



Resolución Directoral

Chosica, 30 de Marzo2023

VISTO:

El Expediente N° 23DD-00112-00 que contiene el proveído de la Dirección Ejecutiva, Nota Informativa N° 031-2023-OPE/HJATCH de fecha 29 de marzo de 2023, Informe N° 207-2023-ET.PPTO-OPE/HJATCH de fecha 28 de marzo de 2023, Informe técnico N°028-2023-E.T.PP-OPE/HJATCH de fecha 28 de marzo de 2023, Memorando N° 131-2023-DPTO-AD/HJATCH de fecha 20 de marzo de 2023, solicitando la aprobación del **PLAN DE TRABAJO DEL DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNÓSTICO**, del Hospital José Agurto Tello de Chosica, y;

CONSIDERANDO:

Que, el numeral VI del Título Preliminar de la Ley General de Salud-Ley N° 26842, preceptúa 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 N° 826-2021/ MINSa de fecha 05 de julio de 2021, se aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", entre sus objetivos específicos señala: establecer la aplicación de etapas estandarizadas, transparentes y explícitas para la emisión de los documentos normativos del Ministerio de Salud; brindar a las instancias proponentes de la regulación del Ministerio de Salud, una herramienta que facilite el desarrollo de sus funciones normativas;

Que, a través del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, tiene como finalidad establecer el régimen jurídico aplicable para que la actuación de la administración pública sirva a la protección del interés general, garantizando los derechos e intereses de los administrados y con sujeción al ordenamiento constitucional y jurídico;

Que, el proyecto **PLAN DE TRABAJO DEL DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNÓSTICO**, del Hospital José Agurto Tello de Chosica, tiene como FINALIDAD, Disponer de un instrumento de gestión que permita evaluar el desempeño en todos los procesos del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre para desarrollar y contribuir en acciones concordantes a la disponibilidad, uso y Hemocomponentes con la mejora calidad y seguridad, en el Hospital José Agurto Tello de Chosica;

Que, con el propósito de proseguir con las acciones y procedimientos Administrativos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales propuestos, resulta pertinente atender lo solicitado por el Jefe del Departamento de Apoyo al Diagnostico, quien solicita la aprobación del **PLAN DE TRABAJO DEL DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNÓSTICO**, del Hospital José Agurto Tello de Chosica, mediante Resolución Directoral;

Suscribe que el presente documento es copia del original
Sr. GOYA TAPIE ALEJANDRO
FEDATARIO
31 MAR 2023
Fecha: José Agurto Tello de Chosica - Ministerio de Salud
Registro: 309



Que, mediante documento de Visto, la Oficina de Planeamiento Estratégico emite opinión técnica favorable, al documento propuesto por el Jefe del Departamento de Apoyo al Diagnóstico quien solicita la aprobación del **PLAN DE TRABAJO DEL DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNÓSTICO**, del Hospital José Agurto Tello de Chosica, por lo que es necesaria su aprobación a través del presente acto resolutivo;

Con el visto bueno de la Oficina de Planeamiento Estratégico, Oficina de Administración, y de la Unidad Funcional de Asesoría Jurídica;

Estando a lo expuesto y en uso de las facultades conferidas por los artículos 10° y 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "José Agurto Tello" aprobado por Resolución Ministerial N° 656-2004/MINSA, concordante con la Resolución Ministerial N° 026-2023/MINSA.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. - APROBAR el Documento Técnico: **PLAN DE TRABAJO DEL DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNÓSTICO**, del Hospital José Agurto Tello de Chosica, por los fundamentos expuestos en la parte considerativa y el mismo que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTICULO SEGUNDO. - ENCARGAR al Jefe del Departamento de Apoyo al Diagnóstico, realizar las acciones necesarias para la difusión y cumplimiento del Plan, aprobado en el artículo primero de la presente Resolución Directoral.

ARTICULO TERCERO. - PUBLICAR la presente Resolución Directoral en el Portal Institucional del Hospital "José Agurto Tello" de Chosica, en la Sección Transparencia

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA
[Firma]
Dr. Eisel Pinado Michue
CMP: 71956 - RNE.: 10717
DIRECTOR EJECUTIVO

EPM/JCOO/ACL

Distribución:

- DE
- OA
- UFAJ
- UP
- OPE
- Dpto. AD
- Comunicaciones.

**HOSPITAL "JOSE AGURTO TELLO"
DE CHOSICA**




**PLAN DE TRABAJO
DEPARTAMENTO DE APOYO AL
DIAGNOSTICO**

CORRESPONDIENTE A:

- PLAN DE TRABAJO DEL CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I - B.
- PLAN DE TRABAJO DEL SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA.
- PLAN DE TRABAJO DEL SERVICIO DIAGNOSTICO POR IMÁGENES.

2023

 <p>HOSPITAL JOSE AGURTO TELLO DE CHOSICA</p>	DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO SERVICIO DE PATOLOGIA CLÍNICA Y ANATOMIA PATOLOGICA CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I – B	Versión: 02
		2023

HOSPITAL “JOSE AGURTO TELLO” DE CHOSICA



**CENTRO DE HEMOTERAPIA Y
BANCO DE SANGRE TIPO I - B**


PLAN DE TRABAJO 2023

DR. PEDRO KOC CASTAÑEDA
RESPONSABLE DE PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA
PATOLOGICA

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	3
II.	FINALIDAD	4
III.	OBJETIVOS	4
IV.	AMBITO DE APLICACIÓN	4
V.	BASE LEGAL.....	4
VI.	CONTENIDO	5
6.1	ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES (DEFINICIONES OPERATIVAS)	5
6.2	ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO O ADMINISTRATIVO	7
6.3	ARTICULACIÓN ESTRATEGICA AL POI.....	10
6.4	ACTIVIDADES.....	11
6.5	PRESUPUESTO Y FUENTE DE FINANCIAMIENTO.....	13
VII.	RESPONSABILIDADES	15
VIII.	ANEXOS.....	16
	ANEXO N°01:.....	16
	ANEXO N°02:	17
	ANEXO N°03:.....	18
	ANEXO N°04:.....	19
	ANEXO N°05:.....	20
	ANEXO N°06.....	21



	DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO SERVICIO DE PATOLOGIA CLÍNICA Y ANATOMIA PATOLOGICA CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I – B	Versión: 02
		2023

I. INTRODUCCIÓN

El presente Plan anual de Calidad contiene una descripción de las actividades del Sistema de Gestión de Calidad del Banco de Sangre del Hospital José Agurto Tello de Chosica, en concordancia con lo establecido por las normas del Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre del Perú (Dirección de Bancos de Sangre DIBAN-Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre PRONAHEBAS) y los estándares de calidad internacionales señalados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).


Es de resaltar que es prioridad para la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), promover la **“Seguridad en la Transfusión”** como una estrategia mundial y esto se convierte en algo muy valioso para la salud en general.

El alcanzar y mantener la calidad en el Área de Banco de Sangre y la aplicación de los principios básicos de la Medicina Transfusional debe ser considerada como el objetivo esencial para todos los involucrados en los procesos de 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, teniendo como prioridad promover la **“Seguridad en la Transfusión”** lo que se convierte en algo muy valioso para la salud en general, mediante actividades que tienen como objetivo final brindar servicios con calidad y seguridad a nuestros usuarios.

Por tal motivo los servicios de Medicina Transfusional en todo el mundo se están viendo abocados a implantar algún sistema que asegure la Calidad de sus productos y atenciones.

Mejorar la cadena de procesos de forma integral desde la promoción a la donación, hasta la transfusión de una Unidad de Sangre o hemoderivado 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.



	DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO SERVICIO DE PATOLOGIA CLÍNICA Y ANATOMIA PATOLOGICA CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I – B	Versión: 02
		2023

**PLAN DE TRABAJO ANUAL DEL AREA DE HEMOTERAPIA Y DE BANCO DE SANGRE
DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA - 2023**

II. FINALIDAD

Disponer de un instrumento de gestión que permita evaluar el desempeño en todos los procesos del Centro de hemoterapia y Banco de Sangre para desarrollar y contribuir en acciones concordantes a la disponibilidad, uso de la sangre y hemocomponentes con la mejora calidad y seguridad.

III. OBJETIVOS

- Planificar las actividades relacionadas al Control de Calidad en el área de Banco de Sangre del Hospital José Agurto Tello de Chosica.
- Aplicar Programas de Control de Calidad en los procesos propios del Banco de Sangre.
- Evaluar el desempeño en todos los procesos del servicio de Banco de Sangre.
- Asegurar la calidad y seguridad en los productos suministrados.
- Desarrollar Proyectos de Mejora Continua de la Calidad.
- Realizar los trámites ante la Dirección General de Donaciones, Trasplantes y Banco de Sangre, para la Autorización Sanitaria de Funcionamiento de Banco de Sangre.




IV. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan Anual de Trabajo es de aplicación para todo el personal que labora en el Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre del Servicio de Patología Clínica del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 26454, Ley que declara de orden público e interés nacional la obtención, donación, conservación, transfusión y suministro de sangre humana.
- Decreto Supremo N° 03-95-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 26454, que declaró de orden público la obtención, donación, transfusión y suministro de sangre humana, modificado por el Decreto Supremo N°004-2018-SA.

	DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO SERVICIO DE PATOLOGIA CLÍNICA Y ANATOMIA PATOLOGICA CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I – B	Versión: 02
		2023

- Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 004-2018-SA, que aprueba la modificatoria del Reglamento de la ley N° 26454, Ley que declara de orden Público e interés nacional la obtención, donación, conservación, transfusión y suministro de sangre humana.
- Decreto Supremo N° 017-2022-SA, donde aprueba modificación del Reglamento de la Ley N° 26454, Ley que declara de orden público e interés nacional la obtención, donación, conservación, transfusión y suministro de sangre humana aprobado mediante Decreto Supremo N° 03-95-SA y modificado con Decreto Supremo N° 004-2018-SA.
- Resolución Ministerial N° 614-2004/MINSA, que aprueba las normas técnicas del Sistema de Calidad de Gestión de la Calidad PRONAHEBAS, entre otros la Norma Técnica N° 011-MINSA/DGSP-V.01 “Manual de Calidad”.
- Resolución Ministerial N° 628-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Lineamientos de Política del PRONAHEBAS”.
- Resolución Ministerial N° 440-2018/MINSA, que modifica el artículo 2 de la Resolución N° 241-2018/MINSA que aprueba la Guía Técnica para la Selección del Donante de Sangre Humana y Hemocomponentes.
- Decreto Supremo N° 017-2022-SA, modificación del Reglamento de la Ley N° 26454, Ley que declara de orden público e interés nacional la obtención, donación, conservación, transfusión y suministro de sangre humana aprobado mediante Decreto Supremo N° 03-95-SA y modificado con Decreto Supremo N° 004-2018-SA




VI. CONTENIDO

6.1 ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES (DEFINICIONES OPERATIVAS)

- A. Anticuerpos irregulares:** Son anticuerpos que normalmente no se encuentran presentes en la sangre de una persona, su presencia se estimula en casos de embarazos o transfusiones previas, por la exposición a antígenos eritrocitarios “extraños”. Estos anticuerpos irregulares podrían ser causa de reacciones transfusionales en el receptor, por lo que se recomienda no usar hemocomponentes que demuestre su presencia.

- B. **Banco de Sangre:** Es la unidad interna o externa a un establecimiento de salud público o privado, que se dedica a asegurar la calidad de la sangre y sus derivados, mediante un Manual de uso clínico de sangre y derivados a las siguientes funciones: promoción de la donación, reclutamiento, captación, selección y registro de donantes, además de la extracción, almacenamiento, distribución y transporte de las unidades de sangre y sus componentes de acuerdo con las necesidades requeridas en los establecimientos de salud para su aplicación terapéutica y las normativas de calidad y seguridad aplicables. Cada unidad forma parte de la Red Nacional de Banco de Sangre.
- C. **Donación voluntaria de sangre:** Acción donde una persona cede voluntaria, libre y gratuitamente sangre, plasma u otros componentes sanguíneos de manera repetida y periódica, con fines terapéuticos o de investigación, según la indicación médica, sin recibir pago alguno, sea monetario o en cualquier especie que pueda ser considerado como sustituto del dinero. Es la más recomendable, considerada la donación ideal, son personas generalmente sanas, llevan su autocuidado, están informadas sobre su situación de salud, sus derechos y deberes como donantes.
- D. **Donante:** Toda persona que previo cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios cede voluntaria, libre y gratuitamente, con fines terapéuticos o de investigación, una porción de su sangre en la forma y cuantía que se indique.
- E. **Estudio Inmunoematológico:** Estudio realizado en la unidad de sangre donada con el objetivo principal de confirmar mediante la tipificación su grupo sanguíneo (O, A, B y AB) y su grupo Rh (positivo o negativo), así como la detección de anticuerpos irregulares.
- F. **Glóbulos Rojos:** Llamados también eritrocitos, transportan oxígeno de los pulmones a los tejidos del organismo y llevan el dióxido de carbono de vuelta a los pulmones para ser aspirado.
- G. **Hemovigilancia:** Procedimientos de vigilancia relativos a los efectos o reacciones adversas graves en los donantes o en los receptores, así como seguimiento epidemiológico de donantes.
- H. **Paquete Globular:** Concentrado de glóbulos rojos o glóbulos rojos desplasmatizados (GRD), obtenido al separar la mayor parte del plasma de



	DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO SERVICIO DE PATOLOGIA CLÍNICA Y ANATOMIA PATOLOGICA CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I – B	Versión: 02
		2023

una unidad de sangre total sometida a centrifugación o sedimentación sin ningún otro procedimiento posterior.

- I. **Transfusión:** Restitución o transferencia de sangre o de alguno de sus componentes por productos similares de origen humano obtenidos y conservados mediante procedimientos apropiados de un sujeto (donante) a otro (receptor).
- J. **Trazabilidad:** Capacidad de efectuar el seguimiento de cada unidad de sangre o componente desde el donante hasta su destino final (ya sea a un receptor o a un fabricante de medicamentos) o su destrucción y viceversa.

6.2 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO O ADMINISTRATIVO

6.2.1 Antecedentes

El Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre es el encargado de las actividades relacionadas con la promoción a la donación, almacenamiento de sangre humana destinada a la transfusión de la sangre total o en componentes separados, y otros procedimientos preventivos terapéuticos y de investigación.

El Servicio de Banco de Sangre, ubicado en la Av. Arequipa 214 -218 – Chosica, se encuentra en el primer nivel, dentro del servicio de Patología Clínica, cuenta con un ambiente para las conservadoras de sangre, un área compartida para Inmunohematología, el área de atención y administrativa es compartida.

El Banco de Sangre del Hospital, esta normado como un centro de hemoterapia de tipo I, en donde se recibe hemocomponentes ya procesados y estudiados, se conserva y provee de los mismos a los pacientes que lo requieran según prescripción médica; va depender de un Centro de Hemoterapia tipo II quien abastece, esto estipulado en la RM 1191-2006/MINSA y en el libro de Doctrina, normas y procedimientos del Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de sangre.



El servicio de Banco de Sangre de Patología Clínica realizó durante el año 2020 un total de 256 transfusiones, en el 2021 un total de 230 y en el 2022

AÑO	TRANSFUSIONES
2010	177
2011	243
2012	251
2013	232
2014	166
2015	190
2016	259
2017	176
2018	158
2019	254
2020	256
2021	230
2022	217

realizó un total de 217 transfusiones, registrado en el sistema de datos del Hospital José Agurto Tello. Se adjunta el detalle por año:

Información: Oficina de Informática y sistemas

6.2.2 Problema

- El equipo del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre, tiene un registro manual de todos los datos de banco de sangre.
- Actualmente se comparte personal asistencial para procesos en centro de hemoterapia y banco de sangre.
- La adquisición de insumos, reactivos y equipamiento para banco de sangre tiene periodos prologados
- Existe dificultades para la ejecución de actividades de financiamiento para el año 2023.
- No se cuenta con licencia de funcionamiento

Para el desarrollo de las actividades se ha realizado el Análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas), herramienta de estudio que nos permite identificar estrategias analizando sus características internas (Debilidades y Fortalezas) y su situación externa (Amenazas y Oportunidades) en una matriz cuadrada que se detalla en el anexo 6.



6.2.3 Causas del Problema

- No se dispone de un Sistema de Información para Banco de Sangre, no se cuenta con una base de datos actualizados.
- El Centro de Hemoterapia y de Banco de Sangre no cuenta con colaboradores propios del área, siendo estos prestados del Servicio de Patología Clínica.
- Dificultad presupuestal para la adquisición de equipos biomédicos y procesos de adquisición de materiales, reactivos e insumos, lentos.
- No se cuenta con presupuesto y financiamiento destinado a banco de sangre 2023.
- No se levanta observaciones por falta de equipamiento para centro de hemoterapia y Banco de sangre.

6.2.4 Población o entidad objetivo

La población objetivo del presente plan anual de trabajo del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre, está dirigido a la población del distrito de Lurigancho - Chosica y sus anexos, que acuden por emergencia u hospitalizados que requieran una transfusión de un hemocomponente, de forma segura, oportuno y de calidad.

6.2.5 Alternativas de solución

- Reestructuración del área para conservadoras, área de inmunohematología, área de atención.
- Registro de casos e informes mensual de reacciones transfusionales.
- Informe estadístico mensual actualizado, presentados a PRONAHEBAS.
- PRONAHEBAS: revalidar la inscripción en el Registro Nacional de Centros de Hemoterapia y Banco de Sangre y Plantas de Hemoderivados del MINSA.
- Cerrar la brecha de recursos humanos.
- Realizar auditorías internas según la Norma Técnica Peruana NTP-ISO 15189.



- Agilizar el convenio con el Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre Tipo II del Hospital de Emergencia Ate Vitarte, según Resolución Directoral 174-2022-DG-DMES-OAJ-DIRISLE/MINSA.
- Capacitación al personal de laboratorio para realización de pruebas de compatibilidad, así como el registro de casos e informes de reacciones transfusionales.
- Implementar un Sistema de Información de Banco de Sangre que permita la trazabilidad de los resultados y evitar errores diagnósticos propios del proceso manual.


6.3 ARTICULACIÓN ESTRATEGICA AL POI

OEI	AEI	CATEGORIA PRESUPUESTAL	PRODUCTO	ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	U.M.
OEI.02 - GARANTIZAR EL ACCESO A CUIDADOS Y SERVICIOS DE SALUD DE CALIDAD ORGANIZADOS EN REDES INTEGRADAS DE SALUD; CENTRADAS EN LA PERSONA; FAMILIA Y COMUNIDAD; CON ÉNFASIS EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PRE	AEI.02.03 - REDES INTEGRADAS DE SALUD; IMPLEMENTADAS PROGRESIVAMENTE A NIVEL NACIONAL.	9002 ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS	3999999 SIN PRODUCTO	5001189 SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	EXAMEN



El Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre (AHBS) es un área funcional de Línea que depende jerárquicamente del Servicio de Patología Clínica y este del Departamento de Apoyo al Diagnóstico (DAD).



	DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO SERVICIO DE PATOLOGIA CLÍNICA Y ANATOMIA PATOLOGICA CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I – B	Versión: 02
		2023

6.4 ACTIVIDADES


A. Actividades:

- Promover la donación voluntaria altruista y fidelizada de sangre, y el uso racional de la misma.
- Promover la capacitación permanente del potencial humano para asegurar la sostenibilidad del Sistema de Calidad.
- Implementar la mejora continua de los procesos y promover la comprensión y difusión de la política de calidad y documentos normativos aprobados entre todo el personal del área.
- Garantizar el suministro de sangre y hemocomponente en forma segura, oportuna y eficiente.
- Ejecutar el 90% de las acciones implementadas en este plan.
- Mejorar la calidad de la atención y la satisfacción de los usuarios en el área de Banco de Sangre.
- Realizar no menos del 90% de las medidas correctivas para eliminar las causas de las no conformidades.
- Capacitar al 100% del recurso humano del área de Banco de sangre del Servicio de Patología Clínica.
- Ejecutar el 100% de campañas de donación voluntaria según lo programado.

B. Estrategias:

- Se realizarán listas de verificación diaria en cada una de las áreas de Banco de Sangre y se realizará informe Mensual.
- Análisis mensual de indicadores para evaluar la eficiencia de los procesos en Banco de Sangre.
- Revisión y actualización del Manual de Procedimientos Operativos Estándar.
- Participar en Programas de Control de Calidad Interno.
- Se elaborará una encuesta de satisfacción a los usuarios de nuestro servicio de Banco de Sangre.



	DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO SERVICIO DE PATOLOGIA CLÍNICA Y ANATOMIA PATOLOGICA CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I – B	Versión: 02
		2023

- Cumplir con el plan de medidas preventivas y correctivas ante eventos adversos a la donación y transfusión.
- Elaboración del Plan Anual de Campañas de donación voluntaria 2023.

C. Gestión de la Calidad

C.1. Revisión de Documentos de Gestión según lo requiera.

- Manual de Calidad: contiene los lineamientos y políticas de calidad para el Banco de Sangre según los enunciados de PRONAHEBAS.
- Manual de Organización y Funciones.
- Manual de Procedimientos.
- Manual de Bioseguridad: contiene las medidas a ser adoptadas por todo el personal del Banco de Sangre, con el fin de reducir o eliminar los riesgos para el personal, la comunidad y el medio ambiente, que pueden ser producidos por agentes infecciosos, físicos, químicos y mecánicos.
- Guía de Procedimientos Operativos Estándar: describe cómo debe realizarse los procesos en el Banco de sangre, según los lineamientos para el Centro de Hemoterapia.
- Plan anual de donación voluntaria de sangre.

C.2 Revisión de indicadores y elaboración de Informes

- Implementación de Acciones de mejora.
- Informe de no conformidades
- Implementación de medidas preventivas y correctivas
- Registro de demanda no satisfecha
- Reporte y análisis de indicadores.
- Realización de auditoría interna en el banco de sangre.

D. CONTROL DE CALIDAD INTERNO

D.1 Proceso: cronograma de actividades, Ver Anexo 1.

D.2 Inmunoematología

- Control de Calidad de reactivos para pruebas manuales, Reactivo Anti-A, Anti-B, Anti-D, Lectina se realizarán las pruebas de Especificidad y Potencia para cada nuevo lote.



- Realización de pruebas manuales
- Registro de pacientes en banco de sangre.

Control de Calidad Interno para los reactivos de Inmunohematología – Pruebas manuales.

REACTIVO	PRUEBA	FRECUENCIA
Anti-A	Especificidad, Potencia.	Cada nuevo lote
Anti-B	Especificidad, Potencia.	Cada nuevo lote
Anti-D	Especificidad, Potencia.	Cada nuevo lote
Lectina	Especificidad, Potencia.	Cada nuevo lote

Fuente: Manual Técnico AABB

D.3 Almacenamiento


Control de calidad de hemocomponentes

- Paquete globular
- Plasma fresco congelado
- Plaquetas

Control de la temperatura de las conservadoras y congeladoras (cada cuatro horas).




6.5 PRESUPUESTO Y FUENTE DE FINANCIAMIENTO

	DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO SERVICIO DE PATOLOGIA CLÍNICA Y ANATOMIA PATOLOGICA CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I – B	Versión: 02
		2023

Para la ejecución del Plan de Trabajo 2023 del Área de Hemoterapia y Banco de Sangre se atenderá con los recursos disponibles y asignados al presupuesto del HJATCH.

DESCRIPCIÓN	U. DE MEDIDA	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTE FINANCIAMIENTO
Archivador	Unidad	5	4.00	20.00	RO
Engrapador	Unidad	1	26.00	26.00	
Mica	Unidad	10	2.60	26.00	
Papel Bond	Paquete	6	47.00	282.00	
Perforador	Unidad	1	6.00	6.00	
Plumón de tinta	Unidad	2	2.00	4.00	
Plimón para pizarra	Unidad	2	2.40	4.80	
Tóner de impresión	Unidad	4	400.00	1600.00	
Corrector liquido	Unidad	2	1.50	3.00	
Grapas	Caja	3	1.90	5.70	
Nota Adhesiva	Unidad	6	2.80	16.80	
Porta Clips	Unidad	2	2.40	4.80	
Plumón resaltador	Unidad	4	1.50	6.00	
Boligrafo	Unidad	24	0.50	12.00	
Clip mariposa	Caja	2	5.70	11.40	
Clip metálico	Caja	4	1.00	4.00	
Bandeja de acrilico	Unidad	1	20.00	20.00	
Lamina porta objeto	Unidad	4	2.50	10.00	
Micropipeta automática 100 - 1000 ul	Unidad	1	500.00	500.00	
Micropipeta automática 10- 100ul	Unidad	1	320.00	320.00	
Sellador de bolsa de sangre	Unidad	1	400.00	400.00	
Rodillo Manual de Tubulares	Unidad	1	300.00	300.00	
TOTAL				3582.50	



	DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO SERVICIO DE PATOLOGIA CLÍNICA Y ANATOMIA PATOLOGICA CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I – B	Versión: 02
		2023

6.6 ACCIONES DE SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN

El Hospital José Agurto Tello de Chosica, a través de su director, es el responsable de autorizar la elaboración, revisión y actualización del presente Documento: Plan de Trabajo 2023 del Área de Hemoterapia y Banco de Sangre del Hospital José Agurto Tello de Chosica, de acuerdo a las normas técnicas emanadas por el Ministerio de Salud como ente rector. Son responsables de dar cumplimiento al presente Documento: Plan de Trabajo 2023 del Área de Hemoterapia y Banco de Sangre del Hospital José Agurto Tello de Chosica, todo el personal involucrado en Banco de Sangre y del Servicio de Patología Clínica e incluye al personal profesional, técnico y auxiliar.

- A. Es responsabilidad del coordinador del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre, realizar el seguimiento (supervisión y monitoreo) y evaluación al Plan de Trabajo 2023 correspondiente.
- B. Para el seguimiento y evaluación del Plan de Trabajo 2023 el CHBS elaborara informes periódicos (mensual) y al final del horizonte del Plan, los remite al Departamento de Apoyo al Diagnóstico con el fin de detectar de forma oportuna acciones correctivas.
- C. La oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico analiza y evalúa el cumplimiento de las actividades, indicadores del Plan y su articulación con las metas físicas y financieras programadas en el POI anual 2023 del HJATCH y realiza observaciones y propuestas de medidas correctivas de ser el caso.
- D. Indicadores: Ver Anexo: 03.



VII. VII. RESPONSABILIDADES


El cumplimiento del presente Plan de Trabajo es responsabilidad del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre del Servicio de Patología Clínica dependiente del Departamento de Apoyo al Diagnóstico del Hospital José Agurto Tello de Chosica y unidades de organización según corresponda.

ANEXO N° 02:

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES: PLAN TRABAJO CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I - 2023

ITEM	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	PRODUCTO (De la Actividad)	FECHA	META ANUAL	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
1	Elaboración del Plan de Trabajo 2023 del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre.	Responsable del CHBS	Plan elaborado y aprobado con RD	02/01/2023 al 30/03/2023	1	X	X	X									
2	Elaborar/Actualizar los documentos de Gestión de la Calidad.	Responsable de Calidad. Responsable de CHBS	*Guías Técnicas *Manuales *Manual de Calidad	02/02/2023 al 30/04/2023	3		X	X	X								
3	Evaluar el desarrollo de las actividades de control de calidad en el Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre.	Responsable del CHBS	* Informe	02/03/2023 al 31/12/2023	10			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Informe estadístico de la producción del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre a PRONAHEBAS.	Responsable del CHBS	* Informe	01/01/2023 al 31/12/2023	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	Desarrollar capacitación al personal del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre de los Documentos de Gestión Aprobados	Responsable de Calidad. Responsable de CHBS	* Personal capacitada * Informe	01/04/2023 al 31/12/2023	2					X						X	
6	Realizar requerimiento de compra de equipamiento y operatividad y monitoreo de la misma hasta su implementación.	Responsable del CHBS	* informe	01/01/2023 al 31/12/2023	2			X					X				
7	Mejorar e implementar los procesos de Inmunoematología.	Responsable de Calidad. Responsable de CHBS	* Guía operativa. * Talleres/ capacitación. * Persona capacitada.	01/01/2023 al 31/12/2023	1							X					
8	Monitorear diariamente el stock de hemocomponentes y realizar los requerimientos de forma oportuna e implementar los niveles de reposición.	Equipo técnico del CHBS.	* informe (reporte de Stock, Eeq. De compras) * Niveles de reposición implementado	01/01/2023 AL 31/12/2023	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
9	Elaborar el Plan de Promoción a la Donación Voluntaria de sangre 2023.	Equipo técnico del CHBS.	*Plan elaborado y aprobado con RD.	01/02/2023 AL 30/04/2023	1		X	X	X								
10	Desarrollar las campañas de donación de sangre de acuerdo al Plan aprobado.	Equipo técnico del CHBS.	*Campañas Ejecutadas *Informe	01/01/2023 al 31/12/2023	2						X					X	
11	Fidelización a los donantes de sangre a través de charlas informativas al donante.	Equipo técnico del CHBS.	*Listado de participantes de las charlas informativas realizadas	01/01/2023 al 31/12/2023	2						X					X	
12	Evaluar y determinar satisfacción del usuario.	Responsable de Calidad. Responsable de CHBS	* Encuesta * Informe de evaluación	01/06/2023 al 31/12/2023	2						X						X
13	Supervisar y evaluar registros de servicio no conforme, quejas y reclamos	Responsable de Calidad. Responsable de CHBS	* Informe	01/02/2023 al 31/12/2023	6		X		X		X		X		X		X
14	Difundir y ejecutar en el Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre los planes de medidas preventivas y/o correctivas para eventos adversos a la transfusión.	Responsable del CHBS	* Informe	01/01/2023 al 31/12/2023	2					X							X
15	Informar estadística de eventos adversos a la Oficina de Gestión de la Calidad	Responsable de Calidad. Responsable de CHBS	* Informe	01/01/2023 al 31/12/2023	10			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
16	Atenciones de pruebas inmunoematológicas	Equipo técnico del CHBS.	* Exámenes realizados	01/01/2023 al 31/12/2023	5388	449	449	449	449	449	449	449	449	449	449	449	449
17	Atención de transfusiones	Equipo técnico del CHBS.	* Atenciones realizadas	01/02/2023 al 31/12/2023	288	22	22	22	22	22	22	26	26	26	26	26	26

*El desarrollo de las campañas de donación de sangre según Plan está proyectado para los meses junio y noviembre del 2023

	DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO SERVICIO DE PATOLOGIA CLÍNICA Y ANATOMIA PATOLOGICA CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I – B	Versión: 02
		2023

ANEXO N°03:
INDICADORES DEL PLAN DE TRABAJO 2023

CATEGORIAS:

a) DEL PRODUCTO

- % de unidades con coágulos
- % de paquetes globulares con discrepancias en grupo sanguíneo
- % de unidades con TCD positivo (test de Coombs directo)
- % de unidades con TCI positivo (test de Coombs indirecto)

b) DE LA ATENCION Y/O SERVICIO

- % de Solicitudes Transfundidas atendidos.
- % de devolución de hemocomponentes
- % de cumplimiento de tiempo de respuesta a la solicitud transfusional urgente
- % de utilización de hemocomponentes por tipo paquete globular

c) DE LAS ELIMINACIONES

- % de unidades eliminadas por caducidad

d) GESTION

- % de documentos actualizados

e) FORMULARIOS

- % de solicitudes transfusionales incompletas o llenadas incorrectamente
- % de Consentimiento Informado del receptor NO firmados por mes.

f) PRUEBA DE COMPATIBILIDAD

- % de discrepancias detectadas en el tipaje ABO y Rh de pacientes

g) EVENTOS ADVERSOS

- % de eventos adversos a la transfusión

h) EQUIPOS DEL BANCO

- % de equipos inoperativos



	DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO SERVICIO DE PATOLOGIA CLÍNICA Y ANATOMIA PATOLOGICA CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I – B	Versión: 02
		2023

ANEXO N°04:

ACTITUD FRENTE A UNA REACCION TRANSFUSIONAL INMEDIATA

Si en el curso de la transfusión aparece un efecto adverso se deberá inmediatamente:

1. Detener la transfusión para limitar la cantidad de componente infundido.
2. Mantener la vía endovenosa infundiendo suero fisiológico.
3. Avisar al médico responsable del paciente.
4. Verificar todos los registros, las etiquetas e identificaciones del producto transfundido y del paciente para determinar si éste ha recibido el componente correctamente.
5. Control de signos vitales como Temperatura, Presión Arterial, Frecuencia cardiaca y respiratoria, diuresis.
6. Comunicar inmediatamente la Reacción Transfusional al personal de Banco de Sangre y seguir sus instrucciones y solicitar el formato de Reporte de Reacción Adversa a la transfusión para rellenar.
7. Personal responsable del paciente debe enviar al Banco de Sangre la bolsa junto a la Hoja de Conducción y el formato de Reporte de Reacción Adversa a la transfusión debidamente llenada, para el respectivo estudio.
8. Una vez establecida la etiología de la reacción, se tomarán las medidas pertinentes.
9. El personal del Banco de Sangre realizará un estudio de compatibilidad transfusional y un estudio analítico completo determinado así la causa y el tipo de Reacción Transfusional.



ANEXO N°05:

TIEMPOS DE RESPUESTAS EN BANCO DE SANGRE

A. TIEMPOS DE RESPUESTA EN EL DESPACHO DE HEMOCOMPONENTES

COMPONENTE SANGUÍNEO O PROCEDIMIENTO	TIEMPO DE RESPUESTA EN MINUTOS
PAQUETE GLOBULAR (01 u) c/grupo sanguíneo s/prueba cruzada *Con solicitud que indique MUY URGENTE SIN PRUEBAS CRUZADAS, con sello y firma del médico que solicita.	10-15
PAQUETE GLOBULAR (01 u) c/prueba cruzada	45-60

(u) = Unidad

B. TIEMPOS DE RESPUESTA DE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO REALIZADAS EN BANCO DE SANGRE

PRUEBA DE LABORATORIO REALIZADA	TIEMPO DE RESPUESTA
TEST DE COOMBS DIRECTO	25-50 minutos
TEST DE COOMBS INDIRECTO (CELULAS PANTALLA)	40-60 minutos
INMUNOFENOTIPO Rh	30-60 minutos
GRUPO SANGUINEO	10-20 minutos



ANEXO N°06

ANALISIS FODA DEL CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I-B


Matriz FODA del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre

<p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de los requerimientos de adquisición por parte del área usuaria, que permitieron la compra de los principales reactivos e insumos de manera oportuna. • Equipo humano capacitado en el área de hemoterapia y Banco de Sangre. 	<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinación interinstitucional con las jefaturas de Banco de Sangre HNHU y DIRIS Este, con la finalidad de abastecernos de hemocomponentes para la atención de nuestros pacientes. • Coordinación con administración en Calidad de área usuaria como parte de los procesos de adquisición.
<p>Debilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • No contar con equipos propios para el área Banco de Sangre. • Procesos de adquisición de reactivos lento, que originan cumplimientos parciales por parte de los proveedores. • Personal de Salud insuficiente en el área de hemoterapia y Banco de Sangre. • No contar con la autorización sanitaria de funcionamiento de banco de sangre – PRONAHEBAS. 	<p>Amenazas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baja disponibilidad de insumos, reactivos y equipos en el mercado debido a la disminución de las importaciones. • Caída de las importaciones a nivel mundial por la pandemia COVID-19. • Personal de Salud contagiado con COVID-19.




MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA

Dr. Pedro L. Koc Castañeda
PATOLOGO CLINICO C.M.P. 40485
del SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA

 <p>HOSPITAL JOSE AGURTO TELLO DE CHOSICA</p>	DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO SERVICIO DE PATOLOGIA CLÍNICA Y ANATOMIA PATOLOGICA	Versión: 01
		2023

HOSPITAL “JOSE AGURTO TELLO” DE CHOSICA



**SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA
Y ANATOMIA PATOLOGICA**

PLAN DE TRABAJO 2023

DRA. MARIELA ROZAS CARDENAS


DR. PEDRO KOC CASTAÑEDA

SERVICIO PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	3
II.	FINALIDAD	4
III.	OBJETIVOS	4
IV.	AMBITO DE APLICACIÓN	5
V.	BASE LEGAL.....	5
VI.	CONTENIDO	6
6.1	ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES (DEFINICIONES OPERATIVAS)	6
6.2	ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO O ADMINISTRATIVO	7
6.3	ARTICULACIÓN ESTRATEGICA AL POI.....	11
6.4	ACTIVIDADES POR OBJETIVOS	11
6.5	PRESUPUESTO Y FUENTE DE FINANCIAMIENTO.....	14
6.6	IMPLEMENTACION DEL PLAN	14
6.7	ACCIONES DE SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN	14
VII.	ANEXOS.....	16
	ANEXO N°01:.....	16
	ANEXO N°02:.....	17
	ANEXO N°03:.....	18




	DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO SERVICIO DE PATOLOGIA CLÍNICA Y ANATOMIA PATOLOGICA	Versión: 01
		2023

I. INTRODUCCIÓN

El Hospital “José Agurto Tello” de Chosica, fue creado el día 30 de Diciembre de 1986, el sector salud determino el funcionamiento inmediato del Hospital el día 10 de marzo de 1987, en marzo de 1990 el Ministerio de Salud reconoce con resolución suprema N° 1040-2003-SA/DM al hospital como Hospital Materno Infantil José Agurto Tello, en el año 2004 el hospital acredita como nivel II.-2 reconociéndolo como Hospital “José Agurto Tello” de Chosica de mediana complejidad nivel II-2. estando ubicado en el Jirón Arequipa N° 214-218 distrito de Lurigancho. El Hospital Materno Infantil José Agurto Tello tiene dentro de su organización al Departamento de Apoyo al Diagnóstico (DAD), contando con dos servicios: Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica, y Servicio de Diagnóstico por Imágenes, los cuales cuentan con equipos biomédicos de tecnología moderna y brindan una atención continua las 24 horas del día, que tiene como función principal brindar apoyo al diagnóstico de las patologías del usuario o al control de la misma de acuerdo al plan terapéutico mediante estudios analíticos para las determinaciones bioquímicas, inmunológicas, microbiológicas y hematológicas garantizando su calidad y oportunidad.



El alcanzar y mantener la calidad en el Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica debe ser considerada como el objetivo esencial para todos los involucrados en los procesos de pre analítica, analítica y post analítica, a través de la planificación, organización, ejecución y evaluación de las funciones y actividades realizadas; el Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica promueve, gestiona y/o desarrolla las pruebas diagnósticas como una herramienta de ayuda para la decisión clínica y diagnóstica, de manera que se comprende así la importancia de saber interpretar los resultados de las pruebas de laboratorio.

	DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO SERVICIO DE PATOLOGIA CLÍNICA Y ANATOMIA PATOLOGICA	Versión: 01
		2023

**PLAN DE TRABAJO ANUAL DEL SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA
DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA - 2023**

II. FINALIDAD

Mejorar la calidad de atención que se brinda a los usuarios internos y externos que acuden al Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica, implementando estrategias y actividades que conlleven a cumplir con los objetivos del Plan Operativo 2023 del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

III. OBJETIVOS


3.1 OBJETIVO GENERAL:

Fortalecer el Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica para mejorar la calidad de atención a los pacientes en el Hospital José Agurto Tello de Chosica en el año 2023.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Fortalecer las competencias del personal del Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica.
- Fortalecer la legalidad de procedimientos a través de actualización e implementación de POES en todas las áreas del servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica.
- Fortalecer la calidad en los resultados a través de implementación de todo un sistema de calidad en el servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica.
- Garantizar una adecuada gestión de trazabilidad de la muestra en área preanalítica, analítica y post analítica a través de la implementación de Sistema Informático de Laboratorio en todas las áreas del servicio.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias a través de la programación de muestreo de superficies y ambientes en zonas críticas del Hospital.
- Fortalecer el uso eficiente de insumos a través de la implementación y seguimiento de control de insumos a través de Kardex mensuales.
- Fortalecer la comunicación entre las áreas clínicas para asegurar una atención de calidad enfocado en la satisfacción de los pacientes.



	DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO SERVICIO DE PATOLOGIA CLÍNICA Y ANATOMIA PATOLOGICA	Versión: 01
		2023


IV. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan Anual de Trabajo es de aplicación para todo el personal que labora en el Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica, y alcanza a los usuarios internos del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, y modificatoria.
- Ley N° 30224, Ley que crea el Sistema Nacional para la Calidad y el Instituto Nacional de Calidad.
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarios de servicios de salud y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 027-2015-SA.
- Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo N° 031-2014-SA, que aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD.
- Resolución Directoral N° 0148-2005- DISAIV LE –DG-DESP.OAJ. que otorga al Hospital de Chosica la categoría de Mediana Complejidad de Nivel II-2.
- Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, aprueba documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud” que establece como uno de sus principales procesos la Mejora Continua de la Calidad.
- Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N°50-MINSA/DGSP-V02, para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N°072-MINSA/DGSP V01, de la Unidad productora de Servicios de Patología Clínica, que establece los criterios referidos a gestión, organización y prestación de servicios de la UPS Patología Clínica.
- Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprueba la “Norma para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud”



	DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO SERVICIO DE PATOLOGIA CLÍNICA Y ANATOMIA PATOLOGICA	Versión: 01
		2023

- Resolución Ministerial N° 147- 2017/MINSA se aprobó el Plan Estratégico 2017-2019 del Ministerio de Salud.

VI. CONTENIDO

6.1 ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES (DEFINICIONES OPERATIVAS)

- A. **Analito:** Sustancia o producto químico que se está analizando. Se utiliza una prueba de desempeño para determinar si los resultados del laboratorio están dentro de los límites aceptables de exactitud.
- B. **Bioquímica:** Sub área de Patología Clínica encargada de interpretar las reacciones bioquímicas en las muestras biológicas para favorecer el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de los pacientes.
- C. **Calibración:** Establecer índices óptimos en un equipo utilizando un estándar conocido.
- D. **Calidad:** La calidad de un laboratorio se puede definir como la exactitud, fiabilidad y puntualidad de los resultados analíticos notificados. Los resultados analíticos deben ser lo más exactos posible, todos los aspectos de las operaciones analíticas deben ser fiables y la notificación de los resultados debe ser puntual para ser útil en el contexto clínico o de la salud pública.
- E. **Hematología:** sub área de Patología Clínica encargada de estudiar las muestras sanguíneas para favorecer el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de los pacientes.
- F. **Inmunología:** sub área de Patología Clínica encargada de interpretar las reacciones inmunológicas en muestras biológicas para favorecer el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de los pacientes.
- G. **Insumo:** son elementos ya procesados que ayudan a desarrollar un producto o servicio final. De esta manera, los insumos pueden estar hechos de materia prima, en cambio, la materia prima nunca será hecho de insumos.
- H. **Infección Intrahospitalaria:** Infección adquirida por el paciente hospitalizado a través de un germen que ha colonizado una superficie y se hace resistente a este ambiente.
- I. **Microbiología:** sub área de Patología Clínica encargada del estudio de microorganismos en las muestras biológicas para favorecer el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de los pacientes.

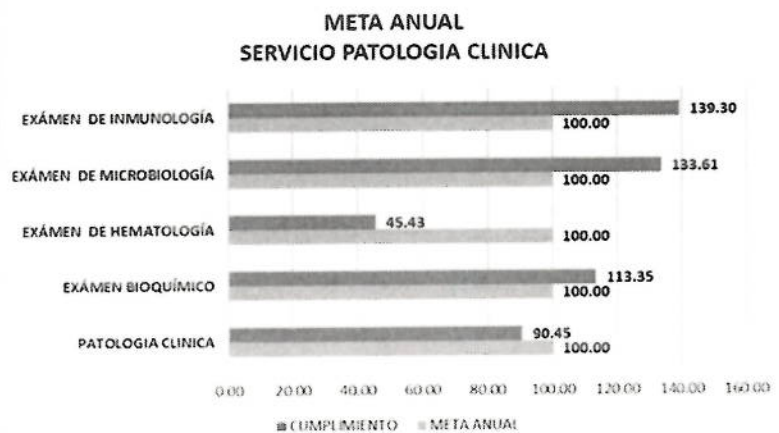


- J. **Plan Operativo Estandarizado:** es un documento técnico normativo que contienen instrucciones paso a paso por escrito que el personal del Patología Clínica debe seguir de forma meticulosa cuando realice un procedimiento. El Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica contará con muchos POE, uno por cada procedimiento que se realice en el mismo.
- K. **Reactivo:** Sustancia que se usa en pruebas de laboratorio. Los reactivos se usan en una reacción química para detectar, medir, o elaborar otras sustancias.
- L. **Sistema de Calidad:** Sistema que garantiza calidad en todos los pasos del proceso, resultando en producto de calidad.
- M. **Sistema Informático de laboratorio:** Sistema electrónico monitorizado a través de un software que permite generar un orden en la gestión de procesos de laboratorio.


6.2 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO O ADMINISTRATIVO

6.2.1 Antecedentes

En el año 2022, se realizó en el Servicio de Patología Clínica 303,926 exámenes clínicos, alcanzando el 90.45% de la meta anual, en el área de Inmunología se alcanzó el 139.30% (33,433 exámenes) y el área de Microbiología el 133.61% (16,033 exámenes), esto debido a que se incorporaron nuevos procedimientos y se dio el alcance de los exámenes a los médicos de consultorio externos.



Fuente: Informes mensuales estadísticos según servicio de patología clínica y anatomía patológica.

	DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO SERVICIO DE PATOLOGIA CLÍNICA Y ANATOMIA PATOLOGICA	Versión: 01
		2023

Organización

El Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica, es la que se encarga de prestar apoyo técnico especializado mediante la realización e interpretación de exámenes de hematología, bioquímica, inmunología y microbiológicas con fines de diagnóstico e investigación de las enfermedades, depende del Departamento de Apoyo al Diagnóstico (DAD) del Hospital José Agurto Tello de Chosica.



RECURSOS DISPONIBLES

A. Recursos Humanos:

Nº	Cargo	Recurso Humano
1	Medico Patólogo Clínico	02
2	Tecnólogo Médico Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica	10
3	Biólogos	02
4	Técnicos de laboratorio	17
5	Asistente técnico secretarial	01
TOTAL		32

B. Recursos Informáticos y Equipo Mobiliario

Nº	Descripción	Cantidad
1	Monitor a color de 17"	02
2	CPU	02
3	Impresora	02
4	Escritorio	02
5	Microscopios	02
6	Centrífuga	02
7	Baño María	02
8	Rotador de placas	01
9	Refrigeradora	03
10	Conservador de Unidades	01
11	Estufas	02
12	Esterilizador	01
13	Cabina de Bioseguridad	01
14	Autoclave	02
TOTAL		30


C. Equipos en Cesión de Uso

Nº	Denominación	Cantidad
1	Analizador Hematológico	01
2	Analizador Automatizado de Bioquímica	01
3	Analizador Inmunológico automatizado de quimioluminiscencia	02
4	Equipo Automatizado para orina	01
5	Equipo Automatizado para identificación y antibiograma	01
6	Equipo automatizado de Gases Arteriales	01
7	Microscopio de fluorescencia	01
8	Analizador automatizado de cromatografía líquida de alta precisión	01
9	Analizador automatizado de hemocultivos	01
10	Analizador automatizado de coagulación	01
11	Analizador integrado de banco de sangre	01



6.2.2 Problema

El número insuficiente de personal y la exigencia de priorizar la atención, no permite cumplir con el plan de capacitación, ni elaborar los documentos técnicos y de gestión que faltan como Indicadores de Calidad, Programa de Control de Calidad, Protocolos, entre otros. Debido a la falta de recursos humanos, no se cubre las diferentes áreas del servicio, habiendo una sobresaturación de actividades, por ello se establece una brecha de recursos

	DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO SERVICIO DE PATOLOGIA CLÍNICA Y ANATOMIA PATOLOGICA	Versión: 01
		2023

humanos de 01 Patólogo Clínico, 01 Anatómo Patólogo, 12 Tecnólogos Médicos, 01 Biólogo, 04 Técnicos en laboratorio, 02 Digitadores.

El plan de mantenimiento preventivo no se ejecuta y no tenemos los equipos biomédicos básicos como microcentrífuga, microscopio con lente de inmersión operativo.

Los ambientes considerados para el trabajo del Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica no están de acuerdo a la norma establecida en términos de espacio lo que conlleva a una deficiente condición de bioseguridad.

El sistema de registro es manual, variado e improvisado, continuando con la transcripción de informes, que conlleva a aumentar los errores. Integración a un Sistema de Red parcial, irregularidad en el abastecimiento de insumos y reactivos ha ocasionado incumplimiento de la Cartera de Servicios.

Todo ello genera a una atención limitada y de baja capacidad resolutive del Servicio y por ende la elevada insatisfacción de los usuarios internos y externos.



6.2.3 Causa del Problema

- Recurso humano en el Servicio de Patología Clínica insuficiente para dedicación exclusiva para las diferentes áreas, como inmunología (autoinmunidad: procesamiento por Inmunofluorescencia).
- Dificultad presupuestal para la adquisición de equipos biomédicos y procesos de adquisición de materiales, reactivos e insumos, lentos.
- El Servicio de Patología Clínica no cuenta con ambiente de almacén adecuado para guardar reactivos, insumos y equipos de protección personal.
- Demora en los procesos para adjudicar los contratos de Mantenimiento Preventivo y Correctivo de los equipos biomédicos, lo que conlleva a fallas en los equipos biomédicos y demora en la solución del problema.
- Infraestructura deficiente en el Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica, lo que genera el incumplimiento de las normas técnicas, el hacinamiento del personal que labora en los diferentes ambientes.

	DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO SERVICIO DE PATOLOGIA CLÍNICA Y ANATOMIA PATOLOGICA	Versión: 01
		2023

6.2.4 Población o entidades objetivo

La población objetivo del presente plan anual de trabajo del Servicio de Patología Clínica, esta dirigido a la población del distrito de Lurigancho - Chosica y sus anexos, que acuden para el proceso de sus muestras biológicas humana, comprendido en la fase pre analítica, analítica y post analítica.

6.2.5 Alternativas de solución

Contratación de recursos humanos para cubrir las diferentes áreas del Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica.

Asignación de un ambiente para almacén de reactivos y de insumos, a si como de los equipos de protección personal.

6.3 ARTICULACIÓN ESTRATEGICA AL POI

OEI	AEI	CATEGORIA PRESUPUESTAL	PRODUCTO	ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	U.M.
OEI.02 - GARANTIZAR EL ACCESO A CUIDADOS Y SERVICIOS DE SALUD DE CALIDAD ORGANIZADOS EN REDES INTEGRADAS DE SALUD; CENTRADAS EN LA PERSONA; FAMILIA Y COMUNIDAD; CON ÉNFASIS EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PRE	AEI.02.03 - REDES INTEGRADAS DE SALUD; IMPLEMENTADAS PROGRESIVAMENTE A NIVEL NACIONAL.	9002 ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS	3999999 SIN PRODUCTO	5001189 SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	EXAMEN


6.4 ACTIVIDADES POR OBJETIVOS

6.4.1 Fortalecer las competencias del personal del Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica.

- Socialización y capacitación con los profesionales del servicio de Patología Clínica de los POEs realizados en el 2023.
- Implementar un sistema de registro de control de competencias, verificando certificaciones y establecer un cronograma de capacitaciones para el personal de laboratorio.
- Establecer personal de laboratorio capacitado que realce la toma de muestra y que maneje de forma exclusiva los materiales e insumos correspondientes a la toma de muestra.

6.4.2 Fortalecer la legalidad de procedimientos a través de actualización e implementación de POES en todas las áreas del servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica.



	DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO SERVICIO DE PATOLOGIA CLÍNICA Y ANATOMIA PATOLOGICA	Versión: 01
		2023


- Actualización, según normativa vigente, de los manuales de Procedimiento Operativo Estandarizado (POE) en coordinación con la Oficina de Planificación y/o Gestión de la Calidad.
- Realizar reuniones, charlas y capacitaciones que permitan establecer protocolos para estandarizar las funciones y procedimientos en el Servicio de Patología Clínica.
- Elaboración del Procedimiento Operativo Estándar de Valores Críticos del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

6.4.3 Fortalecer la calidad en los resultados a través de implementación de todo un sistema de calidad en el servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica.

- Realizar socialización y capacitaciones encaminadas a la generación adecuada y oportuna de resultados de laboratorio que contribuyan al diagnóstico y tratamiento del paciente.
- Implementación del Sistema de Calidad en todas las áreas del servicio de Patología Clínica, estableciendo cronogramas de calibración de los equipos de acuerdo con el manual de fabricante.
- Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad, Aseguramiento de la Calidad, fortaleciendo los controles de calidad interno, controles de calidad externo, procesos y creación de nuevos procedimientos operativos estandarizados.
- Diseñar un módulo de validación de resultados en la cual tenga acceso el profesional encargado de la validación de resultados (biólogo, tecnólogo medico en el servicio de patología clínica y anatomía patológica y Medico con especialidad en Patología Clínica).
- Contar con recursos humanos y materiales necesarios para resultados de exámenes oportunos siguiendo los procedimientos operativos estandarizados.

6.4.4 Garantizar una adecuada gestión de trazabilidad de la muestra en área preanalítica, analítica y post analítica a través de la implementación de Sistema Informático de Laboratorio en todas las áreas del servicio.



	DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO SERVICIO DE PATOLOGIA CLÍNICA Y ANATOMIA PATOLOGICA	Versión: 01
		2023

- Diseñar un módulo de seguimiento de resultados, con señalización por clasificación de colores: control por semáforo de muestras.

6.4.5 Fortalecer la vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias a través de la programación de muestreo de superficies y ambientes en zonas críticas del Hospital.

- Informe mensual del área de Microbiología con respecto al Mapa Microbiológico.
- Cumplimiento del Plan Anual de Muestreo de Superficie del Hospital José Agurto Tello de Chosica.


6.4.6 Fortalecer el uso eficiente de insumos a través de la implementación y seguimiento de control de insumos a través de Kardex mensuales.

- Elaboración del Programa de Alerta de Stock de desabastecimiento de Reactivos de Almacén del Servicio de Patología Clínica.

6.4.7 Fortalecer la comunicación entre las áreas clínicas para asegurar una atención de calidad enfocado en la satisfacción de los pacientes.

- Se elaborará una encuesta de satisfacción a los usuarios de nuestro servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica.
- Ampliación de oferta de toma de muestra en rutina, consultorio externo si es requerido, para disminuir el tiempo de espera.



	DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO SERVICIO DE PATOLOGIA CLÍNICA Y ANATOMIA PATOLOGICA	Versión: 01
		2023

6.5 PRESUPUESTO Y FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Para la ejecución del Plan de Trabajo 2023 del Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica se atenderá con los recursos disponibles y asignados al presupuesto del HJATCH.

N°	RECURSOS / INSUMOS	PRESUPUESTO ANUAL (S./.)	CONSIDERACIONES
1	Preanalítica	60000	Materiales para la toma de muestra
2	Inmunología	1200000	Reactivos, controles de calidad y consumibles para el proceso de pruebas inmunológicas
3	Microbiología	350000	Reactivos, controles de calidad y consumibles para el proceso de pruebas Microbiología.munológicas
4	Hematología	250000	Reactivos, controles de calidad y consumibles para el proceso de pruebas hematología.
5	Hemostasia	150000	Reactivos, controles de calidad y consumibles para el proceso de pruebas hemostasia.
6	Bioquímica	600000	Reactivos, controles de calidad y consumibles para el proceso de pruebas bioquímica.
7	Gasometría	250000	Reactivos, controles de calidad y consumibles para el proceso de pruebas gasometría.
8	Autoinmunidad	350000	Reactivos, controles de calidad y consumibles para el proceso de pruebas autoinmunidad.
TOTAL			3210000




6.6 IMPLEMENTACION DEL PLAN

El Hospital José Agurto Tello de Chosica, a través de su director, es el responsable de autorizar la elaboración, revisión y actualización del presente Documento: Plan de Trabajo 2023 del Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica del Hospital José Agurto Tello de Chosica, de acuerdo a las normas técnicas emanadas por el Ministerio de Salud como ente rector. Son responsables de dar cumplimiento al presente Documento: Plan de Trabajo 2023 del del Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica del Hospital José Agurto Tello de Chosica, todo el personal involucrado del Servicio de Patología Clínica y anatomía patológica e incluye al personal profesional, técnico y auxiliar.

6.7 ACCIONES DE SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN

- A. Es responsabilidad del responsable del Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica, realizar el seguimiento (supervisión y monitoreo) y evaluación al Plan de Trabajo 2023 correspondiente.
- B. Para el seguimiento y evaluación del Plan de Trabajo 2023 el SPC elaborara informes periódicos (mensual) y al final del término del Plan, los remite al

	DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO SERVICIO DE PATOLOGIA CLÍNICA Y ANATOMIA PATOLOGICA	Versión: 01
		2023

Departamento de Apoyo al Diagnóstico con el fin de detectar de forma oportuna acciones correctivas.

- C. La oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico analiza y evalúa el cumplimiento de las actividades, indicadores del Plan y su articulación con las metas físicas y financieras programadas en el POI anual 2023 del HJATCH y realiza observaciones y propuestas de medidas correctivas de ser el caso.
- D. Indicadores: Ver Anexo: 02.
- E. Aseguramiento de la Calidad

E.1. Lista de verificación por procesos (frecuencia diaria)


E.2 Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos propios: El mantenimiento de los equipos propios está contemplado en el cronograma anual de mantenimiento preventivo de equipos a cargo de la Unidad de Servicios Generales.

E.5 Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos en comodato: Se solicitará a los proveedores el cronograma del mantenimiento preventivo de los equipos en comodato según corresponda y se hará el seguimiento del cumplimiento del mismo.



VII. RESPONSABLES

El cumplimiento del presente Plan de Trabajo es responsabilidad del Servicio de Patología Clínica dependiente del Departamento de Apoyo al Diagnóstico del Hospital José Agurto Tello de Chosica y unidades de organización según corresponda.

	DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO SERVICIO DE PATOLOGIA CLÍNICA Y ANATOMIA PATOLOGICA	Versión: 01
		2023

VII. ANEXOS

ANEXO N°01:

MATRIZ FODA DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA

<p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal de salud es competente y con experiencia en la especialidad. • Equipamiento analítico automatizado, con una antigüedad de aproximadamente 5 años. • Elaboración de los requerimientos de adquisición por parte del área usuaria, que permiten la compra de los principales reactivos e insumos de manera oportuna. • Atención las 24 horas del día, de manera interrumpida durante todo el año. • Enfoque a trabajar con Sistema de Gestión de Calidad. • Trabajo en equipo. • Monitorización y evaluación continuo del control de calidad analítico. 	<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinación interinstitucional con las jefaturas DIRIS Este e INS, con la finalidad de referencia de muestras especiales. • Coordinación con la administración a través de la unidad de Logística en Calidad de área usuaria como parte de los procesos de adquisición. • La flexibilidad del Aseguramiento Universal en Salud para cubrir las diferentes patologías de los pacientes. • Poder contar con equipos automatizados con mayor performarce y plataformas automatizadas con capacidad para atender en forma oportuna. • Ampliar cartera de servicios frente a nueva demanda. • Promover la investigación relacionado a la pandemia. • Implementación de procedimientos en anatomía patológica.
<p>Debilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • No contar con áreas exclusivas para los servicios ofertados. • Procesos de adquisición de reactivos lento, que originan cumplimientos parciales por parte de los proveedores. • Recurso humano del Servicio Patología Clínica insuficiente (Tecnólogos Médicos, Técnico laboratorio, Biólogos). • Desconocimiento de los usuarios internos sobre los procesos del Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica. • Sistema informático actual del Servicio Patología Clínico desactualizado, no se cuenta con sistema de interfaz en la mayoría de áreas de laboratorio. • Necesidad de recurso humano para implementar servicio de anatomía patológica. 	<p>Amenazas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baja disponibilidad de insumos, reactivos y equipos en el mercado debido a la disminución de las importaciones. • Caída de las importaciones a nivel mundial por la pandemia COVID-19. • Personal de Salud contagiado con COVID-19. • Ofertas laborales con mayor remuneración en otras instituciones como EsSalud y/o otras instituciones públicas, que mermarían el recurso humano.



ANEXO N°02:

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES: PLAN TRABAJO DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y
ANATOMÍA PATOLÓGICA - 2023


ITEM	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	PRODUCTO (De la Actividad)	FECHA	META ANUAL	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
1	Elaboración del Plan de Trabajo 2023 del Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica.	Patología Clínica	Plan elaborado y aprobado con RD	02/01/2023 al 30/03/2023	1	X	X	X									
2	Elaboración del Plan de Capacitación anual.	Responsable de SPC	Plan elaborado y aprobado con RD	02/02/2023 al 28/02/2023	1		X										
3	Elaborar/Actualizar los documentos de Gestión de la Calidad: Manual de Calidad, Manual de Bioseguridad	Responsable de Calidad. Responsable de SPC	* Guías Técnicas. * Manuales. * Manual de Calidad	02/03/2023 al 30/06/2023	2			X	X	X							
4	Elaboración de los Procedimientos Operativos Estándar de las áreas de Microbiología, Inmunología, Hematología y Bioquímica.	Responsable de Calidad. Responsable de SPC	* POEs	01/05/2023 al 31/12/2023	4					X	X	X	X	X			
5	Evaluar el desarrollo de las actividades de control de calidad en las áreas de Bioquímica, Microbiología, Inmunología, Hematología y Hemostasia.	Responsable de SPC	* Informe	01/04/2023 al 31/12/2023	9				X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	Elaboración de Procedimientos Operativos Estándar de Valores Críticos del Hospital José Aguirre Tello de Chosica.	Responsable de Calidad. Responsable de SPC	* Informe * Guía Técnica	01/07/2023 al 31/12/2023	1							X	X	X			
7	Informe estadístico de la producción del Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica.	Responsable de SPC	* Informe	01/04/2023 al 31/12/2023	9				X	X	X	X	X	X	X	X	X
8	Desarrollar capacitación al personal del Área de los Documentos de Gestión Aprobados	Responsable de Calidad. Responsable de SPC	* Personal capacitada * Informe	01/04/2023 AL 30/10/2023	4				X						X		
9	Mejorar e implementar los procesos de Inmunoematología.	Responsable de Calidad. Responsable de SPC	* Guía operativa. * Talleres/ capacitación. * Persona capacitada.	01/05/2023 al 30/05/2023	1					X							
10	Elaboración del Mapa Microbiológico semestral (avance) y anual (versión final) de laboratorio	Responsable de SPC	* Informe	01/01/2023 al 31/12/2023	2	X					X						
11	Evaluar y determinar satisfacción del usuario.	Responsable de Calidad. Responsable de SPC	* Encuesta * Informe de evaluación	01/06/2023 al 31/12/2023	2						X						X
12	Supervisar y evaluar registros de servicio no conforme, quejas y reclamos	Responsable de Calidad. Responsable de SPC	* Informe	01/02/2023 al 31/12/2023	6		X		X		X		X		X		X
13	Informar estadística de eventos adversos a la Oficina de Gestión de la Calidad	Responsable de Calidad. Responsable de SPC	* Informe	01/01/2023 al 31/12/2023	10			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
14	Programación mensual del Personal	Responsable de SPC	* Rot	01/01/2023 al 31/12/2023	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
15	Reuniones de evaluación del Plan de Trabajo	Responsable de SPC	* Acta	01/04/2023 al 31/12/2023	9				X	X	X	X	X	X	X	X	X
16	Elaboración informe trimestral ejecución del plan de trabajo 2023	Responsable de SPC	* Informe	01/02/2023 al 31/12/2023	3				X		X				X		

ANEXO N°03:
INDICADORES DEL PLAN DE TRABAJO 2023
(Según NTS 072-MINSA/DGSP.V01)

N°	INDICADORES DE CALIDAD POR ETAPAS	FORMA DE CALCULO	LINEA BASE (AÑO 2022)	VALOR ESPERADO	FRECUENCIA
1. REGISTRO DE PEDIDO DE ANALISIS					
1	1.1 % de solicitudes con datos incompletos	Solicitudes con datos incompletos x 100 / Total de solicitudes	-	< 5%	Mensual
2. TOMA DE MUESTRA					
2	2.1 % de recolección inapropiada de especímenes	Recolección inapropiada de muestras x 100 / Total de muestras	-	< 2%	Mensual
3	2.2 % de incidentes con los pacientes	Incidentes con pacientes x 100 / Total de pacientes.	-	< 2%	Mensual
4	2.3 % de muestras perdidas	Muestras no procesadas por extravío x 100 / Total de muestras.	-	< 2%	Mensual
5	2.4 % de rotulación inadecuada	Muestras con rotulación ausente o errada x 100 / Total de muestras	-	< 2%	Mensual
6	2.5 % de pruebas no realizadas	Numero de pruebas sin resultado x 100 / Total de pruebas	-	< 2%	Mensual
3 PROCESO ANALITICO					
7	3.1 % de equipos inadecuadamente calibrados	Equipos o instrumentos no calibrados x 100 / Cronograma de calibración de equipos e instrumentos	-	< 5%	Anual
8	3.2 % de uso de UPS (sistema de alimentación ininterrumpida / estabilizadores de corriente)	Equipos que cuenten con UPS o Estabilizador X 100 / Total de equipos que necesita UPS o Estabilizador	-	95%	Anual
9	3.4 % de muestras hemolizadas	Muestras hemolizadas X 100 / Total de muestras tomadas	-	< 0.5%	Mensual
10	3.5 % de muestras lipémicas	Muestras Lipemicas X 100 / Total de muestras tomadas	-	<0.5%	Mensual
4 RESULTADOS DE INTERPRETACION / OPINION DIAGNOSTICA					
11	4.1 % de correlación entre el cuadro clínico y los análisis Realizados	Falta de correlación entre el cuadro clínico y los análisis realizados X 100 / Total de resultados	-	< 5%	Mensual
5 TRANSCRIPCION DE RESULTADOS					
12	5.1 % de transcripción errónea de resultados	Errores de transcripción X 100 / Total de resultados de pruebas manuales.	-	< 2%	Mensual
6 PORCENTAJE DE SATISFACCION DEL USUARIO INTERNO Y EXTERNO					
7 INDICADORES DE GESTION DE LA UPS DE PATOLOGIA CLINICA					
14	7.1 Porcentaje de exámenes de laboratorio atendidos por servicio solicitante (Hospitalización, consulta externa y emergencia)	% de exámenes de laboratorio atendidos por servicio solicitante (Hospitalización, consulta externa y emergencia) / Total de analisis clinicos atendidos	-	93%	Mensual
15	7.2 Porcentaje de ejecución de exámenes de laboratorio según área (Bioquímica, microbiología, inmunología, hematología)	N° Exámenes de laboratorio realizados por área (Hematología, Bioquímica, Inmunología, Microbiología) X 100 / Exámenes laboratorio programado.	-	93%	Mensual
16	7.3 Porcentaje de exámenes no informados en tiempo previsto, por servicio solicitante (Ambulatorio, Hospitalización, Emergencia)	Exámenes no informados en tiempo previsto por servicio X 100 / Total de exámenes realizados	-	<10 %	Mensual
17	7.4 Porcentaje de exámenes de laboratorio sin resultado por error técnico (procesados o no)	Exámenes de laboratorio sin resultado por error técnico (procesados o no) X 100 / Total de exámenes realizados	-	<2%	Mensual




MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUCIÓN DE SALUD PATOLÓGICA 0.004
 Dr. Pedro L. Koc Castañeda
 PATOLOGO CLINICO C.M.P. 46485
 SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA

	DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO SERVICIO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	Versión: 01
		2023

HOSPITAL “JOSE AGURTO TELLO” DE CHOSICA



**SERVICIO DIAGNOSTICO POR
IMAGENES**


PLAN DE TRABAJO 2023

DR. FERNANDO TELLO ALVAREZ


INDICE



I.	INTRODUCCIÓN	3
II.	FINALIDAD	4
III.	OBJETIVOS	4
IV.	AMBITO DE APLICACIÓN	5
V.	BASE LEGAL	5
VI.	CONTENIDO	6
	6.1 ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES (DEFINICIONES OPERATIVAS).....	6
	6.2 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO O ADMINISTRATIVO .	6
	6.3 ARTICULACIÓN ESTRATEGICA AL POI.....	10
	6.4 ACTIVIDADES POR OBJETIVOS.....	10
	6.5 PRESUPUESTO Y FUENTE DE FINANCIAMIENTO	11
	6.6 IMPLEMENTACION DEL PLAN.....	11
	6.7 ACCIONES DE SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN	11
VII.	ANEXOS	12
	ANEXO N°01:	12
	ANEXO N°02:	13


	DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO SERVICIO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	Versión: 01
		2023

I. INTRODUCCIÓN



El Hospital “José Agurto Tello” de Chosica, fue creado el día 30 de Diciembre de 1986, el sector salud determino el funcionamiento inmediato del Hospital el día 10 de marzo de 1987, en marzo de 1990 el Ministerio de Salud reconoce con resolución suprema N° 1040-2003-SA/DM al hospital como Hospital Materno Infantil José Agurto Tello, en el año 2004 el hospital acredita como nivel II.-2 reconociéndolo como Hospital “José Agurto Tello” de Chosica de mediana complejidad nivel II-2. Estando ubicado en el Jirón Arequipa N° 214-218 distrito de Lurigancho. El Hospital Materno Infantil José Agurto Tello tiene dentro de su organización al Departamento de Apoyo al Diagnóstico (DAD), contando con dos servicios: Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica, y Servicio de Diagnóstico por Imágenes, los cuales cuentan con equipos biomédicos, radiológicos y ecográficos de tecnología moderna y brindan una atención continua y eficiente las 24 horas del día, que tiene como función principal brindar apoyo al diagnóstico de las patologías del usuario o al control de la misma de acuerdo al plan terapéutico mediante estudios analíticos para las determinaciones bioquímicas, inmunológicas, microbiológicas y hematológicas garantizando su calidad y oportunidad, así mismo estudios radiológicos y de ecografía general y especial.

El alcanzar y mantener la calidad en el Servicio de Diagnóstico por Imágenes en, organización, ejecución y evaluación de las funciones y actividades realizadas; el Servicio de Diagnóstico por Imágenes realiza y desarrolla las pruebas de radiodiagnóstico y de ecografía con la finalidad de permitir un informe radiológico y ecográfico a fin de ayudar en el diagnóstico clínico al médico tratante y contribuir a mejorar la salud de los pacientes.

	DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO SERVICIO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	Versión: 01
		2023

**PLAN DE TRABAJO ANUAL DEL SERVICIO DE DIAGNOSTICO POR IMAGNES
DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA - 2023**

II. FINALIDAD

Mejorar la calidad de atención que se brinda a los usuarios internos y externos que acuden al Servicio de Diagnóstico por Imágenes, implementando estrategias y actividades que conlleven a cumplir con los objetivos del Plan Operativo 2023 del Hospital José Agurto Tello de Chosica.




III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Fortalecer el Servicio de Diagnóstico por Imágenes para mejorar la calidad de atención del paciente que acude al Hospital José Agurto Tello de Chosica en el año 2023.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Fortalecer las competencias del personal médico y paramédico del Servicio de Diagnóstico por Imágenes.
- Fortalecer la legalidad de procedimientos a través de actualización e implementación de POES en todas las áreas del Servicio de Diagnóstico por Imágenes.
- Fortalecer la calidad de los resultados que se emiten en el Servicio de Diagnóstico por Imágenes.
- Garantizar una implementación del sistema informático de radiología y ecografía en todas las áreas del servicio.
- Fortalecer el uso eficiente del consumo de películas radiográficas y papel térmico para ecógrafo a través de la implementación y seguimiento de control adecuado de insumos.
- Fortalecer la comunicación entre las áreas clínicas y de emergencia para asegurar una atención de calidad enfocado en la satisfacción de los pacientes.

	DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO SERVICIO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	Versión: 01
		2023


IV. **AMBITO DE APLICACIÓN**

El presente Plan Anual de Trabajo es de aplicación para todo el personal médico, paramédico y administrativo que labora en el Servicio de Diagnóstico por Imágenes y alcanza a los pacientes del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

V. **BASE LEGAL**

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, y modificatoria.
- Ley N° 30224, Ley que crea el Sistema Nacional para la Calidad y el Instituto Nacional de Calidad.
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarios de servicios de salud y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 027-2015-SA.
- Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo N° 031-2014-SA, que aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD.
- Resolución Directoral N° 0148-2005- DISAIV LE –DG-DESP.OAJ. que otorga al Hospital de Chosica la categoría de Mediana Complejidad de Nivel II-2.
- Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, aprueba documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud” que establece como uno de sus principales procesos la Mejora Continua de la Calidad.
- Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N°50-MINSA/DGSP-V02, para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprueba la “Norma para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud”
- Resolución Ministerial N° 147- 2017/MINSA se aprobó el Plan Estratégico 2017-2019 del Ministerio de Salud.



	DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO SERVICIO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	Versión: 01
		2023

VI. CONTENIDO

6.1 ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES (DEFINICIONES OPERATIVAS)

- A. **Calibración:** Establecer índices óptimos en un equipo utilizando un estándar conocido.
- B. **Calidad:** La calidad de un laboratorio se puede definir como la exactitud, fiabilidad y puntualidad de los resultados analíticos notificados. Los resultados analíticos deben ser lo más exactos posible, todos los aspectos de las operaciones analíticas deben ser fiables y la notificación de los resultados debe ser puntual para ser útil en el contexto clínico o de la salud pública.
- C. **Insumo:** Son elementos ya procesados que ayudan a desarrollar un producto o servicio final. De esta manera, los insumos pueden estar hechos de materia prima, en cambio, la materia prima nunca será hecho de insumos.
- D. **Infección Intrahospitalaria:** Infección adquirida por el paciente hospitalizado a través de un germen que ha colonizado una superficie y se hace resistente a este ambiente.
- E. **Plan Operativo Estandarizado:** es un documento técnico normativo que contienen instrucciones paso a paso por escrito que el personal médico y paramédico del Servicio de Diagnóstico por Imágenes debe seguir cuando realice un procedimiento radiológico y ecográfico que contara con un POE, uno por cada procedimiento que se realice en el mismo.
- F. **Sistema de Calidad:** Sistema que garantiza calidad en todos los pasos del proceso, resultando en producto de calidad.
- G. **Sistema Informático de radiología:** Sistema electrónico a través de un software que permite realizar un informe digital de un estudio radiológico y ecográfico.

6.2 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO O ADMINISTRATIVO

6.1.1 Antecedentes

En el año 2022, se realizó en el Área de Radiología 27,299 exámenes radiológicos y en el Área de Ecografía 17,810 exámenes esto debido a



que se incorporaron médicos radiólogos y tecnólogos médicos en radiología.

6.1.2 Organización

El Servicio de Diagnóstico por Imágenes es la que se encarga de prestar apoyo técnico especializado mediante la toma de radiografías y ecografías a los pacientes que acuden al Servicio de Diagnóstico por Imágenes y emitir un resultado con fines de ayuda diagnóstica.


EL Servicio de Diagnóstico por Imágenes, depende del Departamento de Apoyo al Diagnóstico (DAD) del Hospital José Agurto Tello de Chosica.



6.1.3 Recursos Disponibles

A. Recursos Humanos:

N°	Cargo	Recurso Humano
1	Médicos Radiólogos	04
2	Tecnólogos médicos en Radiología	09
3	Técnicos en Radiología	02
4	Técnico administrativo	01
5	Auxiliar administrativo	04
TOTAL		20

	DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO SERVICIO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	Versión: 01
		2023

B. Recursos Informáticos y Equipo Mobiliario

N°	Descripción	Cantidad
1	Equipo de Rayos X digital fijo	01
2	Equipo de Rayos X portátil	02
3	Impresora de películas radiográficas	02
4	Digitalizador de películas radiográficas	01
5	Impresoras para escritorio	03
6	Escritorio	05
7	CPU	07
8	Monitores	07
9	Negatoscopio	02
10	Ecógrafo multi propósito	02
11	Mueble	02
TOTAL		34



6.1.4 Problema


El número insuficiente de personal médico y la exigencia de priorizar la atención, no permite cumplir con diferentes áreas del servicio, habiendo una sobresaturación de actividades ecográficas y radiológicas, por ello se establece una brecha de recursos humanos de dos (02) médicos radiólogos. El plan de mantenimiento preventivo y correctivo se ejecuta con ciertas limitaciones ya que no se cuenta con un plan preventivo y correctivo adecuado.

Los ambientes considerados para el trabajo del Servicio de Diagnóstico por Imágenes no están de acuerdo a la norma establecida en términos de espacio lo que conlleva a una deficiente condición de bioseguridad y de radio protección.

Todo ello genera a una atención limitada del Servicio y por ende la elevada insatisfacción de los usuarios que acuden al Servicio de Diagnóstico por Imágenes.

6.1.5 Causa del Problema

- Recurso humano en el Servicio de Diagnóstico por Imágenes insuficiente para dedicación exclusiva de Radiología y Ecografía.

	DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO SERVICIO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	Versión: 01
		2023

- Dificultad presupuestal para la adquisición de equipos Radiológicos y procesos de adquisición de materiales, reactivos e insumos, lentos.
- El Servicio de Diagnóstico por Imágenes no cuenta con ambiente de almacén adecuado para guardar películas radiográficas, insumos de ecografía, material de escritorio y equipos de protección personal.
- Demora en los procesos para adjudicar los contratos de Mantenimiento Preventivo y Correctivo de los equipos radiológicos y ecográficos, lo que conlleva a fallas en los equipos de Radiología y de Ecografía y demora en los informes radiológicos y ecográficos.
- Infraestructura deficiente en el Servicio de Diagnóstico por Imágenes lo que genera el incumplimiento de las normas técnicas, el hacinamiento del personal que labora en los diferentes ambientes Radiología y Ecografía.




6.1.6 Población o entidades objetivo

La población objetivo del presente plan anual de trabajo del Servicio de Diagnóstico por Imágenes, está dirigido a los habitantes del distrito de Lurigancho - Chosica y sus anexos, que acuden al Área de Radiología y Ecografía con orden médica.

6.1.7 Alternativas de solución

Contratación de recursos humanos para cubrir las diferentes áreas del Servicio de Diagnóstico por Imágenes.

Asignación de un ambiente adecuado para almacén de insumos radiológicos y ecográficos, así como de los equipos de protección personal.

	DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO SERVICIO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	Versión: 01
		2023

6.3 ARTICULACIÓN ESTRATEGICA AL POI

OEI	AEI	CATEGORIA PRESUPUESTAL	PRODUCTO	ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	U.M.
OEI.02 - GARANTIZAR EL ACCESO A CUIDADOS Y SERVICIOS DE SALUD DE CALIDAD ORGANIZADOS EN REDES INTEGRADAS DE SALUD; CENTRADAS EN LA PERSONA; FAMILIA Y COMUNIDAD; CON ÉNFASIS EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PRE	AEI.02.03 - REDES INTEGRADAS DE SALUD; IMPLEMENTADAS PROGRESIVAMENTE A NIVEL NACIONAL.	9002 ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS	3999999 SIN PRODUCTO	5001189 SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	EXAMEN

6.4 ACTIVIDADES POR OBJETIVOS

6.4.1 Fortalecer las competencias del personal del Servicio de Diagnóstico por Imágenes.

- Socialización y capacitación con los profesionales del Servicio de Diagnóstico por Imágenes de los POES realizados en el 2023.
- Implementar un sistema de registro de control de competencias, establecer un cronograma de capacitaciones para el personal de Radiología y Ecografía.

6.4.2 Fortalecer la legalidad de procedimientos a través de actualización e implementación de POES en todas las áreas del Servicio de Diagnóstico por Imágenes.


- Realizar reuniones, charlas y capacitaciones que permitan establecer protocolos para estandarizar las funciones y procedimientos en el Servicio de Diagnóstico por Imágenes.

6.4.3 Fortalecer el uso eficiente de insumos radiológicos y ecográficos a través de la implementación y seguimiento de control de insumos eficiente.

6.4.4 Fortalecer la comunicación entre las diferentes áreas clínicas para asegurar una atención de calidad enfocado en la satisfacción de los pacientes.

- Elaborar una encuesta de satisfacción a los usuarios de nuestro servicio de Diagnóstico por Imágenes.



	DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO SERVICIO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	Versión: 01
		2023

6.5 PRESUPUESTO Y FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Para la ejecución del Plan de Trabajo 2023 del Servicio de Diagnóstico por Imágenes, se atenderá con los recursos disponibles y asignados al presupuesto del HJATCH.

6.6 IMPLEMENTACION DEL PLAN


El Hospital José Agurto Tello de Chosica, a través de su director, es el responsable de autorizar la elaboración, revisión y actualización del presente Documento: Plan de Trabajo 2023 del Servicio de Diagnostico por Imágenes del Hospital José Agurto Tello de Chosica, de acuerdo a las normas técnicas emanadas por el Ministerio de Salud como ente rector. Son responsables de dar cumplimiento al presente Documento: Plan de Trabajo 2023 del Servicio DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES del Hospital José Agurto Tello de Chosica, todo el personal involucrado del Servicio de Diagnostico por Imágenes e incluye al personal profesional médico, paramédico y administrativo.



6.7 ACCIONES DE SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN

- A. Es responsabilidad del Jefe del Departamento y Responsable del Servicio de Diagnóstico por Imágenes realizar el seguimiento (supervisión y monitoreo) y evaluación al Plan de Trabajo 2023 correspondiente.
- B. Para el seguimiento y evaluación del Plan de Trabajo 2023 el SDPI elaborara informes periódicos (mensual) y al final del término del Plan, los remite al Departamento de Apoyo al Diagnostico con el fin de detectar de forma oportuna acciones correctivas.
- C. La oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico analiza y evalúa el cumplimiento de las actividades, indicadores del Plan y su articulación con las metas físicas y financieras programadas en el POI anual 2023 del HJATCH y realiza observaciones y propuestas de medidas correctivas de ser el caso.
- D. Indicadores: Ver Anexo: 02.
- E. Aseguramiento de la Calidad

E.1 Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos médicos de Radiología y Ecografía: El mantenimiento de los equipos de Radiología y Ecografía está contemplado en el cronograma anual de mantenimiento preventivo de equipos a cargo de la Unidad de Servicios Generales.

	DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO SERVICIO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	Versión: 01
		2023

6.4.5 RESPONSABLES

El cumplimiento del presente Plan de Trabajo es responsabilidad del Servicio de Diagnóstico por Imágenes dependiente del Departamento de Apoyo al Diagnóstico del Hospital José Agurto Tello de Chosica y unidades de organización según corresponda.

VII. ANEXOS

ANEXO N°01:

MATRIZ FODA DEL SERVICIO DE DIAGNOSTICO POR IMAGNES

<p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal de salud es competente y con experiencia en la especialidad. • Equipamiento médico con una antigüedad de 5 años aprox. • Elaboración de los requerimientos de adquisición por parte del área usuaria, que permiten la compra de los principales insumos de rayos x y ecografía de manera oportuna. • Atención las 24 horas del día en radiología, de manera interrumpida durante todo el año. • Enfoque a trabajar con Sistema de Gestión de Calidad. • Trabajo en equipo. • Monitorización y evaluación continuo del control de calidad. 	<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinación interinstitucional con las jefaturas DIRIS Este e INS, con la finalidad de referencia de muestras especiales. • Coordinación con la administración a través de la unidad de Logística en Calidad de área usuaria como parte de los procesos de adquisición. • La flexibilidad del Aseguramiento Universal en Salud para cubrir las diferentes patologías de los pacientes. • Poder contar con equipos de radiología digital con capacidad para atender en forma oportuna. • Ampliar cartera de servicios frente a nueva demanda. • Promover la investigación relacionado a la pandemia.
<p>Debilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • No contar con áreas exclusivas para los servicios de radiología y ecografía ofertados. • Procesos de adquisición de películas radiográficas e insumos de ecografía, que originan cumplimientos parciales por parte de los proveedores. • Recurso humano del Servicio de Diagnóstico por Imágenes insuficiente (Médicos radiólogos,). 	<p>Amenazas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caída de las importaciones a nivel mundial por la pandemia COVID-19. • Personal de Salud contagiado con COVID-19. • Ofertas laborales con mayor remuneración en otras instituciones como Es Salud y/o otras instituciones públicas, que mermarían el recurso humano.



ANEXO N°02:

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES: PLAN TRABAJO DEL SERVICIO DIAGNOSTICO POR IMAGENES

AÑO - 2023

I T E M	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	PRODUCTO (DE LA ACTIVIDAD)	FECHA	MET A ANUAL	ENE	FE B	MA R	AB R	M AY	JU N	JU L	AG O	SE P	OC T	N O V
1	Elaboración Del Plan De Trabajo 2023 Del Servicio De Diagnóstico Por Imágenes	Servicio de Diagnóstico por Imágenes	Plan elaborado y aprobado por RD	01/01 /2023 al 30/03 /2023	1	X	X	X								
2	Elaboración Del Plan De Capacitación Anual	Responsable del SDPI	Plan elaborado y aprobado por RD	01/04 /2023 AL 30/04 /2023	1				X							
3	Elaborar/Actualizar los documentos de Gestión de la Calidad: Manual de Calidad, Manual de Bioseguridad	Responsable de calidad. Responsable SDPI	- Guías Técnicas. -Manual de Calidad	02/03 /2023 al 30/06 / 2023	3			X	X	X						
4	Evaluar el desarrollo de las actividades de control de calidad de las Áreas de Radiología y Ecografía	Responsable SDPI	Informe	01/04 /2023 al 31/12 / 2023	9				X	X	X	X	X	X	X	X
5	Informe Estadístico de la producción del Servicio de Diagnóstico por Imágenes	Responsable SDPI	Informe	01/04 /2023 al 31/12 /2023	9				X	X	X	X	X	X	X	X
6	Evaluar y determinar satisfacción del usuario	-Responsable de calidad -Responsable del SDPI	-Encuesta -Informe de evaluación	01/06 /2023 31/12 /2023	2						X					X
7	Informar estadística de eventos adversos a la Oficina de Gestión de la Calidad	-Responsable de calidad. -Responsable del SDPI	Informe	01/04 /2023 al 31/12 /2023	9				X	X	X	X	X	X	X	X
8	Programación mensual del Personal	Responsable servicio SDPI	Rol	01/01 /2023 al 31/12 /2023	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
9	Elaboración informe trimestral ejecución del plan de trabajo 2023	responsable SDPI	Informe	01/04 /2023 al 21/1 2/202 3	3				X				X			X