



Resolución Directoral

Lima 15 de octubre de 2021

Visto el Expediente 20-032214-001 conteniendo el Memorando 1362-2021-DPCYAP/HNHU, mediante el cual la Sra. Jefa del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica de la Institución, solicita la aprobación del **Documento Técnico: Manual de Gestión de la Calidad del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica**; y

CONSIDERANDO:

Que, los Numerales I y II del Título Preliminar de la **Ley 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, y que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.

Que, el Artículo VI del Título Preliminar de la precitada Ley, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, con **Resolución Ministerial 826-2021/MINSA**, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo es establecer las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los Documentos Normativos, que expide el Ministerio de Salud, en el marco de sus funciones rectoras.

Que, el Artículo 75 del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue aprobado mediante **Resolución Ministerial 099-2012/MINSA**, señala que el Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, es la unidad orgánica encargada de proporcionar ayuda técnica especializada mediante la ejecución de procedimientos y pruebas analíticas en líquidos y secreciones corporales para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades, así como mediante exámenes citológicos, histopatológicos y necropsias y tiene asignadas, entre otras, la función general de proponer y aplicar los procedimientos y guías de atención para los pacientes en la Institución.

Que, con Nota Informativa 567-2021-OGC/HNHU, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad adjunta el Informe 215-2021-KMGM/HNHU; en el cual opina que el Proyecto del **Documento Técnico: Manual de Gestión de la Calidad del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica**; se encuentra apto para su aprobación.



Que, el Documento Técnico: Manual de Gestión de la Calidad del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, tiene como finalidad, desarrollar y contribuir en acciones concordantes a la disponibilidad, uso de sangre y hemocomponentes con niveles óptimos de calidad y seguridad.

Por estas consideraciones, de conformidad con las normas citadas, estando a lo opinado por la Oficina de Asesoría Jurídica en el Informe 517-2021-OAJ/HNHU; y a lo opinado por las Jefaturas del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica y la Oficina de Gestión de la Calidad y de acuerdo con las facultades otorgadas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue, aprobado por Resolución Ministerial 099-2012/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- APROBAR el DOCUMENTO TÉCNICO: MANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, la misma que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2.- DISPONER que la Oficina de Comunicaciones proceda a la publicación de la presente Resolución en la Página Web del Hospital.

Regístrese y comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Dr. Andrés Martín ALCÁNTARA DÍAZ
Director General (e)
CMP N° 028813

AMAD/GFM
Marlene G.
DISTRIBUCIÓN:
() D. Adjunta
() Dpto. de PCyAP
() Of., Gestión de la Calidad
() OCI
() Archivo.



PERÚ

MINISTERIO
DE SALUD

HOSPITAL
NACIONAL
HIPÓLITO
UNANUE

DEPARTAMENTO DE
PATOLOGÍA CLÍNICA Y
ANATOMÍA PATOLÓGICA

SERVICIO DE
HEMOTERAPIA Y
BANCO DE SANGRE

HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

DOCUMENTO TÉCNICO: MANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE



2021

Elaborado en base a la NT N°011-MINSA/DGSP-V.01

**EQUIPO DE GESTIÓN****MC. Luis Miranda Molina**

Director General

MC. Yudy Roldán Concha

Directora Adjunta

Econ. Ruth Rocio Moreno Galarreta

Director Administrativo

MC. Silvia Vargas Chugo

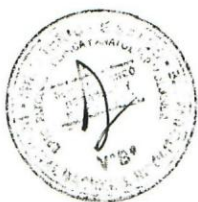
Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad

EQUIPO TÉCNICO.**MC. Priscilla Karina Altamirano Cáceres.**

Jefa de Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica

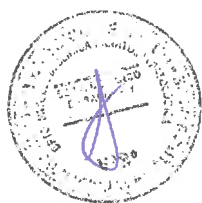
MC. Susana Victoria Del Carpio Ortmann

Jefa de Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
I. FINALIDAD.....	4
2.1. Objetivo General:	4
2.2. Objetivos Específicos:	4
III. AMBITO DE APLICACIÓN.....	4
IV. BASE LEGAL.....	4
5.1. DEFINICIÓN DEL SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE:	4
5.1.1 Misión:	5
5.1.2. Visión:.....	5
5.2. Sistema de Gestión de la Calidad del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre (SHBS).....	5
5.2.1 Definición del Sistema:	5
5.2.2 Compromiso de la Dirección	5
5.2.3 Enfoque al Usuario	5
5.2.4 Estrategias:.....	5
5.2.5 Medios de Verificación	6
5.2.6 Revisión del Sistema de Gestión de la Calidad.....	6
5.2.7 Actualización del Sistema de Gestión de la Calidad	6
5.2.8 Documentación de la Calidad	6
5.2.9. Principios Fundamentales:.....	7
5.3. Política de la Calidad:.....	7
5.4. DISPOSICIONES ESPECIFICAS.....	7
5.4.1. EG 01. ORGANIZACIÓN	8
5.4.2. EG 02. RECURSOS	8
5.4.3. EG 03. EQUIPAMIENTO	9
5.4.4. EG 04. ASUNTOS RELACIONADOS CON EL PROVEEDOR Y EL USUARIO	11
5.4.5. EG 05. CONTROL DEL PROCESO.....	12
5.4.6. EG 06. DOCUMENTOS Y REGISTROS.....	15
5.4.7. EG 07. INCIDENTES, ERRORES, ACCIDENTES, NO CONFORMIDADES Y COMPLICACIONES.....	16
5.4.8. EG 08. EVALUACIONES INTERNAS Y EXTERNAS.....	17
5.4.9. EG09. MEJORAMIENTO DEL PROCESO A TRAVES DE MEDIDAS PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS.....	19
5.4.10. EG 10. CENTRO DE TRABAJO Y SEGURIDAD	20
VI. RESPONSABILIDADES	21



DOCUMENTO TÉCNICO: MANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE

VII. ANEXOS.....	21
7.1. SIGLAS Y ABREVIATURAS:	21
VIII. BIBLIOGRAFÍA.....	22



INTRODUCCIÓN

El presente Manual contiene una descripción del Sistema de Gestión de la Calidad del Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre del Perú (PRONAHEBAS), programa a cargo de la Dirección de Banco de Sangre (DIBAN), en concordancia con lo establecido por las normas nacionales y los estándares de calidad internacionales señalados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La DIBAN, pertenece a la Dirección General de Donaciones, Trasplante y Banco de Sangre del Ministerio de Salud (DIGDOT), y su función es regular y normar el funcionamiento de los servicios de Medicina Transfusional ofrecidos por los Servicios de Hemoterapia y Bancos de Sangre del Ministerio de Salud, la Seguridad Social, la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales y el Sector Privado, en todo el ámbito nacional.

En el mundo globalizado de hoy, los Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre, necesitan reglamentar su forma de trabajar de manera que mantengan la uniformidad de los requisitos mínimos y por tanto de Calidad, para lograr el ideal de seguridad para todos los actores que participan en los procesos relacionados a la donación, procesamiento y transfusión de sangre.

Por tal motivo, el Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre del Hospital Nacional Hipólito Unanue se está abocando a implantar un sistema que asegure la Calidad de sus productos y atenciones.

Mejorar la cadena de procesos de forma integral desde la atención de un donante, hasta la transfusión de una unidad de sangre o hemoderivados y la subsiguiente evaluación de posibles reacciones adversas, requiere de profesionales competentes, comprometidos con mejorar los flujos de actividades y de información, de un marco legal que facilite la acción de los coordinadores y auditores del sistema y del aprovisionamiento adecuado de recursos para llevar a cabo estas tareas.

Además, debemos señalar que la implementación del presente Manual en el Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre del Hospital Nacional Hipólito Unanue ha comprometido el esfuerzo de un equipo multidisciplinario, los cuales de manera entusiasta han participado a partir de sus conocimientos y experiencias en el diseño de este documento técnico.



DOCUMENTO TÉCNICO: MANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE

I. FINALIDAD

Desarrollar y contribuir en acciones concordantes a la disponibilidad, uso de la sangre y hemocomponentes con niveles óptimos de calidad y seguridad

II. OBJETIVOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD:

2.1. Objetivo General:

Establecer un Sistema de Gestión de la calidad en el SHBS del HNHU, implementando mecanismos de supervisión, control de calidad y evaluación de los Elementos del Sistema de Calidad del SHBS del HNHU. Asegurando el abastecimiento de sangre y hemocomponentes de forma segura y oportuna.

2.2. Objetivos Específicos:

OE 1. Garantizar el suministro de sangre, componentes y derivados en forma segura, oportuna y eficiente, disminuyendo la transmisión de enfermedades infecciosas por vía sanguínea, a través de la vigilancia serológica y el tamizaje sistemático

OE 2. Mejorar la Calidad de los servicios, insumos y tecnología en el Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre, participando en los Programas de Hemovigilancia.

OE 3. Mejorar el acceso de la población a servicios de Medicina Transfusional, logrando la participación ciudadana en la donación altruista y fidelizada de sangre.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

Es de aplicación en todas las áreas del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre del HNHU.

IV. BASE LEGAL

Ley N° 26842, Ley General de Salud

Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud. DS N°013-2002-SA. Reglamento Ley MINSA.

Ley N° 24654, Ley que declaró de orden público e interés nacional la obtención, donación, conservación, transfusión y suministro de sangre humana.

Resolución Ministerial N° 238-99-SA-DM, establecen normas de procedimientos para control, medidas de seguridad y sanciones en relación con la obtención, donación, conservación, transfusión y suministro de sangre humana.

Resolución Ministerial N° 540-99-SA-DM, aprueba los requisitos que deberán cumplir los Bancos de Sangre y Plantas de Hemoderivados para obtener a autorización sanitaria de funcionamiento

Resolución Ministerial N° 614-2011/MINSA, que aprueba las Normas Técnicas del Sistema de Gestión de la Calidad del PRONAHEBAS.

Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueba la Norma para la elaboración de Documentos.

V. CONTENIDO

5.1. DEFINICIÓN DEL SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE:

El Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre (SHBS) es el órgano técnico - asistencial responsable de establecer las normas y procedimientos para garantizar el uso y aprovisionamiento seguro y oportuno de sangre.

5.1.1 Misión:

"Programar, Ejecutar y Monitorear las actividades vinculadas con la promoción, obtención, preparación, distribución y aplicación segura, oportuna y de calidad, de sangre y/o sus componentes en el Hospital Nacional Hipólito Unanue y población de la DIRIS Lima Este, creando y desarrollando en la población una cultura saludable y solidaria de donación voluntaria, altruista y reiterada, y buscando la satisfacción de los usuarios y todos los involucrados en los procesos que se desarrollan en el campo de la Medicina Transfusional".

5.1.2. Visión:

"En el 2025 ser reconocidos en la región como Líderes de la Red Nacional de Bancos de Sangre, basados en las capacidades técnicas desarrolladas en la especialidad, en gestión, e investigación habiendo consolidado un Servicio que garantice la captación, provisión, obtención, preparación, distribución y administración de sangre y hemocomponentes de manera oportuna, segura y con calidad, así como la participación de la población en la donación periódica y solidaria de sangre".

5.2. Sistema de Gestión de la Calidad del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre (SHBS)

5.2.1 Definición del Sistema:

Actualmente, la Sociedad Americana para el Control de Calidad (American Society for Quality Control) define la calidad como "la totalidad de los rasgos y características de un producto fabricado o de un servicio prestado de acuerdo con los requerimientos, que satisfagan las necesidades y deseos de los clientes en el momento de la compra y durante su uso" [1]

Todos los sistemas de gestión de calidad necesariamente deben desarrollarse de manera progresiva, por lo que se puede categorizar a una organización de acuerdo al grado de desarrollo de dicho sistema, a lo cual se le denomina grado de madurez. Avanzar en la madurez del sistema es una tarea compleja y demandante, que requiere lograr el empoderamiento del personal, desarrollar el liderazgo y ejecutar actividades de supervisión para lograr la calidad deseada. [2]

El Sistema de Gestión de la Calidad del SHBS se diseña esencialmente para satisfacer las necesidades internas para alcanzar los objetivos de calidad. El Sistema de Gestión de la Calidad del SHBS incluye la estructura organizativa, los procedimientos, los procesos y los recursos necesarios involucrados en la donación, procesamiento y transfusión de sangre en el Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre del HNHU. La Gestión de la Calidad incluye la planificación, el mejoramiento, el control, el aseguramiento y la garantía de la calidad, comprendidos en el enfoque de sistema [3].

5.2.2 Compromiso de la Dirección

La Dirección del Hospital Nacional Hipólito Unanue está comprometida en el desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre, para lograr el mejoramiento continuo de los procesos.

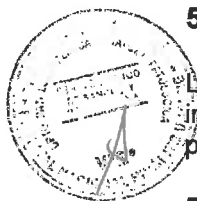
5.2.3 Enfoque al Usuario

El Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre busca asegurar el mayor bienestar y seguridad de sus usuarios, mediante la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.

5.2.4 Estrategias:

5.2.4.1. Establecer la Misión, Visión, Principios Fundamentales y la Política de Calidad del SHBS del HNHU.

5.2.4.2. Determinar los Objetivos del Sistema de Gestión de la Calidad en todas las áreas del SHBS.



DOCUMENTO TÉCNICO: MANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE

5.2.4.3. Vigilar el cumplimiento de las normas de calidad de todos los procesos relacionados con la obtención y uso de sangre y hemocomponentes.

5.2.4.4. Evaluar el desempeño del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre en base a los criterios de calidad establecidos.

5.2.5 Medios de Verificación

El Sistema de Gestión de la Calidad, utiliza los siguientes medios de verificación para asegurar el logro de sus objetivos:

5.2.5.1. Análisis y Control de los Resultados, Procesos y Procedimientos.

5.2.5.2. Evaluaciones Internas y Externas.

5.2.5.3. Cumplimiento de Metas.

5.2.6 Revisión del Sistema de Gestión de la Calidad

El Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre revisa periódicamente el Sistema de Gestión de la Calidad, para asegurar el logro de sus objetivos.

La información requerida para las revisiones incluye:

5.2.6.1. Análisis de los Procesos y Recomendaciones para el Mejoramiento Continuo.

5.2.6.2. Estado de acciones preventivas y correctivas.

5.2.6.3. Resultados de Evaluaciones.

5.2.6.4. Cambios que afecten el Sistema de Gestión de la Calidad.

5.2.7 Actualización del Sistema de Gestión de la Calidad

El Sistema de Gestión de la Calidad del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre se revisará permanentemente, y se actualizará cuando sea necesario. Los procesos y procedimientos podrán ser actualizados en cuanto el caso lo amerite.

5.2.8 Documentación de la Calidad

El Sistema de Gestión de la Calidad está sustentado en los siguientes documentos técnico-normativos:

DC01. Manual de Calidad. Contiene los enunciados del servicio respecto al tema de la Calidad: Principios Fundamentales, Política de la Calidad, el Sistema de Gestión de la Calidad, los Elementos de Gestión de la Calidad y la ubicación estructural del SHBS en el HNHU.

DC02. Criterios de Calidad. Define los Criterios de Calidad que han ser implementados en el Sistema, en base a los Elementos de Gestión señalados en el Manual de Calidad.

DC03. Guía de Procesos. Describe como deben realizarse los procesos en el SHBS con la finalidad de obtener y brindar productos y servicios que satisfagan los Criterios de Calidad.

DC04. Guía de Procedimientos Operativos Estándar. Describe como deben realizarse los procedimientos en el SHBS a fin de cumplir con los Criterios de Calidad establecidos.

DC05. Normas de Bioseguridad. Contiene definiciones y normas que deben observarse para el trabajo en los SHBS, en el tema de la Bioseguridad.

DC06. Formatos y Registros. Nos permiten recoger datos e información resultantes de los procesos y procedimientos en forma ordenada mediante el empleo de formatos únicos.

5.2.9. Principios Fundamentales:

El Sistema de Gestión de la Calidad del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre basa el desarrollo y aplicación de su Política y Objetivos en los siguientes Principios Fundamentales:

- CALIDAD
- EFICIENCIA
- UNIVERSALIDAD
- EQUIDAD
- INTEGRALIDAD
- SOLIDARIDAD

5.3. Política de la Calidad:

La Política de la Calidad del SHBS, se desarrolla en el marco de la Política de la Calidad del Ministerio de Salud, y está sustentada en el Sistema de Gestión de la Calidad de servicio.

El SHBS está comprometido con la salud de la población, mediante la gestión de la calidad de los productos y servicios que ofrece, promoviendo la donación voluntaria altruista y fidelizada de sangre y el uso racional de la misma.

La garantía del éxito para alcanzar y mantener la Calidad Total, está dada por el compromiso del Ministerio de Salud en su rol rector, de las autoridades responsables en la aplicación de las políticas en salud, y de la comunidad organizada.

El Sistema de Información del SHBS posee datos actualizados permanentemente, los cuales son utilizados para la toma de decisiones en el mejoramiento continuo de los procesos y facilitan la Auditoría del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre [3].

El SHBS mediante la capacitación permanente del potencial humano, identificado con los Principios Fundamentales que lo rigen, asegura la sostenibilidad del Sistema de Calidad.

Los proveedores del Sistema de Calidad del SHBS son seleccionados con criterios de imparcialidad, libre competencia, trato igualitario y costos justos. Los suministros se seleccionan basándose en criterios técnicos y estándares validados por el Sistema de Calidad del SHBS

El SHBS vigila el cumplimiento de los estándares de calidad para asegurar el logro de los objetivos y ubicarse a la vanguardia de los niveles de excelencia en Medicina Transfusional y de los avances tecnológicos del momento.

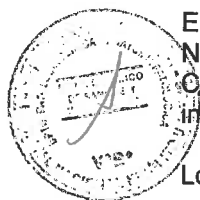
5.4. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

ELEMENTOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD:

El presente Manual se desarrolla en base a los Elementos de Gestión de la Calidad propuestos en la Norma ISO 9000 - 2000, los mismos que son de aplicación en el Servicio de Medicina Transfusional. Cada elemento de gestión contiene: un lineamiento de política, finalidad, ámbito, responsabilidad, información y documentación complementaria.

Los Elementos de Gestión de la Calidad son:

- EG01. Organización.
- EG02. Recursos.
- EG03 Equipamiento.
- EG04. Asuntos relacionados con el proveedor y el usuario.
- EG05. Control del Proceso.
- EG06. Documentos y Registros.
- EG07. Incidentes, Errores, Accidentes, No Conformidades y Complicaciones.
- EG08. Evaluaciones internas y externas.
- EG09. Mejoramiento del proceso a través de medidas preventivas y correctivas.
- EG10. Centro de Trabajo y Seguridad.



5.4.1. EG 01. ORGANIZACIÓN

Lineamientos de Política

El SHBS del HNHU debe contar con los documentos técnicos necesarios para asegurar la eficiencia del Sistema de Gestión de la Calidad [3].

Finalidad

Establecer con precisión la línea de autoridad orgánica y funcional del SHBS, en los aspectos técnico asistenciales y técnicos administrativos, en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad.

Ámbito

Es de aplicación en todas las áreas del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre del HNHU.

Responsables

Director del Hospital

Jefe de Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica

Responsable del Centro de Hemoterapia o Banco de Sangre

Responsabilidad

Cumplir y aplicar las normas Sistema de Gestión de la Calidad. de PRONAHEBAS.

Documentación Complementaria

- EG01- CC01 Organización Funcional.
- EG01- CC02 Funciones y Responsabilidades.
- EG01- CC03 Sistema de Gestión de la Calidad.
- EG01- CC04 Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad del SHBS
- EG01- CC05 Políticas, Procesos y Procedimientos.

5.4.2. EG 02. RECURSOS

Lineamientos de Política

El SHBS determina los recursos necesarios para implementar y mantener el Sistema de Gestión de la Calidad, así como establece los perfiles técnicos y las necesidades mínimas operativas de personal para el Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre.

Finalidad

Garantizar la idoneidad y el permanente desarrollo y actualización de competencias del recurso humano de SHBS con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas.

Ámbito

Es de aplicación en el Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre del HNHU.

Responsables

Director del Hospital

Jefe de Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica

Responsable del Centro de Hemoterapia o Banco de Sangre



Responsabilidad

Cumplir y aplicar las normas Sistema de Gestión de la Calidad. de PRONAHEBAS
Capacitación al nivel operativo que está bajo su responsabilidad.

Capacitación

En un Sistema de calidad se debe asegurar que los procesos y procedimientos sean ejecutados de una manera estándar y predecible, por ello la capacitación debe permitir al trabajador desempeñarse en sus tareas de modo constante y mensurable. Así mismo la capacitación debe ser evaluada directa e indirectamente. Se utiliza los POE para enseñar cómo se hace una tarea y finalmente se evalúa la competencia para desarrollar los distintos procedimientos.

Documentación Complementaria

- EG02-CC01 Recursos Humanos.
- EG02-CC02 Perfiles Profesionales.
- EG02-CC03 Entrenamiento.
- EG02-CC04 Capacitación.
- EG02-CC05 Registros del Personal.
- EG02-PC01 Selección de Recursos Humanos.
- EG02-PC02 Capacitación y Entrenamiento de Recursos Humanos.
- EG02-FR01 Plan de Capacitación y Entrenamiento.
- EG02-FR02 Ficha de Perfil Ocupacional.
- EG02-FR03 Ficha de Capacitaciones Recibidas.

5.4.3. EG 03. EQUIPAMIENTO

Lineamientos de Política

El SHBS establece las necesidades mínimas operativas de equipamiento para el SHBS, acorde con los criterios de calidad establecidos.

Finalidad

Asegurar la realización de procesos adecuados y la calidad de los productos y de las atenciones, para satisfacer a los usuarios.

Ámbito

Es de aplicación en el Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre del HNHU

Responsables

Director del Hospital

Jefe de Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica

Responsable del Centro de Hemoterapia o Banco de Sangre

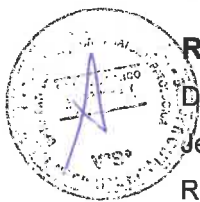
RESPONSABILIDAD

Cumplir y aplicar las normas Sistema de Gestión de la Calidad. de PRONAHEBAS.

Información Complementaria

Equipos Críticos

Son todos aquellos equipos que participan en la obtención de los productos finales del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre del HNHU.



Son considerados Equipos Críticos los siguientes:

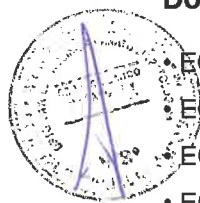
1. Balanzas
2. Baños María
3. Termómetros
4. Centrífugas
5. Pipetas
6. Timers
7. Refrigeradores y Congeladores
8. Incubadores
9. Cabinas de Bioseguridad
10. Lectores y Lavadores
11. Descongeladores de Plasma
12. Autoclaves
13. Microscopios
14. Esfigmomanómetros

Control de los equipos de seguimiento y medición

Los equipos utilizados en el SHBS del HNHU reciben mantenimiento preventivo según la Programación de la Unidad de Mantenimiento y Servicios Generales del HNHU.

Los equipos en comodato y los que se encuentran en periodo de garantía, reciben mantenimiento preventivo y correctivo de las empresas proveedoras del equipo.

Documentación Complementaria

- 
- EG03 - CC01 Equipamiento Crítico.
 - EG03 - CC02 Selección de Equipamiento.
 - EG03 - CC03 Identificación del Equipamiento.
 - EG03 - CC04 Control del Equipamiento Crítico.
 - EG03 - CC05 Equipos de Almacenamiento de Sangre y Componentes.
 - EG03 - CC06 Aparatos de Calentamiento para Sangre y Componentes.
 - EG03 - PC01 Selección del Equipamiento.
 - EG03 - PC02 Control de Equipos Críticos.
 - EG03 - FR01 Inventario de Equipos.
 - EG03 - FR02 Plan de Mantenimiento Preventivo de Equipos.
 - EG03 - FR03 Ficha Técnica del Equipo.

5.4.4. EG 04. ASUNTOS RELACIONADOS CON EL PROVEEDOR Y EL USUARIO

Lineamientos de Política

El SHBS promueve la selección de los proveedores en base a las normas vigentes, y a los criterios de calidad establecidos; así como la satisfacción plena de las expectativas de los usuarios.

Finalidad

Lograr la satisfacción de los proveedores y usuarios, a través de la adquisición de insumos y bienes, ceñidos al cumplimiento de las normas técnicas y legales vigentes.

Ámbito

Es de aplicación en el Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre del HNHU.

Responsables

Director del Hospital

Dirección Administrativa

Jefe de Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica

Responsable del Centro de Hemoterapia o Banco de Sangre

RESPONSABILIDAD

Cumplir las normas legales vigentes relacionadas a las adquisiciones y contrataciones del Estado, y los requisitos sanitarios exigibles a los insumos y equipos de acuerdo al Sistema de Gestión de la Calidad.

Aplicar los mecanismos y estándares relacionados con la evaluación de satisfacción de los usuarios.

Proceso para Seleccionar proveedores

La relación cliente proveedor es un proceso de retroalimentación en el que la selección de un proveedor debe basarse en la calificación que el servicio haya efectuado de él, en base a la información disponible del proveedor y en la evaluación de la calidad de los productos o servicios adquiridos.

La calificación final que se obtiene es válida mientras mantengan los criterios técnicos y comerciales que ofrece, por lo que es necesario una evaluación permanente del proveedor.

Selección de los proveedores

Se hace en base a criterios tradicionales como:

- Proporcionar productos o servicios de la calidad requerida.
- Hacer a entregas a tiempo y completas en condiciones de transporte adecuado.
- Ofrecer un buen precio y un mejor servicio.

El mejor proveedor no es necesariamente quien logra muy satisfactoriamente una o dos de estas metas y fallar en las otras. Es preferible tener un proveedor que sea bueno en todos los aspectos o que al menos no sea débil en ninguno.



Información Complementaria

• Información Requerida para la Compra

La información requerida para la compra incluye las especificaciones técnicas para aprobar la selección del producto requerido y los requisitos para la calificación de los proveedores, de acuerdo con las normas para adquisiciones vigentes.

• Verificación de los Productos Adquiridos

El responsable del SHBS se asegurará que el producto adquirido cumpla con las especificaciones técnicas preestablecidas y dejará constancia en el registro correspondiente.

Asimismo, se establecerán medidas para calificar al proveedor en base a las normas establecidas.

• Marketing

Los productos y servicios que ofrece el SHBS son difundidos adecuadamente a sus usuarios.

Documentación Complementaria

- EG04 - CC01 Calificación del Proveedor.
- EG04 - CC02 Calificación del Producto.
- EG04 - CC03 Acuerdos, Convenios o Contratos.
- EG04 - CC04 Recepción, Inspección y Prueba.
- EG04 - PC01 Calificación del Proveedor.
- EG04 - FR01 Ficha de Calificación del Proveedor.

5.4.5. EG 05. CONTROL DEL PROCESO

Lineamientos de Política

El SHBS reconoce e impulsa la aplicación del control de procesos con énfasis en el control por prevención, para asegurar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre del HNHU.

Finalidad

Satisfacer al usuario interno y externo, por la calidad y eficiencia alcanzada en los procesos, productos y atenciones.

Ámbito

Es de aplicación en el Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre del HNHU.

Responsables

Director del Hospital

Dirección Administrativa

Jefe de Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica

Responsable del Centro de Hemoterapia o Banco de Sangre



RESPONSABILIDAD

Aplica el control de los procesos con énfasis en el control por prevención en el Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre de acuerdo al Sistema de Gestión de la Calidad.

Información Complementaria

- Proceso

Es el conjunto de actividades que interactúan o se encuentran mutuamente relacionadas, y que transforman elementos de entrada en resultados.

- Diseño y Control de los Procesos

El diseño y control de los procesos dentro del Sistema de Gestión de la Calidad incluye:

1. Análisis y mejoramiento continuos de los procesos y procedimientos técnicos.
2. Validación y control de los procedimientos técnicos.
3. Evaluación interna y externa.
4. Control de la calidad de los procesos, procedimientos y suministros.
5. Documentación de los procedimientos técnicos analizados.
6. Control y seguimiento de las modificaciones aprobadas introducidas a los procesos y procedimientos.
7. Documentación del consentimiento, aprobación y notificación.

- Control del proceso por prevención

Comprende las actividades de seguimiento y monitoreo desarrolladas por personal calificado en diferentes etapas del proceso, para asegurar que el producto o servicio cumpla con los criterios establecidos.

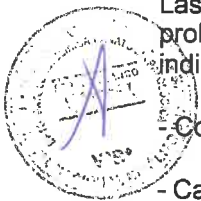
- Control del proceso por detección posterior al error

Comprende las actividades necesarias para corregir las fallas, una vez que han sido detectadas.

Autoevaluación

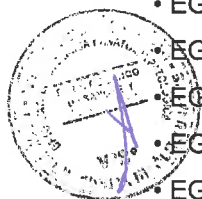
Las autoevaluaciones proporcionan información importante que ayuda a identificar y resolver los problemas de un proceso o procedimiento. Estas autoevaluaciones permiten monitorear los indicadores de calidad de los diferentes sistemas operativos:

- Control de calidad
- Capacitación del personal
- Atención al paciente
- Toma de muestras
- Etapa analítica
- Calificación y validación de equipos
- Almacenamiento y distribución de muestras y reactivos
- Evaluación de resultados



Documentación Complementaria

- EG05 - CC01 Elementos Generales.
- EG05 - CC02 Consentimiento, Aprobación y Notificaciones.
- EG05 - CC03 Atención a los Donantes.
- EG05 - CC04 Calificación del Donante.
- EG05 - CC05 Otros Requisitos de Calificación del Donante de Aféresis.
- EG05 - CC06 Recolección de Sangre.
- EG05 - CC07 Preparación y Procesamiento de los Componentes.
- EG05 - CC08 Análisis de la Sangre del Donante Alogénico, Autólogo y de Aféresis.
- EG05 - CC09 Aceptabilidad de los Componentes antes del Etiquetado Final.
- EG05 - CC10 Inspección Final de la Sangre y Componentes antes de la Distribución, Liberación o Emisión.
- EG05 - CC11 Pruebas de Compatibilidad.
- EG05 - CC12 Pruebas Pre - transfusionales de la Sangre del Receptor.
- EG05 - CC13 Prueba Cruzada.
- EG05 - CC14 Selección de Sangre y Componentes Compatibles para Transfusión.
- EG05 - CC15 Selección de Sangre y Componentes Compatibles en Circunstancias Especiales.
- EG05 - CC16 Inspección Final de la Sangre y Componentes antes de su Liberación.
- EG05 - CC17 Liberación de Sangre y Componentes.
- EG05 - CC18 Administración.
- EG05 - PC01 Admisión.
- EG05 - PC02 Selección del Postulante.
- EG05 - PC03 Consentimiento Informado del Postulante.
- EG05 - PC04 Extracción de Sangre.
- EG05 - PC05 Atención de Reacciones Adversas Inmediatas del Donante.
- EG05 - PC06 Producción de Hemocomponentes.
- EG05 - PC07 Calificación Biológica.
- EG05 - PC08 Etiquetaje.
- EG05 - PC09 Almacenamiento.
- EG05 - PC10 Atención de la Solicitud Transfusional.
- EG05 - PC11 Verificación de la Información.
- EG05 - PC12 Transferencia de Unidades.
- EG05 - PC13 Provisión Urgente de Sangre.
- EG05 - PC14 Consentimiento Informado del Receptor.
- EG05 - PC15 Seguimiento al Donante: Notificación de Resultados Positivos de Tamizaje.
- EG05 - PC16 Seguimiento al Receptor: Identificación de receptores cuyos donantes en donaciones posteriores encontraron que estaban infectados con HIV o HCV.
- EG05 - PC17 Información posterior a la donación sobre donantes.
- EG05 - PC18 Desarrollo de nuevos procesos.



DOCUMENTO TÉCNICO: MANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE

- EG05 - PC19 Modificación controlada de los procesos.
- EG05 - FR01 Formato de Selección del Postulante.
- EG05 - FR02 Interconsulta para Donación Autóloga.
- EG05 - FR03 Formato de Donación Autóloga.
- EG05 - FR04 Solicitud de Aféresis.
- EG05 - FR05 Consentimiento Informado del Donante.
- EG05 - FR06 Registro de Donantes.
- EG05 - FR07 Registro de Unidades Almacenadas.
- EG05 - FR08 Solicitud Transfusional.
- EG05 - FR09 Solicitud de Transferencia de Unidades.
- EG05 - FR10 Libro de Transfusiones.
- EG05 - FR11 Constancia de Transferencia.
- EG05 - FR12 Consentimiento Informado del Receptor.
- EG05 - FR13 Informe de Seguimiento de Donantes.
- EG05 - FR14 Informe de Seguimiento de Receptores.
- EG05 - FR15 Informe de Resultado de Análisis.

5.4.6. EG 06. DOCUMENTOS Y REGISTROS

Lineamientos de Política

El SHBS aprueba, actualiza y difunde documentos técnicos para consolidar el Sistema de Gestión de la Calidad, así como el registro sistemático de los procesos y procedimientos en el SHBS [3].

Finalidad

Garantizar el flujo de la información técnica permanente, oportuna y actualizada en todas las áreas del SHBS, para asegurar el funcionamiento eficaz del Sistema de Gestión de la Calidad.

Ámbito

Es de aplicación en todas las áreas de SHBS del HNHU.

Responsables

Jefe de Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica

Responsable del Centro de Hemoterapia o Banco de Sangre

RESPONSABILIDAD

Aplica los documentos técnicos relacionados al Sistema de Gestión de la Calidad y registra sistemáticamente los procesos y procedimientos.

Información Complementaria

• Control de Documentos

El SHBS establece y mantiene el control de los documentos requeridos por el Sistema de Gestión de la Calidad, definiendo los controles necesarios para aprobar los documentos antes de su emisión, modificación y actualización, señalando los cambios y el estado de revisión, comprobando que las versiones actualizadas se encuentran disponibles en los puntos de uso, permaneciendo legibles e identificables [3].



DOCUMENTO TÉCNICO: MANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE

• Control de Registros

El SHBS establece y mantiene los registros de la calidad, para proporcionar la evidencia de la conformidad del cumplimiento con los requisitos establecidos y el correcto funcionamiento del Sistema de Gestión de la Calidad.

• Archivo de Registros

En el SHBS los registros permanecen ordenados adecuadamente durante 5 años, y en la Institución de acuerdo a las normas legales vigentes.

• Conservación y Mantenimiento

Los registros de la calidad permanecen legibles, fácilmente identificables y recuperables, pudiendo incluirse medios magnéticos. Se cuenta con un procedimiento donde se definen los controles necesarios para la identificación, almacenamiento, protección, tiempo de retención y disposición de los registros de calidad.

Documentación Complementaria

- EG06 - CC01 Documentos.
- EG06 - CC02 Registros.
- EG06 - CC03 Registros del Servicio.
- EG06 - CC04 Sistemas Computarizados.
- EG06 - PC01 Control de Formatos y Registros.
- EG06 - PC02 Control de Documentos.
- EG06 - FR01 Control Maestro de Formatos y Registros.
- EG06 - FR02 Control Maestro de Documentos.

5.4.7. EG 07. INCIDENTES, ERRORES, ACCIDENTES, NO CONFORMIDADES Y COMPLICACIONES.

Lineamientos de Política

El SHBS promueve el aseguramiento de la calidad de los productos, identificando, controlando y previniendo los incidentes, errores, accidentes, no conformidades, complicaciones y desviaciones del cumplimiento de los criterios de calidad.

Finalidad

Asegurar la calidad de los productos y atenciones del SHBS, mediante el control por prevención y la aplicación de las medidas correctivas necesarias.

Ámbito

Es de aplicación en todas las áreas del SHBS del HNHU.

Responsabilidad

NIVEL

Hospital Nacional Hipólito Unanue SHBS

RESPONSABLE

Jefe de Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica

Responsable del Centro de Hemoterapia o Banco de Sangre

RESPONSABILIDAD

Aplica las normas relacionadas a la identificación y prevención de las desviaciones del cumplimiento de los criterios de calidad en el SHBS.

Información Complementaria

• Procedimientos sugeridos:

1. Detección y reporte de incidentes, accidentes o complicaciones originadas por el uso de productos no conformes.
2. Evaluación e Investigación de los incidentes, accidentes o complicaciones originadas por el uso de productos no conformes.
3. Separación controlada de los productos no conformes y retiro del servicio en base a procedimientos establecidos.
4. Medidas Preventivas.
5. Medidas Correctivas.

Documentación Complementaria

- EG07 - CC01 No Conformidades.
- EG07 - CC02 Reacciones Adversas del Donante.
- EG07 - CC03 Detección, Reporte y Evaluación de Complicaciones del Receptor de la Transfusión.
- EG07 - CC04 Complicaciones Inmediatas.
- EG07 - CC05 Complicaciones Tardías.
- EG07 - CC06 Enfermedades Infecciosas.
- EG07 - PC01 Control de Productos y Servicios No Conformes.
- EG07 - PC02 Detección, Reporte y Evaluación de Complicaciones del Receptor de la Transfusión.
- EG07 - FR01 Informe de No Conformidad.
- EG07 - FR02 Reporte de Reacción Adversa Transfusional.

5.4.8. EG 08. EVALUACIONES INTERNAS Y EXTERNAS

Lineamientos de Política

El SHBS promueve las evaluaciones internas y externas de calidad de todas las áreas de SHBS, de manera permanente y programada.

Finalidad

Asegurar la eficiencia y eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad en el SHBS del HNHU



Ámbito

Es de aplicación en todas las áreas de SHBS del HNHU

RESPONSABLE

Director del Hospital

Jefe de Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica

Responsable del Centro de Hemoterapia o Banco de Sangre

RESPONSABILIDAD

Aplica los criterios de evaluación interna y externa del Sistema de Gestión de la Calidad en el SHBS, con objetividad e imparcialidad.

Información Complementaria

• Metodología

Los métodos utilizados para la evaluación de los Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre son:

1. Evaluación Interna.
2. Evaluación Externa.

1. Evaluación Interna

Cumplimiento de los estándares aprobados durante todas las etapas de los procesos, manteniendo la evidencia de la conformidad que debe registrar hasta la liberación del producto una vez que haya completado satisfactoriamente las disposiciones planificadas [3].

La Evaluación Interna puede ser:

a. Autoevaluación del Centro de Hemoterapia o Banco de Sangre: El Director del Establecimiento, jefe del departamento o el Responsable del Servicio es quien realiza el proceso de evaluación.

b. Evaluación Intrainstitucional: Es la evaluación comparativa utilizando parámetros preestablecidos y que se realiza entre Centros de Hemoterapia o Bancos de Sangre de una misma institución.

2. Evaluación Externa

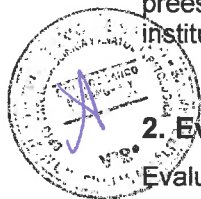
Evaluación permanente del cumplimiento de lo establecido por el Sistema de Gestión de la Calidad para la corrección y el mejoramiento de las no conformidades detectadas.

La Evaluación Externa puede ser:

a. Evaluación a cargo del PRONAHEBAS: Consiste en evaluaciones periódicas, para verificar el cumplimiento de las normas vigentes en el campo de la Medicina Transfusional.

b. Control de Calidad Externo: Es la evaluación de resultados del análisis de sueros controles, a cargo del Centro Evaluador Externo seleccionado.

c. Evaluación Interinstitucional: Es la evaluación comparativa utilizando parámetros preestablecidos y que se realiza entre Centros de Hemoterapia o Bancos de Sangre de instituciones diferentes.



Documentación Complementaria

- EG08 - CC01 Manejo de los Resultados de la Evaluación.
- EG08 - CC02 Control del Uso de la Sangre.
- EG08 – PC01 Evaluación Interna.
- EG08 – PC02 Evaluación Externa.
- EG08 – FR01 Ficha de Evaluación Interna.
- EG08 – FR02 Ficha de Evaluación Externa.

5.4.9. EG09. MEJORAMIENTO DEL PROCESO A TRAVES DE MEDIDAS PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS.

Lineamientos de Política

El SHBS considera a la Supervisión, Monitoreo y Evaluación del Sistema de Gestión de la Calidad, para la aplicación de medidas preventivas y correctivas necesarias para asegurar el mejoramiento continuo de los procesos y la satisfacción de los usuarios.

Finalidad

Asegurar el mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de la Calidad en el SHBS

Ámbito

Es de aplicación en todas las Áreas de SHBS del HNHU.

Responsable

Jefe de Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica

Responsable del Centro de Hemoterapia o Banco de Sangre

RESPONSABILIDAD

Identifica la necesidad de medidas preventivas o correctivas, y monitorea la aplicación de las mismas, para garantizar el logro de los objetivos del Sistema de Gestión de la Calidad en el nivel local.

Información Complementaria

• Medidas Preventivas

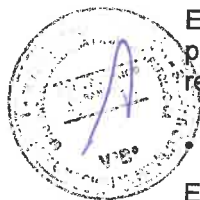
El SHBS realiza acciones para detectar, analizar y resolver posibles causas de no conformidades y problemas potenciales que requieran una medida preventiva a la que se le aplicarán los controles respectivos a fin de garantizar su efectividad.

• Medidas Correctivas

El SHBS realiza acciones para eliminar las causas de las no conformidades, incidentes, errores y accidentes, mediante acciones correctivas apropiadas, estableciendo procedimientos adecuados como documentación de los reportes, investigación de las causas de no conformidad relacionadas con la utilización de sangre, componentes, tejidos, derivados, insumos críticos y servicios. Asimismo, se evalúa el cumplimiento y efectividad de las medidas correctivas.

• Satisfacción del usuario

El responsable del SHBS establece medidas para conocer y evaluar las expectativas y el grado de satisfacción de los usuarios respecto a los productos y servicios ofrecidos.



• **Reclamos del usuario**

Los reclamos presentados por los usuarios son recibidos, registrados, analizados y resueltos de acuerdo al nivel de competencia.

Documentación Complementaria

- EG09 - CC01 Medidas Preventivas.
- EG09 - CC02 Medidas Correctivas.
- EG09 - PC01 Aplicación de Medidas Preventivas.
- EG09 - PC02 Aplicación de Medidas Correctivas.
- EG09 - PC03 Atención de Reclamos.
- EG09 - FR01 Informe de la aplicación de Medidas Preventiva.
- EG09 - FR02 Informe de la aplicación de Medidas Correctiva.
- EG09 - FR03 Reclamos de los Usuarios.

5.4.10. EG 10. CENTRO DE TRABAJO Y SEGURIDAD

Lineamientos de Política

El SHBS gestiona que cuente con ambientes de trabajo adecuados y seguros, que cumplan con las normas de bioseguridad.

Finalidad

Asegurar condiciones de trabajo saludables y seguras, que contribuyan al logro de los objetivos del Sistema de Gestión de la Calidad en el SHBS del HNHU.

Aplicación

Es de aplicación en todas las Áreas de SHBS del HNHU.

Responsables

Director del Hospital

Jefe de Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica

Responsable del Centro de Hemoterapia o Banco de Sangre

Jefe del Área de Mantenimiento

RESPONSABILIDAD

Cumple con los requerimientos mínimos de bioseguridad que garanticen ambientes de trabajo adecuados y seguros, su mantenimiento, así como la supervisión de los mismos en los establecimientos del nivel local.

Información Complementaria

• **Elementos a considerar**

1. Evaluación y adecuación de los ambientes de trabajo por la autoridad de salud.
2. Implementación de medidas de Bioseguridad.
3. Descarte de sangre, componentes y tejidos.
4. Seguridad biológica, química y radioactiva.

Documentación Complementaria

- DC05: Manual de Bioseguridad.
- EG10 - CC01 Ambiente Seguro.
- EG10 - CC02 Seguridad Biológica, Química y Radiactiva.
- EG10 - CC03 Descarte de Sangre, Componentes y Tejidos.
- EG10 - PC01 Eliminación de Unidades.
- EG10 - FR01 Diseño Arquitectónico Conforme a Normas Técnicas, aprobado por la Autoridad de Salud y Defensa Civil.
- EG10. - FR02 Acta de Eliminación de Unidades.

VI. RESPONSABILIDADES

El jefe del Centro de Hemoterapia tipo II y Banco de sangre del Hospital Nacional Hipólito Unanue, conjuntamente con el área de aseguramiento de la calidad, deben velar por que todo el personal que labora en el mismo, conozca este manual y cumpla con sus lineamientos. Así mismo es responsable de su actualización.

Además, deben controlar la capacitación y entrenamiento necesarios sobre gestión de la calidad de todas las personas que ingresen al CHILyBS, así como monitorizar dicho cumplimiento.

Calidad es toma de conciencia en conjunto:

- **El personal debe cumplir las normas.**
- **Las autoridades deben hacerlas cumplir.**
- **La administración debe dar las facilidades para que éstas se cumplan.**

VII. ANEXOS

7.1. SIGLAS Y ABREVIATURAS:

CC: Criterio de Calidad

DC: Documento de Calidad

DIGDOT: Dirección General de Donaciones y Trasplantes

DIBAN: Dirección de Banco de Sangre

DIRIS: Dirección de Redes Integradas de Salud

FR: Formatos y Registros

HNHU: Hospital Nacional Hipólito Unanue

ISO: International Organization for Standardization (Organización Internacional para la Normalización)

MINSA: Ministerio de Salud

OE: Objetivo Específico

OG: Objetivo General

OMS: Organización Mundial de la Salud

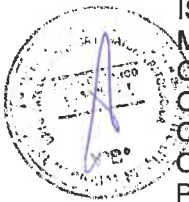
OPS: Organización Panamericana de la Salud

PC: Proceso de Calidad

POE: Procedimiento Operativo Estándar

PRONAHEBAS: Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre

SHBS: Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre.



VIII. BIBLIOGRAFÍA

- [1] ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Curso de Gestión de Calidad para Servicios de Sangre, OPS, 2002.
- [2] Robles Ak, Becerra MG, Licon GE, «Modelo de Gestión de Calidad en Salud aplicado al banco de sangre,» vol. 11, n° 1, 2018.
- [3] MINISTERIO DE SALUD, MANUAL DE CALIDAD PRONAHEBAS, MINSA, 2004.

