez anexos en el título VI de caracterización del Plan;

Contando con el proveído de la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Moquegua y con los vistos buenos de la Unidad de Gestión de la Calidad y de la Oficina de Planeamiento Estratégico;

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

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el "PLAN DE MEJORA CONTINUA PARA LA ESTANDARIZACIÓN EN EL USO Y LLENADO DE LOS FORMATOS Y REGISTROS DEL BANCO DE SANGRE TIPO II DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA - 2023", el cual consta de dieciocho (18) folios y forma parte integrante de la presente resolución..

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

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

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
M.E. IDANIA EDITH MAMANI PILCO
C.M.P. 53129 RNE. 043740
DIRECTORA EJECUTIVA

IEMP/DIRECCIÓN
JLRV/AL
(01) DIRECCION GENERAL
(01) O. ADMINISTRACION
(01) O. PLANEAMIENTO
(01) U. CALIDAD
(01) DPTO. ANATOMIA P.
(01) BANCO DE SANGRE
(01) ESTADÍSTICA
(01) ARCHIVO

PLAN MEJORA CONTINUA PARA LA ESTANDARIZACIÓN EN EL USO Y LLENADO DE LOS FORMATOS Y REGISTROS DEL BANCO DE SANGRE TIPO II DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA 2023

N° de Registro de CHBS Tipo II: 18-1801-150

SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA

Elaborado por:	Revisado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Patricia A. Abaga Mamani CBP. 10578	Gina Sheila Aguilar Castro PATÓLOGO CLÍNICO CMP. 53773 RNE: 36169	HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA M.C. Germán Ocampo Paredes CMP.21313 - RNE. 10257 Jefe de Dpto. Patologia Clínica y Anatomía Patológica	HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA M.E. IDANIA EDITH MAMANI PILCO C.M.P. 53129 RNE. 043740 DIRECTORA EJECUTIVA
Encargado de Calidad de Banco de Sangre	Jefe de Área de Banco de Sangre	Jefe del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica	Director Ejecutivo de Hospital Regional de Moquegua

MOQUEGUA-PERU

2023

INDICE

Pág.

I. INTRODUCCION.....3

II. BASE LEGAL.....4

III. FINALIDAD.....4

IV. OBJETIVOS.....5

OBJETIVO GENERAL.....5

OBJETIVOS ESPECIFICOS.....5

V. RESPONSABLES DE LA FORMULACIÓN DEL PLAN.....5

VI. CARACTERIZACIÓN DEL PLAN.....5

ANEXOS 1.....7

ANEXOS 2.....8

ANEXOS 3.....10

ANEXOS 4.....11

ANEXOS 5.....12

ANEXOS 6.....13

ANEXOS 7.....15

ANEXOS 8.....16

ANEXOS 9.....17

ANEXOS 10.....18

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA GESTION DE CALIDAD

MINISTERIO DE SALUD BANCO DE SANGRE TIPO II HRM HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA

17 17

I. INTRODUCCIÓN

El Plan de Mejora Continua de la Calidad sintetiza los principales problemas relacionados a la calidad de atención en salud tanto en el área asistencial como administrativa, problemas que luego de un análisis causal deben desencadenar una serie de acciones de mejor que para su cumplimiento requerirán del compromiso y participación del personal de la institución pues son ellos los actores principales en el proceso de producción de servicios y de la mejora de los mismos.

El alcanzar y mantener la calidad en el Área de Banco de Sangre y la aplicación de los principios básicos de la Medicina Transfusional deber ser considerada como el objetivo esencial para todos los involucrados en los procesos de producción, conservación y transfusión de componentes sanguíneos, esenciales para la salud los que deben estar al alcance de los pacientes en forma segura, eficaz, equitativa, oportuna y suficiente en todo momento.

La problemática que aborda el presente Plan de Mejora Continua, se basa en las auditorías internas, externas y evaluaciones realizadas al Banco de Sangre del Hospital Regional de Moquegua en el periodo 2022. Tras un estudio base se pudo identificar la necesidad de estandarizar el flujo y uso de Formatos y Registros así también la urgencia de capacitación del personal sobre el uso y llenado de los Formatos y Registros del área de Banco de Sangre del Hospital Regional de Moquegua. Lo que ocasionó hasta la fecha la falta de información en los registros de donantes y pacientes y el incumplimiento de reportes al Sistema de Gestión de Calidad.

El mes de diciembre del año 2022 se realizó una auditoría interna y Control de Calidad a los formatos observando falencias en el llenado de: fichas de perfil ocupacional (46% incompleto), formatos de postulante a donante de sangre (21% incompletos), formato de solicitud transfusional (15% incompleto), consentimiento informado del receptor (5% incompleto) y registros incompletos del Sistema de Gestión de la Calidad. Ausencia de formatos para la evaluación de proveedores y productos, y formato de resultados del tamizaje a los donantes. Se aplicó una encuesta al área usuaria sobre el conocimiento, uso y manejo de los principales formatos del Banco de Sangre, obteniendo los siguientes resultados: el 92% del personal no recibió capacitación, el 58% refiere no conocer la ubicación de los formatos, el 83% refiere no saber la persona encargada de facilitarlos, el 50% declara conocer el uso de todos los formatos de banco de sangre. Así mismo el 100% del personal manifiesta la necesidad de contar con una Guía de Formatos y Registros Codificados y la socialización de la misma.

II. BASE LEGAL

- LeyN°26842, Ley General de la Salud.
- Resolución Ejecutiva Directoral N°225-2015-DRSM-UEHRM/DE, que aprueba el Plan Estratégico Hospitalario 2015-2018.
- Resolución Ejecutiva Directoral N°427-2016-DRSM-UEHRM/DE, que aprueba el Plan Operativo Institucional 2016.
- Ordenanza Regional N°004-2008-CR/GRM, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones ROF del Hospital Regional de Moquegua.
- Resolución Ejecutiva Directoral N°175-2016-DRSM-UEHRM/DE, que aprueba el Esquema para la elaboración de Planes de los Órganos Estructurados dl Hospital Regional de Moquegua.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSA, que aprueba el Manual para la Mejora Continua de la Calidad.
- Norma Técnica N° 011-MINSA/DGSP-V.01 "Manual de Calidad" - PRONAHEBAS
- Norma Técnica N° 012-MINSA/DGSP-V.01 "Criterios de Calidad" - PRONAHEBAS
- Norma Técnica N° 015-MINSA/DGSP-V.01 "Guía de Procesos" - PRONAHEBAS
- Norma Técnica N° 016-MINSA/DGSP-V.01 "Formatos y Registros" - PRONAHEBAS

III. FINALIDAD

Identificar oportunidades de mejora y proponer acciones y/o planes de mejora continua de procesos estratégicos, misionales y de apoyo. Dirigido a todo el personal asistencial que conforma el Banco de Sangre del Hospital Regional de Moquegua, con cuya participación coordinada y consensuada se logrará el fortalecimiento y mejora de la calidad del servicio.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Implementar una directiva para la mejora continua del área de Banco de Sangre del Hospital Regional de Moquegua.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estandarizar el flujo y uso de Formatos y Registros del área de Banco de Sangre del Hospital Regional de Moquegua.
- Capacitar al personal del uso y llenado de los Formatos y Registros del área de Banco de Sangre del Hospital Regional de Moquegua.

V. RESPONSABLES DE LA FORMULACIÓN DEL PLAN

N°	Apellidos y Nombres	Cargo	Correo electrónico	Teléfono
1	Aliaga Mamani, Patricia	Bióloga	ttydraga@gmail.com	987644013

VI. CARACTERIZACIÓN DEL PLAN

Se desarrollará la Matriz de Proyectos de Mejora; la cual contiene los siguientes anexos:

Anexo 1 y 2 Identificación de Oportunidad de Mejora (método cualitativo o cuantitativo).

Anexo 3 Matriz de Priorización.

Anexo 4 Matriz de Identificación de Actividades del Proceso.

Anexo 5 Matriz de Causas.

Anexo 6 Matriz de Planteamiento de Hipótesis para el Cambio.

Anexo 7c Plan de Acción de Implementación de Cambios.

Anexo 7b Resumen del Plan de Mejora.

Identificación de Oportunidades	Priorización	Causas	Priorización de Hipótesis	Estrategias	Actividades de Proceso	Tareas	Unidad de Medida	2023							Responsable
								E	F	M	A	M	J	J	
Estandarizar el flujo y uso de Formatos y Registros.	17	No hay una organización del uso de los Formatos y Registros. Falta flujo de uso de los Formatos y Registros. No hay Formatos y Registros Estandarizados.	Si se contara con un flujo adecuado se tendría información completa de los donantes y pacientes.	Implementación de un flujo del uso de Formatos y Registros Estandarizados de acuerdo a los procedimientos del área de Banco de Sangre del Hospital Regional de Moquegua.	Socializar el análisis cualitativo y cuantitativo sobre la falta de un buen uso de los Formatos y Registros.	Convocar a una reunión para establecer la problemática del uso de los Formatos y Registros.	Acta de Reuniones.	X							Área de Banco de Sangre.
						Presentación del Proyecto de Mejora	Informe de Solicitud del Plan de Mejora.		X						Unidad de Gestión de la Calidad/Oficina de Planeamiento.
						Aprobación del Proyecto de Mejora	Aprobación del Proyecto de Mejora.		X						Dirección Ejecutiva y Asesoría Legal
					Establecer flujo adecuado del uso de los Formatos y Registros del Banco de Sangre.	Crear el flujograma de uso de Formatos y Registros.	Ficha de flujo de uso de Formatos y Registros.			X					Área de Banco de Sangre.
					Estandarización del proceso mediante la Directiva.	Crear la Directiva.	Directiva del uso de Formatos y Registros.			X					Área de Banco de Sangre.
						Solicitud de aprobación.				X					Unidad de Gestión de la Calidad/Oficina de Planeamiento.
						Aprobación de la Directiva.				X					Dirección Ejecutiva y Asesoría Legal.
						Socializar la Directiva.	Acta de Reunión de socialización				X				Área de Banco de Sangre.
					Establecer una evaluación continua sobre el proceso.	Evaluación interna de Formatos y Registros mensual. Mediante la confección de un formato.	Rúbrica de evaluación.							X	Área de Banco de Sangre.
Capacitar al personal del uso y llenado de los Formatos y Registros	31	Falta capacitación continua sobre el llenado de Formatos y Registros. Falta una evaluación de la capacitación del llenado y uso de los Formatos y Registros. Falta de orden en el momento del llenado de los Formatos y Registros.	Si los profesionales de salud tuvieran una capacitación continua del uso, flujo y manejo no habría errores en el llenado.	Capacitación continua sobre el uso y llenado de los Formatos y Registros.	Capacitación continua al personal sobre el uso y llenado de los Formatos y Registros.	Crear el Plan de Capacitación.	Plan de Capacitación			X					Área de Banco de Sangre.
						Aprobación del Plan de Capacitación.	Aprobación del Plan de Capacitación				X				Unidad de Gestión de la Calidad/Oficina de Planeamiento. Dirección Ejecutiva y Asesoría Legal.
						Ejecución del Plan de Capacitación: memorándum con asistencia obligatoria.	Lista de asistencia Pre test/Post test					X			Área de Banco de Sangre.

ANEXO 1.

IDENTIFICACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

CUALITATIVO

LLUVIA DE IDEAS REPORTE DE NO CONFORMIDADES	
1. Definición del tema	Exposición de las No Conformidades y auditoría interna en el área de Banco de Sangre con el objetivo de implementar un flujo del uso correcto de Formatos y Registros Estandarizados.
2. Reflexión	Se procede al análisis de la auditoría interna y reporte de No Conformidades en el área de Banco de Sangre del Hospital Regional de Moquegua.
3. Emisión	No se cuenta con formatos y registros estandarizados. No hay un flujo del uso de formatos y registros.
4. Organización	Se concluyó: Se deben Estandarizar los Formatos y Registros del área de Banco de Sangre. Se debe elaborar un flujo del uso y manejo de los formatos y registros estandarizados. Se debe capacitar al personal del llenado y uso de los formatos y registros.

ANEXO 2.

IDENTIFICACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA CUANTITATIVO

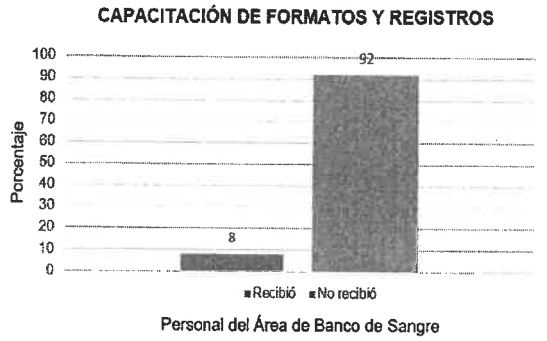


Gráfico 1. Porcentaje de Personal del Área de Banco de Sangre que recibió y no recibió capacitación y entrenamiento en el uso y llenado de Formatos y Registros. En el gráfico se muestra que el 92% del personal no recibió capacitación durante el tiempo de trabajo en el área. El 8% refiere que si recibió capacitación en el uso y llenado de los formatos y registros.

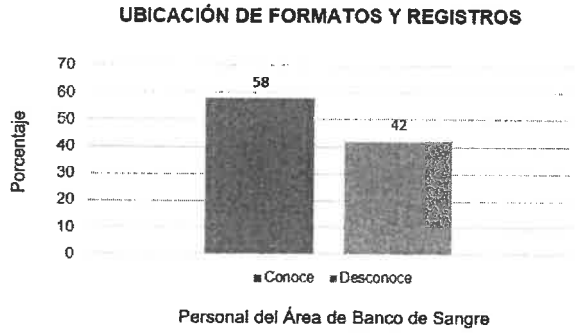


Gráfico 2. Porcentaje del Personal del Área de Banco de Sangre que conoce y desconoce de la ubicación de los Formatos y Registros que se manejan en el área. El 58% del personal refiere conocer la ubicación de todos los formatos y registros mientras que el 42% refiere no saber la ubicación de éstos.

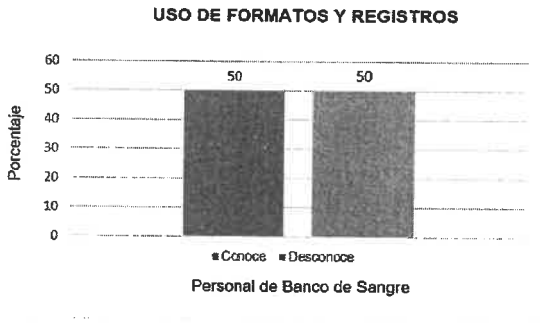


Gráfico 3. Porcentaje del Personal del Área de Banco de Sangre que conoce y desconoce del uso correcto de los Formatos y Registros que se manejan en el área. El 50% refiere conocer sobre el uso y llenado correcto de los registros y formatos y el otro 50% refiere no conocer el uso de todos los formatos del área.

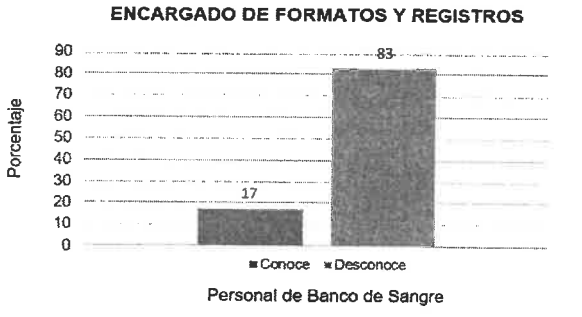


Gráfico 4. Porcentaje del Personal del Área de Banco de Sangre que conoce y desconoce del encargado de los Formatos y Registros en el área. El 83% refiere desconocer de la persona que se encarga de facilitar y explicar sobre el uso y llenado de los formatos y registros del área.

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
GESTIÓN DE LA CALIDAD
MINISTERIO DE SALUD
BANCO DE SANGRE TIPO II HRM
HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA

ANEXO 2.

IDENTIFICACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

CUANTITATIVO

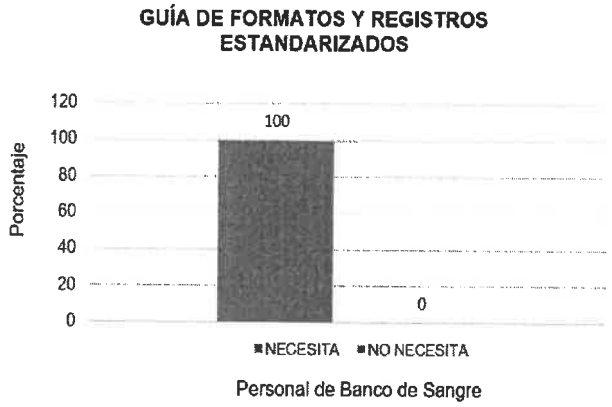


Gráfico 5. Porcentaje del Personal del Área de Banco de Sangre que manifiesta la necesidad de contar con una Guía de Formatos y Registros Estandarizados. El 100% del personal refiere ser necesario contar con una Guía en el área y la socialización de la misma.

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
MINISTERIO DE SALUD
BANCO DE SANGRE TIPO II HRM
HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA

ANEXO 3.

MATRIZ DE PRIORIZACIÓN

Problemas de interés	Frecuencia	Importancia	Factibilidad	Total
La estandarización del flujo y uso de Formatos y Registros del área de Banco de Sangre del Hospital Regional de Moquegua.	(5) 1+1+3	(9) 1+3+5	(3) 1+1+1	17
La capacitación del uso y manejo de la Guía de Formatos y Registros Estandarizados.	(13) 3+5+5	(13) 5+5+3	(5) 1+1+3	31

(*) Este es el puntaje otorgado por cada una de las 3 personas

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
MINISTERIO DE SALUD
BANCO DE SANGRE NRO II HRM
HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA

8 (9)

ANEXO 4.

IDENTIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCESO

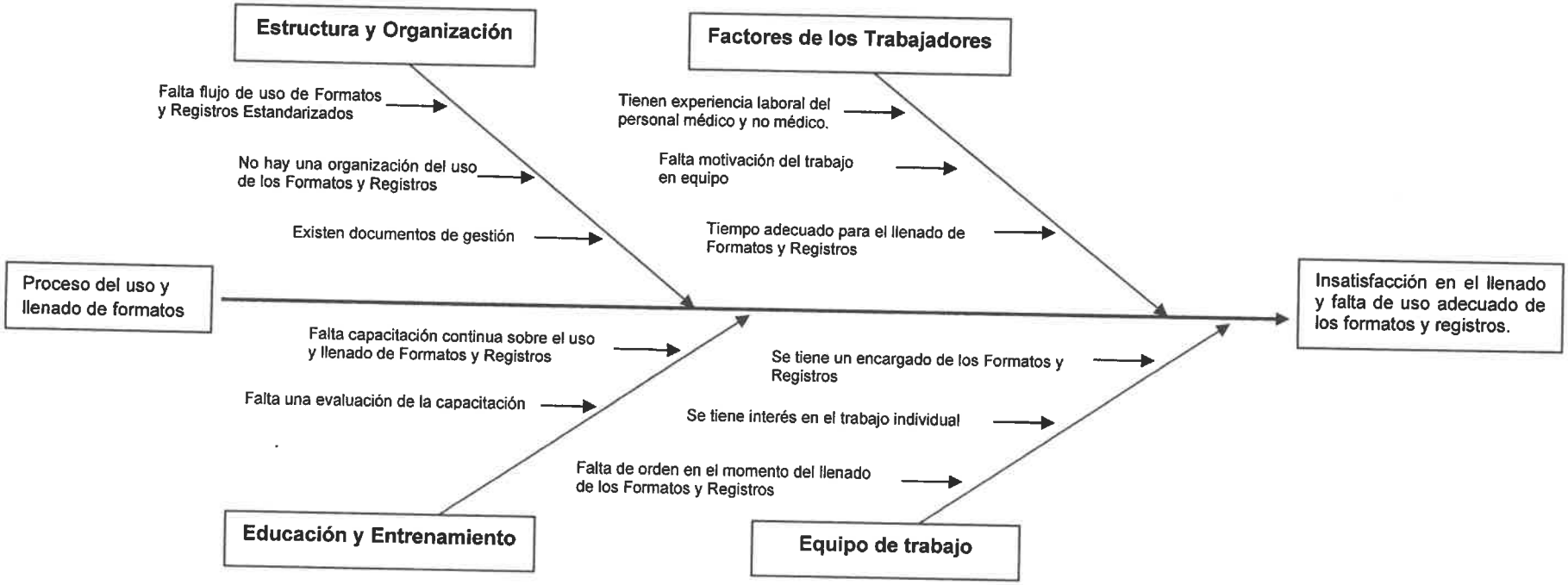
No 1: Implementación de un flujo del uso de Formatos y Registros Estandarizados de acuerdo a los procedimientos del área de Banco de Sangre del Hospital Regional de Moquegua.	
Descripción del problema:	En el análisis de las auditorias y evaluaciones internas del área de Banco de Sangre, se reportó la falta de un flujo del uso de Formatos y Registros Estandarizados generando una insatisfacción, falta de información de donantes y pacientes; y el incumplimiento de reportes al Sistema de Gestión de Calidad del Banco de Sangre.
Causas que provocan el problema	Falta flujo en el uso de los Formatos y Registros. No hay una organización del uso de los Formatos y Registros Falta de orden en el momento del llenado de los Formatos y Registros.
Objetivo a seguir	Estandarizar el flujo y uso de Formatos y Registros.
Actividades de mejora	Socializar el análisis cualitativo y cuantitativo sobre la falta de un buen uso de los Formatos y Registros. Establecer flujo adecuado del uso de los Formatos y Registros del Banco de Sangre. Estandarización del proceso mediante la directiva. Establecer una evaluación continua sobre el proceso.
Beneficios esperados	Adecuado llenado de los Formatos y Registros del área de Banco de Sangre. Uso racional de los Formatos y Registros.
No 2: Capacitación continua sobre el uso y llenado de los Formatos y Registros del área de Banco de Sangre del Hospital Regional de Moquegua.	
Descripción del problema:	Se ha aplicado una encuesta en donde se analizaron los datos obtenidos. Concluyendo que el 92% del personal no recibió capacitación durante el tiempo de trabajo en el área, el 42% del personal refiere desconocer la ubicación de los formatos y registros, el 50% indica que conoce sobre el uso y llenado de los formatos, el 83% indica desconocer de la persona que se encarga de facilitar y explicar sobre el uso y llenado correcto de los formatos y registros del área. Así también el 100% del personal refiere ser necesario contar con una Guía en el área y la socialización de la misma.
Causas que provocan el problema	Falta de motivación del trabajo en equipo Falta capacitación continua sobre el llenado de Formatos y Registros. Falta una evaluación de la capacitación del llenado y uso de los Formatos y Registros. Falta de orden en el momento del llenado de los Formatos y Registros.
Objetivo a seguir	Capacitar al personal del uso y llenado de los Formatos y Registros.
Actividades de mejora	Capacitar al personal sobre el flujo, uso y llenado adecuado de los Formatos y Registros del área de Banco de Sangre.
Beneficios esperados	Formatos y registros llenados adecuadamente. Completa información del donante y paciente. Personal motivado por la necesidad de capacitaciones.

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
MINISTERIO DE SALUD BANCO DE SANGRE TIPO II NBM HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA

48

ANEXO 5.

MATRIZ DE CAUSAS DE RAIZ DE UN EVENTO ADVERSO



ANEXO 6.

MATRIZ DE PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS PARA EL CAMBIO

HIPOTESIS DE CAMBIO	
Si se contara con un flujo adecuado se tendría información completa de los donantes y pacientes.	Si los profesionales de salud tuvieran una capacitación continua del uso, flujo y manejo no habría errores en el llenado.

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
COMITÉ DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
MINISTERIO DE SALUD
BANCO DE SANGRE TIPO II HRM
HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA

ANEXO 7. b

RESUMEN DEL PLAN DE MEJORA

Objetivos Específicos	Actividades de Proceso	Unidad de Medida	2023							Responsable
			E	F	M	A	M	J	J	
Estandarizar el flujo y uso de Formatos y Registros.	Socializar el análisis cualitativo y cuantitativo sobre la falta de un buen uso de los Formatos y Registros.	Acta de Reuniones.	X							Área de Banco de Sangre.
		Informe de Solicitud del Plan de Mejora.		X						Unidad de Gestión de la Calidad/Oficina de Planeamiento.
		Aprobación del Proyecto de Mejora.		X						Dirección Ejecutiva y Asesoría Legal
	Establecer flujo adecuado del uso de los Formatos y Registros del Banco de Sangre.	Ficha de flujo de uso de Formatos y Registros.			X					Área de Banco de Sangre.
	Estandarización del proceso mediante la Directiva.	Directiva del uso de Formatos y Registros.			X					Área de Banco de Sangre. Unidad de Gestión de la Calidad/Oficina de Planeamiento. Dirección Ejecutiva y Asesoría Legal.
		Acta de Reunión de socialización				X				Área de Banco de Sangre.
	Establecer una evaluación continua sobre el proceso.	Rúbrica de evaluación.							X	Área de Banco de Sangre.
Capacitar al personal del uso y llenado de los Formatos y Registros	Capacitación continua al personal sobre el uso y llenado de los Formatos y Registros.	Plan de Capacitación			X					Área de Banco de Sangre.
		Aprobación del Plan de Capacitación				X				Unidad de Gestión de la Calidad/Oficina de Planeamiento. Dirección Ejecutiva y Asesoría Legal.
		Lista de asistencia Pre test/Post test					X			Área de Banco de Sangre.

ANEXO 7. c

PLAN DE ACCION DE IMPLEMENTACIÓN DE CAMBIOS

Objetivos	Estrategias	Actividades de Proceso	Tareas	Resultados/Productos	Plazo de Implementación		Responsable
					Inicio	Fin	
Estandarizar el flujo y uso de Formatos y Registros.	Implementación de un flujo del uso de Formatos y Registros Estandarizados de acuerdo a los procedimientos del área de Banco de Sangre del Hospital Regional de Moquegua.	Socializar el análisis cualitativo y cuantitativo sobre la falta de un buen uso de los Formatos y Registros.	Convocar a una reunión para establecer la problemática del uso de los Formatos y Registros.	Acta de Reuniones	Enero	Enero	Área de Banco de Sangre.
			Presentación del Proyecto de Mejora	Informe de solicitud del Proyecto de Mejora	Febrero	Febrero	Unidad de Gestión de la Calidad/Oficina de Planeamiento.
			Aprobación del Proyecto de Mejora	Resolución Directoral	Febrero	Febrero	Dirección Ejecutiva y Asesoría Legal
		Establecer flujo adecuado del uso de los Formatos y Registros del Banco de Sangre.	Crear el flujograma de uso de Formatos y Registros.	Ficha de flujo	Marzo	Marzo	Área de Banco de Sangre.
		Estandarización del proceso mediante la Directiva.	Crear la Directiva.	Directiva de uso de Formatos y Registros de Banco de Sangre	Marzo	Marzo	Área de Banco de Sangre.
			Solicitud de aprobación.				Unidad de Gestión de la Calidad/Oficina de Planeamiento
			Aprobación de la Directiva.				Dirección Ejecutiva y Asesoría Legal.
			Socializar la Directiva.	Acta de Reunión de socialización	Abril	Abril	Área de Banco de Sangre.
		Establecer una evaluación continua sobre el proceso.	Evaluación interna de Formatos y Registros mensual. Mediante la confección de un formato.	Rúbrica de evaluación	Julio	Julio	Área de Banco de Sangre.
Capacitar al personal del uso y llenado de los Formatos y Registros	Capacitación continua sobre el uso y llenado de los Formatos y Registros.	Capacitar al personal sobre el uso y llenado de los Formatos y Registros.	Crear el Plan de Capacitación.	Plan de Capacitación	Marzo	Marzo	Área de Banco de Sangre.
			Aprobación del Plan de Capacitación.	Resolución Directoral	Abril	Abril	Unidad de Gestión de la Calidad/Oficina de Planeamiento. Dirección Ejecutiva y Asesoría Legal.
			Ejecución del Plan de Capacitación: memorándum con asistencia obligatoria.	Lista de asistencia. Pre test/ Post test.	Mayo	Mayo	Área de Banco de Sangre.

ANEXO 8.

MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE CAMBIO

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ESTRATEGIAS
Existen documentos de gestión Tiene experiencia laboral del personal médico y no médico. Tiempo adecuado para el llenado de Formatos y Registros. Se tiene un encargado de los formatos y registros. Se tiene interés en el trabajo individual	Falta flujo de uso de Formatos y Registros Estandarizados. No hay una organización del uso de los Formatos y Registros. Falta de interés en el trabajo en equipo Falta capacitación continua sobre el llenado de Formatos y Registros. Falta una evaluación de la capacitación del llenado y uso de los Formatos y Registros. Falta orden en el momento del llenado de los formatos y registros.	Implementación de un flujo del uso de Formatos y Registros Estandarizados de acuerdo a los procedimientos del área de Banco de Sangre del Hospital Regional de Moquegua. Capacitación continua para la socialización del uso y llenado de los Formatos y Registros del área de Banco de Sangre del Hospital Regional de Moquegua.

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA GESTIÓN DE LA CALIDAD
MINISTERIO DE SALUD - HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA BANCO DE SANGRE HRM

ANEXO 9.
ENTREVISTA AL PERSONAL DE BANCO DE SANGRE

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL PERSONAL DE BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA.

FECHA: ___/___/___

*ESTIMADO COMPAÑERO:*Esta encuesta tiene como finalidad conocer su opinión sobre el manejo de formatos y registros del banco de sangre del hospital regional de Moquegua.

Dependencia/Establecimiento de salud donde trabaja: _____

¿A qué grupo ocupacional pertenece?:

- [ ] MÉDICO
- [ ] ENFERMERA
- [ ] BIÓLOGO
- [ ] TECNÓLOGO MEDICO
- [ ] TÉCNICO DE LABORATORIO
- [ ] AUXILIAR DE ENFERMERÍA

¿Cuál es su tiempo de servicio en el Banco de Sangre?

- [ ] Menos de 1 año
- [ ] Más de 4 años
- [ ] Más de 5 años

¿Tiene claro la existencia de todos los formatos y registros que se usan en el banco de sangre? SI ( ) NO ( )

¿Se le ha capacitado en este ultimo año sobre el uso y manejo de todos los formatos y registros que se usan en el banco de sangre?
SI ( ) NO ( )

¿Tiene claro donde se deben ubicar formatos y registros en el banco de sangre?
SI ( ) NO ( )

¿Tiene claro quien facilita los formatos y registros de cada área cuando éstos hacen falta?
SI ( ) NO ( )

¿Tiene claro el uso de cada formato y registro del banco de sangre?
SI ( ) NO ( )

¿Considera Ud. la necesidad de contar con una Guía de Formatos y Registros en el banco de sangre?
SI ( ) NO ( )

¿Considera Ud.la necesidad de socializar y difundir el uso y manejo de los formatos y registros del banco de sangre?
SI ( ) NO ( )

MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO Y COLABORACIÓN

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA - UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

MINISTERIO DE SALUD - HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA - BANCO DE SANGRE

ANEXO 10.
AUDITORIA INTERNA DEL BANCO DE SANGRE

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA	FORMATO	
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	Version Nro 01

DESCRIPCION DE LAS NO CONFORMIDADES

El equipo de Auditoria condujo una auditoria basada en enfoque de procesos. Los metodos de auditoria utilizados fueron entrevistas, observaciones de actividades y revisión de registros.

Numero/Numeral de Requisito	Descripcion del Criterio/Hallazgo
Responsabilidad gerencial	————————
Responsabilidad gerencial	Pendiente elaboracion y aprobacion mediante resolucion directoral de documentos de gestion del sistema de gestion version 2023 por parte del banco de sangre tipo 2 y de la direccion del hospital Regional de Moquegua, según anexo 02 del decreto supremo 017-2022 SA.
Recursos	————————
Equipamiento	No se evidencia el registro de mantenimiento de equipos del año 2022: congeladora vertical de menos 20 grados centigrados, marca INDREL modelo CV54D serie 47058.
Sistema de calida	No se participa en programa de control de calidad de inmunohematologia.
Documentos y registros	No se evidencian registros de eventos adversos, incidentes, accidentes, errores y de no conformidades del mes de noviembre del 2022, y sus medidas correctivas.
Incidentes, errore accidentes	No se cuenta con codificacion de los formatos y registros utilizados en el Banco de Sangre tipo 2.
Evaluaciones internas y externa	————————
Mejoramiento d proceso	No se evidencia registros de medidas preventivas ni correctivas.
Control de proces	No se evidencia control de calidad de hemoclasificadores (reactivos) del reactivo 2665/E74053-F1 Anti-D (IgM,IgG) monoclonal. Según el "Plan de control de calidad interno" aprobado por R:D.034-2022-DIRESA-HRM/DE, de cada nuevo lote debe ejecutarse un control de calidad de reactivos.
	————————

DESCRIPCION DE LAS OBSERVACIONES

Numero	Descripcion
	Las descritas en no conformidades
	————————

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA	FORMATO	
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	Version Nro 01

OPORTUNIDADES DE MEJORA

Numero	Descripcion
1	Se tiene los procesos necesarios que pueden cumplir requisitos para solicitar la autorizacion sanitaria según D.S. 017-2022 SA.010.
2	Actualizar los documentos de gestion necesarios para el cumplimiento de las condiciones para el funcionamiento de los Bancos de Sangre tipo II, según D.S. 017-2022 SA

CONCLUSIONES:

1. **Pendientes de elaboracion Documentos de gestion según anexo 02 del D.S. 017-2022-SA.**
2. **No participa en un programa de evaluación externa de desempeño de calidad en inmunohematologia.**
3. **Equipos del Area de cuarentena que se exhiben no evidencian registro de mantenimiento preventivo y/o correctivo**
4. **No se evidencian registros del mes de noviembre del 2022 de eventos adversos, incidentes, accidentes, errores y no conformidades.**

RECOMENDACIONES:

Ejecutar auditorias internas y registrar auditorias externas previo a la solicitud de autorizacion sanitaria.

LIDER AUDITOR	
Fecha de emision de este informe:	24 diciembre del 2022