



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

San Juan de Miraflores, 09 JUN. 2025



AS TO:

El Expediente N° 25-008624-001, que contiene el Memorando N° 266-2025-OGC-HMA, emitido por la Oficina de Gestión de la Calidad, la Nota Informativa N° 184-2025-BANCO DE SANGRE-SPCLI-DPCYAP-HMA, emitido por el Médico Encargado del Área de Banco de Sangre, la Nota Informativa N° 164-2025-DPCYAP-HMA, emitido por el Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, el Informe Técnico N° 017-2025-OEPE-HMA, emitido por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, relacionados a la aprobación del "PLAN DE MEJORA CONTINUA 2025".

CONSIDERANDO:

Que, en virtud de lo dispuesto en el numeral VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, 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, mediante la Resolución Ministerial 768-2001-SA/DM del año 2001, se aprobó el documento "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual establece los principios, políticas, objetivos, estrategias y componentes de dicho sistema; luego en el 2006 se aprueba el "Manual para la Mejora Continua de la Calidad", cuya finalidad es estandarizar conceptos y uniformizar las herramientas y técnicas para la mejora continua de la calidad en los servicios y establecimientos de salud;

Que, mediante la Directiva Administrativa N° 375-MINSA/OGPPM-2025 de planes específicos, que forma parte de la Resolución Ministerial N° 215-2025/MINSA, se aplica a todas las unidades orgánicas del hospital;

Que, la aprobación del PEI 2019-2027 ampliado mediante la Resolución Ministerial N° 172-2024/MINSA representa un compromiso del Ministerio de Salud para fortalecer el sistema de salud peruano, enfocándose en la equidad, calidad y universalidad de los servicios de salud. Este plan estratégico proporciona una hoja de ruta clara para las acciones institucionales, alineadas con las prioridades nacionales e internacionales en salud;

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 215-2025/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa MINSA/OGPP-2025, directiva para la formulación, aprobación, seguimiento y evaluación de los planes específicos en el Ministerio de Salud;

Para el cumplimiento de los objetivos planteados en el presente Plan se deben realizar acciones, actividades y tareas alineadas al marco normativo vigente y a los lineamientos de política MINSA, todo esto con la participación activa de las partes involucradas en la gestión de la calidad del Banco de Sangre del Hospital María Auxiliadora;

Que, del "Plan de Mejora Continua 2025", tiene por finalidad, contribuir a que la población del cono sur de Lima acceda a sangre y Hemocomponentes de forma segura, oportuna y con estándares de calidad, reduciendo riesgos transfusionales y optimizando los procesos técnicos y administrativos del banco de sangre. Asimismo, se establece en el "Plan de Mejora Continua 2025" el objetivo general, planificar e implementar acciones de mejora continua durante el año, enfocadas en la optimización de los procesos técnicos, operativos y administrativos del banco

de sangre de la institución;

Que, mediante **Memorando N° 266-2025-OGC-HMA** de fecha 14 de mayo de 2025 la Oficina de Gestión de la Calidad, devuelve el documento técnico con las observaciones subsanadas y, adicionalmente, se ha remitido la versión digital corregida a través del correo institucional;

Que, mediante **Nota Informativa N° 184-2025-BANCO DE SANGRE-SPCLI-DPCYAP-HMA** de fecha 15 de mayo de 2025, el Médico Encargado del Área de Banco de Sangre solicita la aprobación mediante Resolución Directoral del "**Plan de Mejora Continua 2025**";

Que, mediante **Nota Informativa N° 164-2025-DPCYAP-HMA** de fecha 16 de mayo de 2025, el Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica solicita la aprobación del Documento Técnico: "**Plan de Mejora Continua 2025**" mediante Resolución Directoral.

Que, con el **Informe Técnico N° 017-2025-OEPE-HMA** de fecha 02 de junio de 2025 la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, emite opinión favorable de dicho plan.

Que, estando a la propuesta de los documentos vistos, contando con opinión favorable, resulta necesario expedir el acto resolutorio correspondiente;

Con las Facultades conferidas en el literal c) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital "María Auxiliadora, aprobado por Resolución Ministerial N° 860-2003-SA/DM;

Con los vistos del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, y de la Oficina de Asesoría Jurídica;

SE RESUELVE:

Artículo 1°: APROBAR el "**PLAN DE MEJORA CONTINUA 2025**", que en 21 folios, forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°: ENCARGAR al Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, la supervisión y cumplimiento del plan aprobado por la presente Resolución.

Artículo 3°: DISPONER que la Unidad Funcional de Secretaría Administrativa de la Dirección General publique la presente resolución en el Portal Institucional.

REGÍSTRESE Y COMUNIQUESE



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA
MC. LUIS ENRIQUE VIZCARRA JARA
DIRECTOR GENERAL
CMP 022683 RNE 019438

LEVJ/VMGF/gbs
DISTRIBUCION:

- () Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica
- () Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- () Oficina de Asesoría Jurídica
- () Archivo

HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA

DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA



SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA - ÁREA DE BANCO DE SANGRE.

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE MEJORA CONTINUA

2025

MC. Luis Enrique Vizcarra Jara

Director General del Hospital María Auxiliadora

Imagen en portada:

Logo Hospital María Auxiliadora

Propiedad fotográfica:

Oficina de Comunicaciones

Contraportada:

Hospital María Auxiliadora

2025

Equipo de Elaboración del Documento Técnico: Plan de Mejora Continua.

Dra. Katia Zúñiga Gómez.

Jefa Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica.

Hospital María Auxiliadora

Dra. Arcelia Macedo Domínguez.

Médico encargado del Área de Banco de Sangre.

Hospital María Auxiliadora

Dr. Bladimiro Choque Calderón

Médico encargado de Calidad del Área Banco de Sangre.

Hospital María Auxiliadora

Lic. TM. Santos Juan Auqui Sulca

Equipo de trabajo de Calidad del área de Banco de Sangre.

Hospital María Auxiliadora



PERÚ

Ministerio
de SaludHospital María
Auxiliadora

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

PLAN DE MEJORA CONTINUA DEL SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA – ÁREA DE BANCO DE SANGRE
Hospital María Auxiliadora
Lima, Perú. 2025

I. INDICE

II.	INTRODUCCION	2
III.	FINALIDAD.....	3
IV.	OBJETIVOS	3
4.1	Objetivo General	3
4.2	Objetivos Específicos	3
V.	ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	3
VI.	BASE LEGAL	3
VII.	CONTENIDO.....	4
7.1	DEFINICIONES OPERATIVAS:	4
7.2	ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL	5
7.3	ARTICULACIÓN AL PEI.....	8
7.4	ACTIVIDADES	8
7.5	PRESUPUESTO	10
7.6	ACCIONES DE SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN.....	10
VIII.	RESPONSABILIDADES.....	10
IX.	ANEXOS	11
9.1	ANEXO 01: Listado referencial de requerimientos para Plan de Mejora 2025.....	11
9.2	ANEXO 02: Presupuesto de todas las actividades a ejecutar en el Plan	12
9.3	ANEXO 03: Indicadores y metas del plan de Mejora Hospital María Auxiliadora.....	13
9.4	ANEXO 04: Matriz de articulación estratégica al PEI Y POI.....	15
X.	BIBLIOGRAFIA	16



PERÚ

Ministerio
de SaludHospital María
Auxiliadora

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

PLAN DE MEJORA CONTINUA DEL SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA – ÁREA DE BANCO DE SANGRE
Hospital María Auxiliadora
Lima, Perú. 2025

II. INTRODUCCION

El hospital María Auxiliadora es una entidad prestadora de servicios de salud de Nivel III-1, ubicado en la avenida Miguel Iglesias N° 968 del Distrito de San Juan de Miraflores; funciona como Hospital de referencia para toda la población de Lima sur y provincias; establecimiento de atención recuperativa y de rehabilitación, prioritaria y altamente especializado en atención integral del recién nacido, niño, adolescente, salud sexual y reproductiva de la mujer, adulto y adulto mayor.

El hospital María Auxiliadora, atiende a una población que presenta una característica heterogénea ya que comprende zonas urbanas, urbano-marginales, rurales y balnearios, cuya población para el 2018 fue estimada en 2 334 380 habitantes.

El Hospital María Auxiliadora brinda servicios de Salud de diferentes especialidades según su cartera de servicios. Dentro de los servicios que ofrece es el Área de Banco de Sangre, el cual tiene como principales funciones: atención de donantes de sangre, procesamiento de unidades, almacenamiento y distribución de hemocomponentes en forma segura, oportuna y eficiente con la calidad asegurada en toda la cadena transfusional; recurso humano idóneo, eficiencia administrativa, mantenimientos de los equipos, calidad de los reactivos, documentación y registros.

Desde la dación de la ley de Banco de Sangre, N° 26454 en el año 1995, nuestra institución se ha adecuado a las normas del PROGRAMA NACIONAL DE HEMOTERAPIA Y BANCOS DE SANGRE (PRONAHEBAS), en esa medida ha contribuido con mejorar los procesos y procedimientos de la cadena transfusional.

El presente plan anual de mejoramiento contiene actividades del Sistema de Gestión de la Calidad en Banco de Sangre tipo II del Hospital María Auxiliadora, en concordancia con lo establecido por las normas del programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre del Perú (Dirección de Bancos 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).



PERÚ

Ministerio
de SaludHospital María
Auxiliadora

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

PLAN DE MEJORA CONTINUA DEL SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA – ÁREA DE BANCO DE SANGRE
Hospital María Auxiliadora
Lima, Perú. 2025

III. FINALIDAD

Contribuir a que la población del Cono Sur de Lima acceda a sangre y hemocomponentes de forma segura, oportuna y con estándares de calidad, reduciendo riesgos transfusionales y optimizando los procesos técnicos y administrativos del Banco de Sangre.

IV. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

1. Planificar e implementar acciones de mejora continua durante el año, enfocadas en la optimización de los procesos técnicos, operativos y administrativos del Banco de Sangre del Hospital María Auxiliadora.

4.2 Objetivos Específicos

1. Garantizar la calidad y seguridad en todos los procesos y procedimientos del Banco de Sangre.
2. Proveer sangre y hemocomponentes seguros, oportunos y adecuados a los requerimientos clínicos de los pacientes del Hospital María Auxiliadora.
3. Asegurar la trazabilidad y el control documental en todas las etapas: solicitud, recepción, procesamiento, almacenamiento y despacho de hemocomponentes.

V. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Documento Técnico es de aplicación y cumplimiento obligatorio para todo el personal que labora en el Banco de Sangre tipo II del Hospital María Auxiliadora.

VI. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 26454, 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 declara de orden público e interés nacional la obtención, donación, conservación, transfusión y suministro de sangre humana, modificado por Decreto Supremo N° 004-2018-SA.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSA, que aprueba el I "Manual para la Mejora Continua de la Calidad"



PERÚ

Ministerio
de SaludHospital María
Auxiliadora

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

PLAN DE MEJORA CONTINUA DEL SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA – ÁREA DE BANCO DE SANGRE
Hospital María Auxiliadora
Lima, Perú. 2025

- Resolución Ministerial N° 283-99-SA/DM que establece las Normas de Procedimientos para el Control, Medidas de Seguridad y Sanciones en Relación a la Obtención, Donación, Conservación, Transfusión y Suministro de Sangre Humana.
- Resolución Ministerial N° 614-2004/MINSA, que aprobó las Normas Técnicas N° 011, 012, 013, 014, 015 y 016 — MINSA / DGSP — V.01: "Normas Técnicas del Sistema de Gestión de la Calidad del Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre (PRONAHEBAS)".
- Resolución Ministerial N° 628-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Lineamientos de Política del PRONAHEBAS".
- Resolución Ministerial N° 653-2020/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Bases Conceptuales para el Ejercicio de la rectoría sectorial del ministerio de salud.
- Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba las "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".

VII. CONTENIDO

7.1 DEFINICIONES OPERATIVAS:

- **ANÁLISIS:** es el proceso orientado a identificar las causas de un problema, mediante la recolección de datos y la interpretación de los mismos.
- **ASISTENCIA TÉCNICA:** Es el proceso planificado, permanente e interactivo mediante el cual se fortalecen los conocimientos, habilidades y destrezas de una unidad de organización que requiere de ella, por parte de otra unidad de organización con experiencia técnica y competencias funcionales para hacerlo.
- **ATENCIÓN DE SALUD:** Se denomina así a cada uno de los servicios que recibe o solicita un usuario de los servicios de salud. Pueden ser de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, según corresponda; y pueden brindarse dentro del establecimiento de salud (atenciones intramurales) o en la comunidad (atenciones extramurales).
- **CALIDAD:** Conjunto de características que posee un producto o servicio y que satisfacen los requisitos técnicos y expectativas de los usuarios.
- **CLIENTE:** Es el usuario de los servicios de salud de una IPRESS, desde la perspectiva de la Gerencia o Gestión en Salud o Gestión de la Calidad en Salud; independiente de relacionarse o condicionarse al pago de la atención recibida o a la percepción de utilidades por el proveedor público o privado.

El cliente tiene una necesidad individual y personal, que debe ser satisfecha con el servicio (o bien) que el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo produce.
- **CONTINUIDAD DE SERVICIOS DE SALUD:** Característica del Sistema de Salud de poder asegurar que los pacientes puedan ser atendidos de acuerdo al nivel de



PERÚ

Ministerio
de SaludHospital María
Auxiliadora

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

PLAN DE MEJORA CONTINUA DEL SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA – ÁREA DE BANCO DE SANGRE
Hospital María Auxiliadora
Lima, Perú. 2025

complejidad que requieran según la patología que les afecte, en las IPRESS de los diferentes niveles de atención, sin interrumpir la atención o tratamiento. Esto implica tener un operativo, adecuado y oportuno flujo de referencia y contra referencia.

- **EVALUACIÓN:** Es uno de los procesos de la función de control gerencial destinado a la valoración sistemática, basada en evidencias, del logro de los objetivos de una política, programa o proyecto en curso o concluido, desde su diseño, su puesta en práctica y sus resultados. Su propósito es determinar la pertinencia de los objetivos, así como la eficiencia, la eficacia, el impacto y la sostenibilidad para el desarrollo a través del adecuado proceso de toma de decisiones.
- **MEJORA CONTINUA:** Proceso ininterrumpido de cambio, con base en un ciclo que comprende 4 fases: Planificar, Hacer, Verificar y Actuar.
- **PACIENTE:** Persona que por su condición, enfermedad o molestia que lo aqueja necesita recibir atención de salud en una IPRESS y es atendida.
- **SUPERVISIÓN:** Es uno de los procesos de la función de control gerencial destinado a verificar el desempeño de las personas dentro de los procesos productivos en los que habitualmente se desenvuelve, en el marco de la política de salud vigente. La supervisión desarrolla el proceso de enseñanza aprendizaje mutuo, entre supervisor(es) y supervisado(s). **ONACIÓN VOLUNTARIA REPETITIVA:** Es la que se obtiene de una persona que dona sangre o componentes con regularidad e idealmente por lo menos 2 veces en los últimos 12 meses.
- **USUARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD O PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD:** Es la persona que requiere y hace uso de los servicios de salud intramurales y extramurales de una IPRESS. No implica necesariamente que esté enfermo. Podría ser que use servicios orientados a la prevención de enfermedades, o a la promoción de la salud o de estilos de vida saludables, o algún servicio de tipo administrativo.

7.2 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Antecedentes

En el año, 2001, mediante Resolución Ministerial N° 768-2001-SA/DM, se aprobó el documento "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual establece los principios, políticas, objetivos, estrategias y componentes de dicho sistema; luego en el 2006 se aprueba el "Manual para la Mejora Continua de la Calidad", cuya finalidad es estandarizar conceptos y uniformizar las herramientas y técnicas para la mejora continua de la calidad en los servicios y establecimientos de salud;

La OPS en el año 2011 generan Directrices de la OMS sobre Buenas Prácticas de Manufactura para Centros de sangre anexo 4 del cuadragésimo quinto informe del comité de expertos de la OMS sobre especificaciones para preparados



PERÚ

Ministerio
de SaludHospital María
Auxiliadora

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

PLAN DE MEJORA CONTINUA DEL SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA – ÁREA DE BANCO DE SANGRE
Hospital María Auxiliadora
Lima, Perú. 2025

farmacéuticos. En dicho documento se aborda conceptos sobre la mejora de los procesos como herramienta para la calidad del producto.

En este contexto, el Banco de Sangre del Hospital María Auxiliadora, propone la ejecución del presente Plan.

Problema (magnitud y caracterización):

El Banco de Sangre del Hospital María Auxiliadora enfrenta una serie de limitaciones que afectan la calidad y eficiencia de sus procesos. A continuación, se describen los principales problemas detectados:

1. Insuficiente capacitación y actualización técnica del personal del Banco de Sangre, lo que impacta en la calidad del servicio y en la correcta ejecución de procedimientos.
2. El mantenimiento preventivo de los equipos propios del Banco de Sangre no se realiza de forma periódica, generando riesgos operativos y posibles interrupciones del servicio.
3. Falta de evaluación de proveedores por parte usuaria
4. Ausencia de un programa estructurado de auditorías internas. Los procesos internos del Banco de Sangre no cuentan con un monitoreo o evaluación continua.
5. El formato de solicitud transfusional no ha sido actualizado conforme a las necesidades operativas actuales.
6. Incompleto registro de no conformidades, evaluación y seguimiento
7. Falta realizar evaluaciones internas del sistema de gestión de la calidad de banco de sangre
8. No se aplican encuestas de satisfacción a usuarios internos (personal médico y asistencial) ni a usuarios externos (pacientes o familiares), lo que limita la retroalimentación para la mejora del servicio
9. Uso inadecuado de los Equipos de protección personal (EPP).

Causas del problema

Se han identificado múltiples factores que contribuyen a las deficiencias actuales del Banco de Sangre del Hospital María Auxiliadora, entre ellos:

1- Insuficiente capacitación y actualización técnica del personal:

- Insuficiente inclusión de temas relacionados a Banco de sangre en plan de capacitación anual institucional.
- Escasos recursos asignados a cursos o actualización profesional.

2- Mantenimiento preventivo no realizado periódicamente



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital María
Auxiliadora

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

PLAN DE MEJORA CONTINUA DEL SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA – ÁREA DE BANCO DE SANGRE
Hospital María Auxiliadora
Lima, Perú. 2025

- Cronograma de mantenimiento preventivo incompleto de equipos propios del Área de Banco de Sangre.
- Recursos presupuestales insuficientes para mantenimiento técnico.

3- Falta de evaluación de proveedores

- Ausencia de un procedimiento formalizado de evaluación.

4- Ausencia de auditorías internas

- Falta de implementación de un Formato de lista de verificación para supervisiones internas periódicas.

5- Formato de solicitud transfusional desactualizado

- Falta de revisión periódica de los documentos operativos.
- Falta de actualización y aprobación de documentos normativos vigentes como Procedimientos operativos estandarizados (POEs), Formatos y Registros.

6- Deficiencias en la identificación, documentación y seguimiento de las no conformidades.

- Falta de socialización adecuada de los nuevos Procedimientos operativos estandarizados (POEs), desconocimiento o uso incorrecto de los formatos y registros establecidos.

7- Falta de evaluaciones internas del sistema de calidad

- Sistema de gestión de calidad implementado parcialmente o sin seguimiento.

8- Ausencia de encuestas de satisfacción del usuario

- Falta de enfoque en el usuario como fuente de mejora.
- Recursos limitados para aplicar o analizar encuestas.

9- Uso inadecuado de los EPP

- Capacitación deficiente en bioseguridad.
- Falta de presupuesto
- Cultura de informalidad o percepción errónea de bajo riesgo.

Alternativas de solución:

1- Insuficiente capacitación y actualización técnica del personal:

- Elaborar e implementar capacitaciones técnicas internas en el Área de Banco de sangre.
- Incorporar la inducción técnica obligatoria para nuevo personal.

2- Mantenimiento preventivo no realizado periódicamente

- Solicitar y dar seguimiento a la elaboración del cronograma de mantenimiento preventivo de los equipos propios del Área de Banco de Sangre a la oficina correspondiente.



PERÚ

Ministerio
de SaludHospital María
Auxiliadora

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

PLAN DE MEJORA CONTINUA DEL SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA – ÁREA DE BANCO DE SANGRE
Hospital María Auxiliadora
Lima, Perú. 2025

- Designar un responsable del seguimiento de mantenimiento en el Banco de Sangre.

3- Falta de evaluación de proveedores

- Realizar la evaluación técnica de proveedores, y crear un registro propio de cada uno de ellos.

4- Ausencia de auditorías internas

- Crear un cronograma anual de auditorías internas por áreas críticas.
- Establecer un equipo interno de auditores con funciones definidas.

5- Formato de solicitud transfusional desactualizado

- Convocar al Comité Transfusional para revisar y actualizar el formato.
- Validar el nuevo formato con pruebas piloto antes de su implementación.

6- Registro de no conformidades incompleto

- Socializar y aplicación de los nuevos Procedimientos operativos estandarizados (POEs), Formatos y Registros, para la identificación y registro de una no conformidad.
- Capacitar al personal sobre el uso de este registro.
- Establecer reuniones mensuales de revisión de no conformidades y acciones correctivas.

7- Falta de evaluaciones internas del sistema de calidad

- Reuniones técnicas para revisar procedimientos de banco de sangre.
- Crear un cronograma de evaluación interna y designar un responsable del sistema de calidad dentro del Banco de Sangre.

8- Ausencia de encuestas de satisfacción del usuario

- Diseñar encuestas simples y breves para usuarios internos y externos.
- Crear un cronograma para su aplicación

9- Uso inadecuado de los EPP

- Reforzar la capacitación en bioseguridad y uso adecuado de EPP.
- Designar supervisores que verifiquen el cumplimiento diario.

7.3 ARTICULACIÓN AL PEI

ARTICULACIÓN EL POI

Ver anexo 4



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital María
Auxiliadora

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

PLAN DE MEJORA CONTINUA DEL SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA – ÁREA DE BANCO DE SANGRE
Hospital María Auxiliadora
Lima, Perú. 2025

7.4 ACTIVIDADES

Para el cumplimiento de los objetivos planteados en el presente Plan se deben realizar acciones, actividades y tareas alineadas al marco normativo vigente y a los lineamientos de política del MINSA, todo esto con la participación activa de las partes involucradas en la gestión de la calidad del Banco de Sangre del Hospital María Auxiliadora.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Garantizar la calidad en todos los procesos y procedimientos del Área de Banco de Sangre del Hospital María Auxiliadora.

ACTIVIDADES

- Crear un cronograma anual de auditorías internas por áreas críticas.
- Establecer un equipo interno de auditores con funciones definidas, con personal idóneo y destacado del Área de Banco de Sangre.
- Reuniones técnicas para revisar procedimientos de banco de sangre.
- Crear un cronograma de evaluación interna y designar un responsable del sistema de calidad dentro del Banco de Sangre.
- Diseñar encuestas simples y breves para usuarios internos y externos, realizado por el responsable del sistema de calidad dentro del Banco de Sangre.
- Crear un cronograma para la aplicación de las encuestas.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Proveer de sangre segura, oportuna y de calidad a los pacientes con diversas necesidades transfusionales del Hospital María Auxiliadora.

ACTIVIDADES:

- Elaborar e implementar capacitaciones técnicas internas en el Área de Banco de sangre a cargo de personal idóneo y destacado del área de Banco de sangre.
- Incorporar la inducción técnica obligatoria para nuevo personal.
- Solicitar y dar seguimiento a la elaboración del cronograma de mantenimiento preventivo de los equipos propios del Área de Banco de Sangre a la oficina correspondiente.
- Designar un responsable del seguimiento de mantenimiento en el Banco de Sangre.
- Realizar la evaluación técnica de proveedores, y crear un registro propio de cada uno de ellos.
- Reforzar la capacitación en bioseguridad y uso adecuado de EPP.
- Designar supervisores que verifiquen el cumplimiento diario



PERÚ

Ministerio
de SaludHospital María
Auxiliadora

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

PLAN DE MEJORA CONTINUA DEL SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA – ÁREA DE BANCO DE SANGRE
Hospital María Auxiliadora
Lima, Perú. 2025

OBJETIVO ESPECÍFICO 3: Asegurar la trazabilidad de los procedimientos de solicitud, recepción y despacho de hemocomponentes.

ACTIVIDADES:

- Convocar al Comité Transfusional para revisar y actualizar el formato de solicitud transfusional.
- Socializar y aplicación de los nuevos Procedimientos operativos estandarizados (POEs), Formatos y Registros, para la identificación y registro de una no conformidad.
- Capacitar al personal sobre el uso de este registro de no conformidades a cargo del responsable del sistema de calidad dentro del Banco de Sangre.
- Establecer reuniones mensuales de revisión de no conformidades y acciones correctivas.

7.5 PRESUPUESTO

El presupuesto estimado para el periodo 2025 según objetivos específicos y actividades del presente Plan, asciende a S/. 2600.000.00 Soles (Dos Mil seiscientos Soles).

El anexo 3 muestra Tabla donde se detalla el presupuesto de todas las actividades a ejecutar en el presente Plan.

7.6 ACCIONES DE SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN.

MONITOREO Y EVALUACIÓN

El proceso de monitoreo y evaluación de las actividades programadas recae directamente sobre la Dirección General y el Banco de Sangre, según los indicadores y metas en el Anexo 4 del presente Plan.

- **Monitoreo:**

Comparar los datos obtenidos con los objetivos establecidos utilizando herramientas de calidad.

- **Evaluación:**

Medir los resultados, en función a las metas de los indicadores del ANEXO 3.

VIII. RESPONSABILIDADES

Son responsables de la conducción, implementación, monitoreo y supervisión del presente Plan, además de coordinar la participación de otras instituciones, sectores y niveles de gobierno, de manera concertada y articulada, cada uno en el ámbito de sus competencias:

Dirección General

Av. Miguel Iglesias
N°968
San Juan de Miraflores

www.hma.gob.pe



PLAN DE MEJORA CONTINUA DEL SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA – ÁREA DE BANCO DE SANGRE
Hospital María Auxiliadora
Lima, Perú. 2025

Comité Transfusional del Hospital María Auxiliadora.

Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica.

Banco de Sangre Tipo II.

IX. ANEXOS

9.1 ANEXO 01:

Listado referencial de requerimientos para Plan de Mejora 2025.

Recursos materiales requeridos para Plan de Mejora

- Computadora.
- Impresora.
- Mesas o escritorios.
- Papel autocopiativo para

Materiales de escritorio requeridos

- Papel bond A4 80 gr.
- Cartucho de tinta para impresora
- Materiales de escritorio varios

FORMATO 1A: DE MATRIZ PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

CALLE DE LA SALUD
CALLE DEL COMERCIO
CALLE DEL ASESORAMIENTO

Mrs. María Auxiliadora Gómez
JEFES DE CLÍNICA Y ANÁLISIS PATOLÓGICOS
TEL: 5067 RUE: 4896

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

Dr.
M.C. ARCELIA MORAYMA MACEDO DOMINGUEZ
C.M.P. N° 065857. R.N.E. N° 045627
MÉDICO PATÓLOGO CLÍNICO

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N 375-MINSA/OGPP-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA FORMULACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS PLANES ESPECÍFICOS EN EL MINISTERIO DE SALUD
ANEXO 1

FORMATO 1B: MATRIZ DE PRESUPUESTO DE ACTIVIDADES SEGÚN TAREA

Obj. Espec. 1: Garantizar la calidad en todos los procesos y procedimientos del Área de Banco de Sangre del Hospital María Auxiliadora									
Actividad	Tarea	Fuente de Financiamiento	Clasificador de Gasto	Descripción del Bien o Servicio	Costo Unitarios	Cantidad	Monto Total	Órgano Involucrado	
Act 1.1: Reuniones técnicas para revisar procedimientos de banco de sangre	Tarea 1.1.1.: Identificar y convocar a los participantes	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12	Papel Bond 100g Tamano A4 x 100 hojas	8	2	16		
	Tarea 1.1.2: Determinar los procedimientos a revisar en cada reunión	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12	Block de papel bond tamaño A4 x 80 hojas	3,4	10	34		
	Tarea 1.1.3: Enviar convocatoria con agenda y documentos a revisar.	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12	Boligrafo de tinta punta color azul	1	10	10	SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA (AREA DE BANCO DE SANGRE)	
	Tarea 1.1.4: Preparar sala o plataforma virtual	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12	Boligrafo de tinta punta color negro	1	10	10		
	Tarea 1.1.5: Documentar acuerdos y responsables de acciones.	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12	Boligrafo de tinta punta color rojo.	1	10	10		
Act 1.2: Planificar evaluaciones internas del SGC del banco de sangre.	Tarea 1.1.6: Redactar y firmar el acta de reunión.	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12	Resaltador punta gruesa biselada color amarillo, naranja y celeste.	2	10	20		
	Tarea 1.2.1.: Determinar el alcance de la auditoría	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12	Papel Bond 100g Tamano A4 x 100 hojas	8	2	16		
	Tarea 1.2.2: Identificar los criterios de auditoría	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12	Block de papel bond tamaño A4 x 80 hojas	3,4	8	27,2		
	Tarea 1.2.3: Establecer fechas tentativas y duración estimada por auditoría.	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12	Boligrafo de tinta punta color azul	1	8	8	SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA (AREA DE BANCO DE SANGRE)	
	Tarea 1.2.4: Conformar el equipo auditor	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12	Boligrafo de tinta punta color negro	1	8	8		
Act 1.3: Planificar evaluaciones externas del SGC del banco de sangre.	Tarea 1.2.5: Informar a las áreas involucradas con antelación.	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12	Boligrafo de tinta punta color rojo.	1	8	8		
	Tarea 1.2.6: Ejecutar la evaluación interna	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12	Resaltador punta gruesa biselada color amarillo, naranja y celeste.	2	8	16		
	Tarea 1.2.7: Elaborar el informe de la Evaluación interna.	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12	Folder manila Tamaño A4 x 12 unidades	4,2	4	16,8		
	Tarea 1.3.1: Identificar el tipo de evaluación externa	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12	Papel Bond 100g Tamano A4 x 100 hojas	8	2	16		
	Tarea 1.3.2: Determinar el organismo evaluador	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12	Boligrafo de tinta punta color azul	1	8	8	SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA (AREA DE BANCO DE SANGRE)	
	Tarea 1.3.3: Solicitar formalmente la evaluación	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12	Boligrafo de tinta punta color negro	1	8	8		
	Tarea 1.3.4: Revisar el alcance y modalidad de la evaluación	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12	Boligrafo de tinta punta color rojo.	1	8	8		
	Tarea 1.3.5: Definir los procesos o áreas que serán evaluados.	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12	Tablero acrílico tamaño A4 con sujetador de metal	12	5	60		
				PRESUPUESTO EN S/.			300		

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA
M.C. KATIA ROSALES GOMEZ
JEFE DE OPTOPAT Y ANAT PAT

M.C. ARCELIA MORAYMA MACEDO DOMINGUEZ
CIMP N° 041667 RNE N° 045627
MEDICO PATOLOGO CLINICO

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N 375-MINSA/OGPP-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA FORMULACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS PLANES ESPECÍFICOS EN EL MINISTERIO DE SALUD
ANEXO 1

FORMATO 1B: MATRIZ DE PRESUPUESTO DE ACTIVIDADES SEGÚN TAREA

Obj. Espec. 2: Proveer de sangre segura, oportuna y de calidad a los pacientes con diversas necesidades transfusionales del Hospital María Auxiliadora.									
Actividad	Tarea	Fuente de Financiamiento	Clasificado de Gasto	Descripción del Bien o Servicio	Costo Unitarios	Cantidad	Monto Total	Órgano Involucrado	
Act 2.1: Coordinar con la oficina de mantenimiento el cumplimiento de las Actividades en referencia al plan de mantenimiento preventivo 2025.	Tarea 2.1.1.: Solicitar el plan de mantenimiento preventivo 2025 a la oficina de mantenimiento.	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12	Papel Bond 100g Tamano A4 x 100 hojas	8	2	16		
	Tarea 2.1.2.: Verificar que el plan incluya todos los equipos críticos propios del banco de sangre	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12	Boligrafo de tinta punta color azul	1	8	8		
	Tarea 2.1.3.: Revisar mensualmente el cumplimiento de actividades según el cronograma.	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12	Boligrafo de tinta punta color negro	1	8	8	SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA (AREA DE BANCO DE SANGRE)	
	Tarea 2.1.4.: Reportar desviaciones o incumplimientos al área correspondiente.	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12	Boligrafo de tinta punta color rojo.	1	8	8		
	Tarea 2.1.5.: Archivar informes de mantenimiento preventivo en el sistema de gestión documental del banco de sangre.	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12	Tablero acrilico tamano A4 con sujetador de metal	12	5	60		
PRESUPUESTO EN S/.							100		

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA

.....
M.C. ARCELIA MORALES MACEDO DOMÍNGUEZ
C.M.P. N° 045027
MÉDICO PATÓLOGO CLÍNICO

HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA

.....
Mc. Katia Roxana Zúñiga Gómez
JEFE DE DEPT. PAT CLIN Y ANAT PAT

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N 375-MINSA/OGPP-2025
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA FORMULACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS PLANES ESPECÍFICOS EN EL MINISTERIO DE SALUD
ANEXO 1

FORMATO 1B: MATRIZ DE PRESUPUESTO DE ACTIVIDADES SEGÚN TAREA

Obj. Espec. 3: Asegurar la trazabilidad de los procedimientos de solicitud, recepción y despacho de hemocomponentes								
Actividad	Tarea	Fuente de Financiamiento	Clasificado de Gasto	Descripción del Bien o Servicio	Costo Unitarios	Cantidad	Monto Total	Órgano Involucrado
Act 3.1: Reunión técnica de comité transfusional para mejorar procedimiento de conducción de transfusión.	Tarea 3.1.1: Coordinar con los miembros del comité transfusional su disponibilidad.	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12	Papel Bond 100g Tamaño A4 x 100 hojas	8	2	16	SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA (AREA DE BANCO DE SANGRE)
	Tarea 3.1.2: Elaborar la convocatoria oficial	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12	Boligrafo de tinta punta color azul	1	10	10	
	Tarea 3.1.3: Recopilar incidentes o eventos transfusionales reportados recientemente	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12	Boligrafo de tinta punta color negro	1	10	10	
	Tarea 3.1.4: Obtener retroalimentación del personal clínico y de enfermería sobre dificultades en la conducción de transfusiones.	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12	Boligrafo de tinta punta color rojo.	1	10	10	
	Tarea 3.1.5: Revisar el procedimiento actual paso a paso.	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12	Tablero acrilico tamaño A4 con sujetador de metal	12	5	60	
	Tarea 3.1.6: Recoger propuestas de mejora o actualización.	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12	Folder manila Tamaño A4 x 12 unidades	4,2	12	50,4	
	Tarea 3.1.7: Elaborar y firmar el acta de reunión técnica del comité.	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12	Resaltador punta gruesa biselada color amarillo, naranja y celeste.	2	10	20	
	Tarea 3.1.8: Supervisar la actualización formal del procedimiento documentado.	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12					
	Tarea 3.1.9: Programar capacitaciones para el personal involucrado en la conducción de transfusiones.	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12	Cuaderno de cargo empastado A5 x 200 hojas	11,8	2	23,6	
Act 3.2: Actualizar documentos técnicos y/o formatos de banco de sangre	Tarea 3.2.1: Elaborar un inventario actualizado de documentos técnicos y formatos vigentes	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12					
	Tarea 3.2.2: Priorizar los documentos críticos según impacto en la calidad, seguridad y cumplimiento normativo.	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12					
	Tarea 3.2.3: Definir responsables y cronograma para la actualización.	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12					
	Tarea 3.2.4: Recopilar observaciones o sugerencias del personal operativo que utiliza el documento/formato.	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12					
	Identificar oportunidades de simplificación, estandarización o mejora del formato.	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12	Papel autocopiativo (original + 2 copias) Tamaño A4 x 50 juegos	666,66	3	2000,0	
	Tarea 3.2.5: Solicitar validación técnica del área de calidad o dirección técnica.	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12					
	Tarea 3.2.6: Reemplazar versión anterior en los medios oficiales	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12					
	Tarea 3.2.7: Comunicar y capacitar la actualización al personal involucrado.	Recursos Ordinarios	2.3.1.5.12					
PRESUPUESTO EN S/.								2200

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

MC. ARCELIA MORAYMA GARCEDO DOMINGUEZ
CNP N° 064867 RNE N° 045627
MÉDICO PATÓLOGO CLÍNICO

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

MC. KATIA ROSA ZUÑIGA GOMEZ
JEFE DE DPTO PAT CLIN Y ANAT PAT



PERÚ

Ministerio de Salud
Hospital María Auxiliadora

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

PLAN DE MEJORA CONTINUA DEL SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA – ÁREA DE BANCO DE SANGRE
Hospital María Auxiliadora
Lima, Perú. 2025

9.4 ANEXO 04: INDICADORES Y METAS DEL PLAN DE MEJORA DEL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

Objetivo General: Planificar las actividades destinadas al mejoramiento continuo durante el año en el área de Banco de Sangre del Hospital María Auxiliadora

CODIGO	ELEMENTOS DE GESTION	PROCESOS PROBLEMATICOS	RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES	INDICADOR	UMBRAL	FUENTE AUDITABLE
EG02	RECURSO HUMANO	INSUFICIENTE CAPACITACION DEL RECURSO HUMANO	CAPACITACION DEL PERSONAL	GESTIONAR LA CAPACITACION DEL PERSONAL DE BANCO DE SANGRE	NUMERO DE CAPACITACIONES REALIZADAS/NUMERO DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS *100	>80%	REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES. CERTIFICADOS Y CONSTANCIA DE CAPACITACION
EG03	EQUIPAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO PARCIAL DE LOS EQUIPOS PROPIOS DE BANCO DE SANGRE	TODOS LOS EQUIPOS DE BANCO DE SANGRE CUENTAN CON MANTENIMIENTO PREVENTIVO	COORDINAR CON LA UNIDAD DE MANTENIMIENTO PARA LA REALIZACION DE PLANES DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO	NUMERO DE EQUIPOS CON MIP/TOTAL DE EQUIPOS PROPIOS DE BANCO DE SANGRE*100	>80%	REGISTRO DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS
EG04	PROVEEDOR Y USUARIO	FALTA DE EVALUACION DE PROVEEDORES POR PARTE USUARIA	CONTAR CON 100% DE PROVEEDORES EVALUADOS	EVALUACION DE PROVEEDOR POR AREA DE TRABAJO	NUMERO DE EVALUACIONES DE PROVEEDORES/TOTAL DE PROVEEDORES *100	>80%	FICHA DE EVALUACION DE PROVEEDOR
EG04	CONTROL DE PROCESOS	PROCESOS DE BANCO DE SANGRE SIN EVALUACION INTERNA	PROCESOS Y/O PROCEDIMIENTOS DE BANCO DE SANGRE REVISADOS Y/O ACTUALIZADOS	REUNIONES TECNICAS PARA REVISAR PROCEDIMIENTOS DE BANCO DE SANGRE	NUMERO DE PROCESOS OPERATIVOS ESTANDAR REVISADOS /NUMERO TOTAL DE PROCESOS IDENTIFICADOS*100	>80%	ACTAS DE TRABAJO
EG05	DOCUMENTOS Y REGISTROS	FORMATO DE SOLICITUD TRANSFUSIONAL NO ACTUALIZADO	FORMATO DE SOLICITUD TRANSFUSIONAL ACTUALIZADO	REUNION TECNICA DE COMITÉ TRANSFUSIONAL PARA IMPLEMENTACION DE FORMATO ACTUALIZADO	CANTIDADES DE SOLICITUDES NO CONFORMES EN REFERENCIA A SU ACTUALIZACION DE FORMATO /TOTAL DE SOLICITUDES TRANSFUSIONALES *100	<30%	REGISTRO DE SOLICITUDES TRANSFUSIONALES
EG07	INCIDENTES, ERRORES, NO CONFORMIDADES Y COMPLICACIONES	REGISTRO INSUFICIENTE DE NO CONFORMIDADES Y DEFICIENCIA EN LAS EVALUACIONES DE LAS MISMAS	NO CONFORMIDADES EVALUADAS Y SEGUIMIENTO	CAPACITACIONES Y REUNIONES CON INVOLUCRADOS EN LAS NO CONFORMIDADES	NUMERO DE NO CONFORMIDADES REGISTRADAS EN EL MES/TOTAL DE PROCESOS EVALUADOS	<30%	REGISTRO DE NO CONFORMIDADES
EG08	EVALUACIONES INTERNAS Y EXTERNAS	FALTA REALIZAR EVALUACIONES INTERNAS DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD DE BANCO DE SANGRE	REGISTRO DE EVALUACION INTERNA DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD DE BANCO DE SANGRE	PLANIFICAR EVALUACIONES INTERNAS DEL SGC DE BANCO DE SANGRE	NO CONFORMIDADES EVALUADAS/ NO CONFORMIDADES REGISTRADAS *100	>80%	INFORMES DE NO CONFORMIDADES
EG09	MEJORAMIENTO DEL PROCESO A TRAVES DE MEDIDAS PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS	NO SE REALIZAN ENCUESTAS DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS	CUENTA CON HERRAMIENTAS PARA EVALUACION DE SATISFACCION DE USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS	REALIZAR ENCUESTAS DE SATISFACCION DE USUARIOS	NUMERO DE EVALUACIONES INTERNAS REALIZADAS/NUMERO TOTAL DE EVALUACIONES PLANIFICADAS*100	>80%	REGISTRO DE EVALUACIONES INTERNAS
EG10	CENTRO DE TRABAJO Y SEGURIDAD	USO INADECUADO DEL EPP	USO OPTIMO Y SUPERVISADO DE EPP PROPORCIONADOS	CAPACITACIONES Y SUPERVISIONES EN CUANTO AL USO DE EPP	NUMERO DE DONANTES ENCUESTADOS/NUMERO DE DONANTES ATENDIDOS	>20%	FICHA DE ENCUESTA, REGISTRO DE DONANTES
EG10					NUMERO DE PARTICIPANTES EN LAS CAPACITACIONES REALIZADAS CON TEMA DE USO ADECUADO DE EPPs/TOTAL DE PERSONAL DE BANCO DE SANGRE *100	>80%	REGISTRO DE ASISTENCIA
					NO CONFORMIDADES EN RELACION AL USO INADECUADO DE EPPs/TOTAL DE NO CONFORMIDADES	<20%	ACTAS DE TRABAJO

PLAN DE MEJORA CONTINUA DEL SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA – ÁREA DE BANCO DE SANGRE
 Hospital María Auxiliadora
 Lima, Perú. 2025

9.5 ANEXO 05:

MATRIZ DE ARTICULACIÓN ESTRATEGICA AL PEI Y POI

Unidad Orgánica:		Servicio de Patología Clínica					
Marco estratégico		Estructura programática y operativa					
Objetivo estratégico institucional del PEI	Acción estratégica	Actividad operativa POI	Categoría presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	Objetivo general del plan	Objetivo específico del plan
OEI.04: Fortalecer la rectoría y la gobernanza sobre el sistema de salud; y la gestión institucional; para el desempeño eficiente, ético e íntegro, en el marco de la modernización de la gestión pública.	AEI.04.02 Gestión orientada a resultados al servicio de la población; con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados.	AO. Servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento. Banco de sangre y tejidos.					



PERÚ

Ministerio
de SaludHospital María
Auxiliadora

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

PLAN DE MEJORA CONTINUA DEL SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA – ÁREA DE BANCO DE SANGRE
Hospital María Auxiliadora
Lima, Perú. 2025

X. BIBLIOGRAFIA.

1. Asociación Mexicana de Medicina Transfusional, A.C. Guía de Indicadores de la Calidad para Banco de Sangre. 1ra ed. México: Asociación Mexicana de Medicina Transfusional, A.C.; 2024. Disponible en: <https://www.ammtac.org/pdf/LCGI24-Guia-Completo>.
2. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre buenas prácticas de manufactura para centros de sangre. Anexo 4 del cuadragésimo quinto informe del Comité de Expertos de la OMS sobre especificaciones para preparados farmacéuticos. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275323>
3. Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial N° 614-2004/MINSA/DGSP. Aprueba Sistema de Gestión de la Calidad del PRONAHEBAS. Lima: MINSA; 2004. https://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_publica/docs/normas/normasv/snip/2015/Documentos_MINSA/30A_RM_N_614_2004_MINSA.