

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS**



**"PROPUESTA DE UN SISTEMA DE CALIDAD APLICANDO LAS
NORMAS ISO 9001:2000 PARA EL BANCO DE SANGRE DEL
HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM"**

Trabajo de Investigación Presentado por:

Norma Graciela Argueta Solís
Yanira Iveth Pérez García
Karen Yolanda Pérez Merino

Para Optar el Grado de:

LICENCIADA EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

Septiembre de 2004

San Salvador, El Salvador, Centro América

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTORA : Lic. María Isabel Rodríguez

Secretaria: Lic. Alicia Margarita Rivas

Decano de la Facultad de: Lic. Emilio Recinos Fuentes
Ciencias Económicas

Secretaria de la Facultad: Lic. Dilma Yolanda Vázquez de Del Cid
de Ciencias Económicas

Asesor : Lic. Eduardo Antonio Delgado Ayala

Tribunal Examinador: Lic. Rafael Arístides Campos

Lic. Mario Adalberto Machón Escoto

Lic. Abraham Vázquez Sánchez

San Salvador, El Salvador, Centro América.

AGRADECIMIENTOS

Al finalizar esta etapa fundamental en mi vida, doy gracias a Dios Todopoderoso por darme la fortaleza y sabiduría necesaria a lo largo de mi preparación profesional. Dedico este triunfo a mis padres Norma Solís de Argueta y Danilo Argueta, a mis hermanos Blanca, José y Dany, por guiarme y enseñarme que las metas se logran con mucho esfuerzo y dedicación, por su cariño y consejos los cuales han sido muy importantes, también agradezco muy especialmente a mi abuela Blanca Lidia por brindarme su apoyo incondicional y su amor. Finalmente quiero agradecer a todas las personas que han estado presentes en el transcurso de mi carrera, a mis amigos por su aprecio y sobre todo a mi grupo de tesis porque han sido una parte muy importante en este logro.

Norma Graciela Argueta Solís.

Dedico este triunfo a DIOS TODOPODEROSO por haberme dado vida para culminar mi carrera profesional, agradezco a mi madre Josefina Pérez por haberme brindado apoyo y consejos en todo momento y enseñarme de sus conocimientos que permitieron alcanzar esta meta, a mis hermanos Carmen, Marisol, Denis y Carlos por darme amor y comprensión, agradezco de una manera muy especial a mi querida tía Carmencita por su paciencia y a mis compañeras de grupo por su esfuerzo a lo largo de esta investigación.

Yanira Iveth Pérez García.

Gracias a Dios por haberme permitido alcanzar este triunfo en mi vida, a mis padres Alicia Yolanda Merino de Pérez y José Galindo Pérez Portillo por ser mi guía y darme su amor, consejos y apoyo incondicional, a mis hermanos José Galindo Pérez y Felipe Roberto Monteagudo por su cariño y comprensión, a mi cuñada y sobrino Jane Liseth y Michael Alejandro a quienes quiero mucho, a mis profesores a quienes admiro y respeto y a mis compañeras de grupo por su esfuerzo y paciencia.

Karen Yolanda Pérez Merino.

Agradecemos a nuestro asesor Lic. Eduardo Antonio Delgado Ayala por sus conocimientos y dedicación, a Lic. Mario Adalberto Machón Escoto por su apoyo y colaboración, a la Lic. Araceli del Carmen Acevedo Servellón por sus aportes brindados y a todas aquellas personas que de una u otra forma colaboraron y participaron en la realización de esta investigación especialmente al personal del Banco de Sangre y Familia Pérez Merino.

INDICE

PAG.

CAPÍTULO I

MARCO DE REFERENCIA SOBRE EL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM, BANCO DE SANGRE Y DE LOS ASPECTOS TEÓRICOS DE LA CALIDAD Y LAS NORMAS ISO 9001:2000	1
A. GENERALIDADES DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN	
BLOOM.	1
1. Antecedentes.	1
2. Definición de Hospital.	5
3. Misión del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.	5
4. Visión del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.	6
5. Decálogo de Valores del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.	7
6. Estructura Organizativa.	8
B. GENERALIDADES DEL BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BEJAMÍN BLOOM.	10
1. Antecedentes.	10
2. Definición de Banco de Sangre.	12
3. Misión.	12
4. Visión.	13
5. Objetivos..	13

6. Metas.	14
7. Importancia de los Bancos de Sangre.	14
8. Marco Legal.	15
9. Estructura Organizativa.	16
10. Principales Macro-Procesos de un Banco de Sangre	18
11. Servicios que Presta el Banco de Sangre.	23
C. ASPECTOS TEÓRICOS SOBRE CALIDAD.	24
1. Antecedentes de la Calidad.	24
2. Definición de la Calidad	28
3. Importancia de la Calidad	29
4. Filosofía de la Calidad.	30
5. Característica Principal de la Calidad.	32
6. Elementos de la Calidad.	32
7. Sistemas de Calidad.	33
7.1 Definición.	33
7.2 Desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad	34
8. Servicios de Atención al Donante.	37
8.1 Definiciones.	37
8.2 Importancia.	38
8.3 Elementos de Atención al Donante	39
D. ASPECTOS TEÓRICOS DE LA NORMA ISO 9001:200.	40
1. Antecedentes de la Norma ISO 9000.	40
2. Definición de la Norma ISO.	41
3. Importancia.	42

4. Misión.	43
5. Las Nuevas Normas ISO 9001:2000.	44
6. Estructura de la Norma ISO 9001:2000	44

CAPÍTULO II

DIAGNÓSTICO SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA CALIDAD EN EL BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN

BLOOM	46
A. INVESTIGACIÓN DE CAMPO	46
1. Importancia de la Investigación	46
2. Alcances y Limitaciones	47
3. Objetivos	48
3.1 General	48
3.2 Específicos	49
4. Hipótesis Básica	49
5. Métodos y Técnicas de Investigación	50
5.1 Métodos de Investigación	50
5.2 Tipo de Investigación	51
5.3 Fuentes de Información	51
5.4 Técnicas e Instrumentos para Recopilar la Información	52
6. Determinación del Universo y la Muestra	52
6.1 Determinación del Universo	52
6.2 Determinación de la Muestra	54

7. Tabulación, Análisis e Interpretación	
de Datos Recolectados	56
B. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL BANCO	
DE SANGRE DEL HNNBB	90
1. Objetivo del Diagnóstico	90
2. Descripción del Diagnóstico sobre la Situación	
Actual del Funcionamiento del Banco de Sangre	90
2.1 Sistema de Calidad	91
2.2 Norma ISO 9001:2000	95
3. Descripción del Diagnóstico sobre la Situación	
Actual del Servicio que ofrece el Banco de Sangre	98
3.1 Servicio con Calidad	98
3.2 Rapidez en el Servicio	99
3.3 Atención Personalizada	99
3.4 Personal Calificado	99
3.5 Relación entre Empleados y Donante	100
3.6 Instalaciones Físico-Ambientales	100
3.7 Mobiliario y Equipo	102
3.8 Fortalezas y Oportunidades del Banco de Sangre	103
3.9 Debilidades y Amenazas del Banco de Sangre	104
C. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	106
1. Conclusiones	106
2. Recomendaciones	107

CAPÍTULO III

"PROPUESTA DE UN SISTEMA DE CALIDAD APLICANDO LAS NORMAS ISO 9001:2000 EN EL BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM".		108
1. Objetivo de la Propuesta		108
A. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		108
1. Aspectos Generales		108
1.1 Importancia		109
1.2 Objetivos		110
2. Desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad		110
2.1 Sistema de Gestión de la Calidad		110
B. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN		116
1. Objeto		116
2. Compromiso de la Calidad		117
3. Enfoque al Usuario		117
4. Planificación		117
5. Responsabilidad, Autoridad y Comunicación		118
5.1 Responsabilidad y Autoridad		118
5.2 Representante de la Dirección		121
5.3 Comunicación Interna		121
6. Revisión por la Dirección		121
6.1 Generalidades		121
6.2 Información para la Revisión		122
6.3 Resultados de la Revisión		122

C. GESTIÓN DE LOS RECURSOS	123
1. Objeto	123
2. Provisión de Recursos	123
3. Recursos Humanos	123
3.1 Generalidades	124
3.2 Competencia, Toma de Conciencia y Formación	125
4. Infraestructura	125
5. Ambiente de Trabajo	126
D. PRESTACIÓN DEL SERVICIO	127
1. Objeto	127
2. Compras	127
2.1 Proceso de Compra	127
2.2 Información de las Compras.	128
2.3 Verificación de los Productos Comprados	128
3. Prestación del Servicio	128
3.1 Control de la Prestación del Servicio	128
3.2 Validación de la Prestación del Servicio	129
3.3 Identificación y Trazabilidad	129
3.4 Propiedad del Cliente	130
3.5 Preservación del Producto	130
4. Control de los Dispositivos de Seguimiento y Medición	131
E. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	131
1. Objeto	131

2. Generalidades	132
3. Seguimiento y Medición	132
3.1 Satisfacción del Cliente (Usuarios)	132
3.2 Auditoria Interna	132
3.3 Seguimiento y Medición de los Procesos	133
3.4 Seguimiento y Medición del Servicio	133
4. Control del Servicio No Conforme	134
5. Análisis de Datos	134
6. Mejora	135
6.1 Mejora Continua	135
6.2 Acciones Correctivas	135
6.3 Acciones Preventivas	135
F. PLAN DE IMPLANTACIÓN	136
1. Introducción	136
2. Objetivos	137
2.1 General	137
2.2 Específicos	137
3. Proceso de Implantación	137
3.1 Concienciación	137
3.2 Diagnóstico de la Situación Actual	140
3.3 Documentación del Sistema	142
3.4 Implantación del Sistema	145
3.5 Seguimiento y Mejora Continua	145
3.6 Costos Anuales Estimados para la Implantación del	

Sistema de Gestión de la Calidad para el Banco de	
Sangre del HNNBB	146
3.7 Cronograma de Plan de Implantación para el Banco	
De Sangre del HNNBB	149
G. GLOSARIO DE TÉRMINOS.	150
H. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	153
ANEXOS	

RESUMEN

En la actualidad todas las Instituciones deben desarrollar sistemas que les permitan ofrecer un servicio con calidad con el cual satisfagan las expectativas de los usuarios.

De acuerdo a lo antes expuesto se presenta el informe final de graduación denominado "Propuesta de un Sistema de Calidad Aplicando la Norma ISO 9001:2000 para el Banco de Sangre del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom (HNNBB)", con el fin de que dicha unidad orgánica asegure la eficiencia del servicio que se les brinda a los usuarios específicamente a los pacientes de 0 a 12 años.

Para poder realizar esta investigación se elaboraron dos instrumentos para recolectar información, los cuales estaban dirigidos al personal que labora en el Banco de Sangre del HNNBB y el segundo a los donantes voluntarios que asisten a este centro de donación.

Se seleccionó una muestra representativa de los donantes, para obtener las diferentes opiniones a cerca del servicio que se les brinda.

Retomando la información recolectada de estos instrumentos se realizó el diagnóstico de la situación actual, el cual se ha estructurado de acuerdo al número de cuestionarios. Se logró determinar en los resultados de la encuesta que el Banco de Sangre necesita establecer un Sistema de Calidad que ayude a brindar un servicio excelente basado en una normativa reconocida internacionalmente.

También se identificó que el Banco de Sangre no ha logrado difundir a sus empleados de manera formal el compromiso que existe con la calidad en el servicio que ofrece; además no cuentan con el recurso humano suficiente y no poseen un buen control de la documentación.

Finalmente esta situación permitió la realización de un Sistema de calidad bajo la Norma ISO 9001:2000 en donde se propone el Manual de la Calidad, Manual de Procedimientos Principales, de Soporte y Medición, Análisis y Mejora cumpliendo así con los requisitos exigidos por esta Norma para lograr la implementación de un sistema orientado a la calidad, en donde se pretende satisfacer la exigencias y necesidades de los usuarios del servicio que ofrece el Banco de Sangre.

INTRODUCCIÓN

Desde su creación en el año de 1806, los Bancos de Sangre han jugado un papel muy importante dentro de los hospitales, ya que contribuyen en gran medida a la vida de los pacientes; sin embargo es importante destacar que estos no cuentan con un Sistema de Calidad que les asegure que sus productos y servicios sean confiables.

En el orden de ideas anteriores, la presente investigación se llevó a cabo en el Banco de Sangre del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, con el objeto de proponer el Diseño de un Sistema de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2000 y así lograr optimizar los servicios de apoyo y atención que se les brinda a los niños de 0 a 12 años.

El trabajo de investigación está estructurado en tres capítulos que representan las etapas de realización del estudio; el capítulo I contiene el Marco Referencial que fundamente el estudio en conceptos teóricos tales como Generalidades del HNNBB, así como también Generalidades del Banco de Sangre del HNNBB; luego se presentan los aspectos teóricos sobre la calidad. Posteriormente se encuentran los aspectos teóricos de la Norma ISO 9001:2000 y su estructura.

En el capítulo II se detalla la metodología de investigación que se utilizó para realizar el estudio, además se presenta el diagnóstico de la situación actual del Banco de Sangre estructurado en dos partes las cuales son: la primera de ella contiene la descripción del diagnóstico de la situación actual del funcionamiento del Banco de Sangre (Empleados) y descripción del diagnóstico sobre la situación actual del servicio que ofrece el Banco de Sangre a los usuarios. Como resultado de la realización del diagnóstico se elaborarán las conclusiones y recomendaciones de este capítulo.

El tercer capítulo contiene la "Propuesta de un sistema de Calidad Aplicando la Norma ISO 9001:2000 para el Banco de Sangre del HNNBB" que asegure la eficiencia del servicio que se les brinda a los usuarios.

El Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) está estructurado por los siguientes niveles de documentación: El primer nivel esta conformado por el Manual de Calidad, éste contiene Política de la Calidad, Objetivos de la Calidad, Estructura de la Calidad, Procedimientos de la Calidad y Documentación del Sistema de la Calidad.

En el segundo nivel se presentan el Manual de Procedimientos con el objeto de describir la forma en que se deben realizar los distintos procesos para brindar un servicio con calidad a los usuarios. Finalmente, se encuentra el Plan de Implantación del SGC para contribuir al logro de la calidad en el servicio que ofrece el Banco de Sangre.

Capítulo I

"MARCO DE REFERENCIA SOBRE EL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM, BANCO DE SANGRE Y SOBRE LOS ASPECTOS TEÓRICOS SOBRE LA CALIDAD Y LAS NORMAS ISO 9001:2000."

En lo que respecta a este capítulo se hará referencia a todos los aspectos que son indispensables para poder realizar la investigación, por lo que es importante dar a conocer los antecedentes, visión, misión, objetivos y estructura organizativa del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom en adelante denominado y abreviado HNNBB, así como del Banco de Sangre. Además, para dar una base referencial al estudio es necesario dar a conocer los aspectos teóricos acerca de la calidad, el servicio de atención al donante y la Normas ISO 9000:2000.

A. GENERALIDADES DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

1. Antecedentes¹

Para el tiempo de la Conquista Española de Cuscatlán por Pedro de Alvarado en 1524, El Salvador no contaba con centros

¹ Dr. Héctor Hernández. "Revista Pediátrica Salvadoreña: Historia de la Pediatría en El Salvador". Octubre y Diciembre de 1998. El Salvador.

hospitalarios, ya que para dicha época, los enfermos que venían del interior del país, eran acomodados en las piezas interiores de casas de familia altruistas y piadosas, a donde llegaba el médico a examinarla.

Pero fue hasta principios del siglo XIX, específicamente en el año 1806, que es fundado el primer centro con carácter de Hospital en San salvador llamado: **LA CASA DE CARIDAD Y CAPILLA DEL PATROCINIO** que posteriormente llegó a ser el **HOSPITAL GENERAL DE SAN SALVADOR**. Esta creación, probablemente, puso ante los ojos de los médicos en mayor escala, problemas pediátricos que ameritaban tratamientos diferentes, a los que les era usual en su terapéutica diaria, debido a que la principal atención de los médicos de antaño, fue la medicina del paciente adulto.

La atención pediátrica continuó por todo el siglo XIX y los primeros años del siglo XX, desarrollándose de la misma manera aquí en el país, a pesar que para 1902 se fundó un Hospital General con mayor capacidad: el **HOSPITAL ROSALES**, el que contaba en sus instalaciones con un servicio de pediatría. Por lo que en 1917, se inició un movimiento de atención a la niñez debido a la creciente y alarmante mortalidad infantil; pero fue hasta en el año 1925 que se fundó la *Clínica de Niños* la que tenía como

objetivo el atender a los niños enfermos que se presentaran y dar consejos sobre la crianza de éstos.

En esta época, acontecería el suceso que sería un gran paso en el desarrollo de la Pediatría salvadoreña. A finales de la década de los años 20, para ser más exactos, el 6 de Noviembre de 1928, el señor Benjamín Bloom, donó a la Sociedad Beneficencia Pública, un hospital para ser usado en asistencia de la niñez salvadoreña, el que llegó a constituirse en el *primer Hospital de Niños* del país.

Para 1957, el espacio físico del Hospital Nacional de Niños, no era ya suficiente para atender la demanda creciente de pacientes, dándose inicio en este año, las platicas para ampliar las instalaciones.

El 17 de noviembre de 1961, se inicia los trabajos de terrecería de los que sería la construcción del nuevo hospital Bloom, al final de la 25 Av. Nte. Y 29 Calle Pte., la reconstrucción general de la obra física se terminó en 1966 y a finales de noviembre de 1969, se inicia el equipamiento del hospital con el asesoramiento de la OPS (Organización Panamericana para la Salud).

Después llegó la inauguración del nuevo y flamante Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom el 21 de diciembre de 1970.

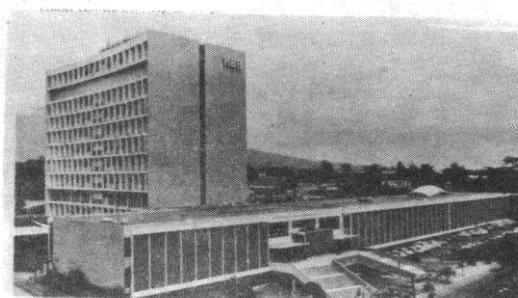
En la década de los años 80, ocurrió el terremoto del 10 de octubre exactamente en 1986 donde aquel edificio que era el orgullo de la pediatría en El Salvador, se ve afectado con la destrucción en áreas físicas quedando otra vez como en el principio sin un hospital de niños.

Luego se dio la promesa y compromiso de reconstrucción del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom de parte del Gobierno de la Alemania Federal, que termina ocho años más tarde exactamente el 13 de febrero de 1993 en beneficio de la población infantil.

A continuación se muestra las figuras donde podemos conocer un antes y un después de las instalaciones físicas del famoso Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom:



Viejo Hospital Bloom, inaugurado el 6 de noviembre de 1928.



Nuevo Hospital Bloom, inaugurado el 21 de Diciembre de 1970.

2. Definición de Hospital

Los hospitales son instituciones que se consideran de gran relevancia a nivel nacional, debido a que estos ayudan al diagnóstico y recuperación de las personas enfermas, por lo cual dichas entidades tienen una gran responsabilidad con la sociedad en general dando paso a que el gobierno tenga un control sobre el servicio que aquí se presta.

Según el Diccionario de la Lengua Española Océano 2000, este consiste en establecimientos destinados al diagnóstico y tratamiento de enfermos, donde se practica la investigación y la enseñanza médica.

3. Misión del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom ²

"Brindar servicios pediátricos de Salud integral, básicos y especializados a la población infantil, en las edades de 0 - 12 años; de manera oportuna, accesible, equitativa y de excelente calidad; bajo un contexto humano, profesional y ético, que permita mantener liderazgo a nivel nacional e internacional: en los ámbitos asistencial, docente, administrativo y de investigación.

² Base de Datos del HNNBB

Coordinan sus acciones con instituciones públicas y privadas afines a la salud infantil. Para lograr una gestión eficaz de los recursos y ampliar las fuentes externas de financiamiento.

Considera al personal como un recurso valioso, por lo que contribuye a su formación y desarrollo, manteniendo un clima laboral agradable sustentado en el trabajo en equipo multidisciplinario y el avance tecnológico".

4. Visión del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom³

"Ser el principal hospital nacional de atención infantil, manteniendo el liderazgo en la prestación oportuna de servicios médicos pediátricos, mediante el esfuerzo constante para ir aumentando y mejorando la asistencia de los niños con eficiencia, equidad, ética, humanismo y calidad.

Basados en nuestra misión tenemos la responsabilidad con la sociedad en general, pero principalmente con la población infantil, de proteger el ambiente y los recursos a nuestra disposición, para defender el respeto a la dignidad de la persona que tiene entre sus principales derechos la salud.

³ Ibid.

Pretendemos ir de la mano con los avances médicos y tecnológicos, para automatizar todas las áreas, pero principalmente capacitando y formando el recurso más valioso con que contamos: nuestro personal. Esa gente que día a día desarrolla un trabajo en equipo, que implementa nuevas ideas y programas que nacen de los procesos de investigación científica.

Con miras hacia el futuro para prevenir tiempos difíciles y fieles a nuestros principios esperamos poder expresar siempre al final de cada jornada: ¡MISION CUMPLIDA!".

5. Decálogo de Valores del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom⁴

Accesibilidad: Disponibilidad de atención al usuario.

Oportunidad: Atención proporcionada a tiempo.

Equidad: Igualdad en la atención, sin distinción.

Ética: Adhesión a principios morales y profesionales.

Profesionalismo: Aplicación responsable y actualizada de conocimientos al trabajo.

⁴ Ibid.

Trabajo en Equipo: Trabajo coordinado entre los que integran el equipo de salud.

Eficiencia: Optimización de los recursos.

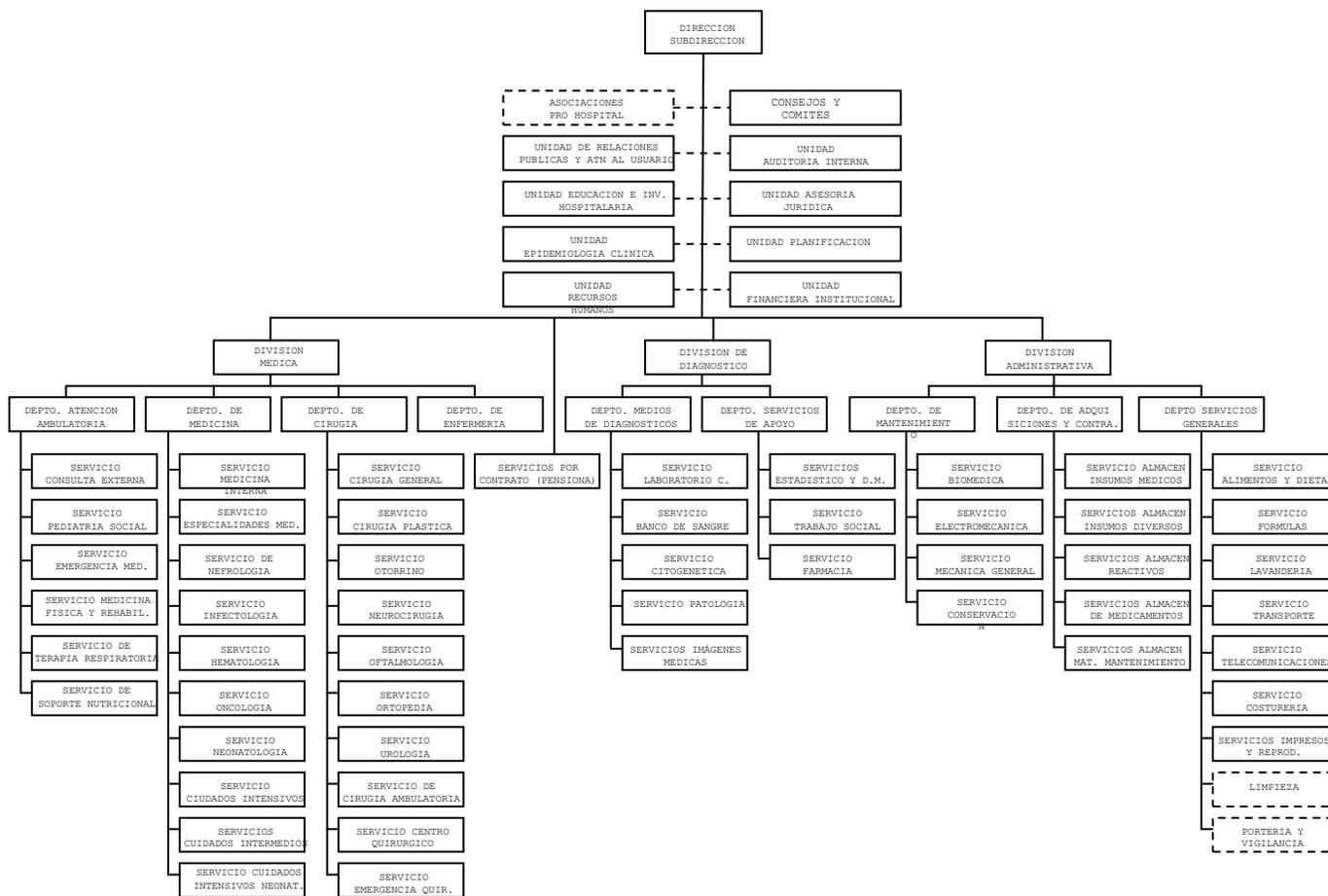
Efectividad: Selección de mejor procedimiento y al mayor riesgo.

Calidad: Alta satisfacción del usuario.

6. Estructura Organizativa

El HNNBB está estructurado por tres divisiones y nueve departamentos; pero para efectos de estudio se describirá únicamente el Dpto. Medios de Diagnósticos específicamente el área de Servicio de Banco de sangre, el cual es el objeto de estudio (ver figura 1).

FIGURA 1
ORGANIGRAMA ACTUAL DEL HOSPITAL
NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM



Fuente: Base de Datos del HNNBB

B. GENERALIDADES DEL BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM.

1. Antecedentes

El Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom surgió a raíz de la necesidad de la existencia de un nosocomio para la atención a la población infantil; es así como el Banco de Sangre surge al mismo tiempo que el hospital como uno de los principales servicios de apoyo para el tratamiento de los pacientes, y pasó a formar parte de la estructura orgánica del hospital dentro de la unidad de Anestesiología para brindar un servicio conjunto, diez años más tarde se separa como una unidad funcional; a finales de 1992 se integra al Laboratorio Clínico del hospital todo ello para facilitar la administración siendo el Banco de Sangre una sección del Laboratorio.

En Marzo del 2002, cuando el Banco el Sangre por significar de nuevo un centro de costos que abarca más del 60% del presupuesto asignado al Laboratorio, decide separarse y formar de nuevo una unidad orgánica independiente del laboratorio, contando con su propia administración, presupuesto, recurso humano, recurso tecnológico, etc.; no perdiendo la estrecha relación que tiene con esta unidad orgánica.

El Banco de Sangre actualmente presta el servicio las veinticuatro horas del día, siete días a la semana, los trescientos sesenta y cinco días al año, relacionándose con las áreas de Contratación y Adquisiciones, Recurso Humano, Almacenes del Hospital, Control de Esterilización, Laboratorio, Departamento de Enfermería, Dirección Médica, Transporte, Red de Hospitales Nacionales, Centro de Sangre de Cruz Roja, Hospitales Privados, Empresas Privadas de Donantes Voluntarios, etc.

Por otra parte, actualmente el Banco de Sangre del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom cuenta con la tecnología de punta para sus procesos y a la vez con un personal altamente calificado entre los cuales cabe mencionar:

- 1 Jefe del Banco de Sangre
- 14 Licenciados en Laboratorio Clínico
- 1 Secretaria
- 1 Encargado de Cristalería
- 2 Ordenanza

Por lo tanto, se considera al Banco de Sangre una unidad de vital importancia ya que el servicio que presta es de gran representatividad para la existencia de sus demandantes (pacientes de 0 - 12 años).

2. Definición de Banco de Sangre

Con el paso del tiempo los Bancos de Sangre se han desarrollado dentro de los Hospitales, adquiriendo un papel de mayor relevancia debido a que su principal función es proporcionar la sangre y los hemoderivados a los pacientes en el momento que se necesita. Por lo que es necesario definir qué es un banco de sangre:

Banco de Sangre es la institución que se encarga de la promoción de la donación de sangre, la selección de donantes, la extracción de sangre entera o hemocomponentes de aféresis⁵, procesamiento, calificación inmunohematológica, calificación serológica, criopreservación, conservación, distribución y control de calidad de los productos y los servicios.⁶

3. Misión⁷

"Somos el servicio responsable de la captación, procesamiento, almacenamiento y distribución de sangre y componentes, bajo estrictos estándares de calidad para brindar servicios seguros a

⁵ Aféresis Es el procedimiento por medio del cual, en forma manual o mecánica, se extrae selectivamente vivo un componente sanguíneo con restitución de los demás componentes de la sangre.

⁶ Organización Panamericana de la Salud. "Estándares de Trabajo para Bancos de Sangre", Segunda versión. Colombia 1999. Pág. 72

⁷ Base de datos de Banco de Sangre del HNNBB

la población que lo necesite, contamos con un equipo de Profesionales altamente calificados, para contribuir a la recuperación inmediata de la población infantil de 0 - 12 años”.

4. Visión⁸

“Ser un Banco de Sangre regionalizado que para el año 2007 se abastezca en un 50% de donantes voluntarios altruistas así como también con recurso humano para consolidar el Sistema de Calidad y optar a la Certificación de Productos y Servicios que ofrecemos”

5. Objetivos⁹

♦ General

Promover, captar, procesar, almacenar y distribuir sangre y sus derivados, bajo estrictos estándares de Calidad con el fin de garantizar siempre la seguridad transfusional.

♦ Específicos

1. Atender donantes de sangre, voluntarios y de recepción.
2. Colectar sangre en puestos móviles y fijos.

⁸ Ibid.

⁹ Ibid.

3. Realizar estudios Serológicos e inmunohematológicos a donantes.
4. Realizar pruebas inmunohematológicas diagnósticas a pacientes.
5. Promover la donación voluntaria altruista.
6. Distribuir oportunamente los hemoderivados (que nunca falte sangre).

6. Metas¹⁰

- Aumentar del 22% al 40% la donación voluntaria altruista de sangre al finalizar el año 2005
- Adelantar en un 50% para diciembre de 2005 el Sistema de Gestión de la Calidad.
- Lograr que para diciembre del 2005 se haya conformado el comité transfusional hospitalario.

7. Importancia

Los Bancos de Sangre son de gran importancia ya que abastecen a los hospitales de hemoderivados los cuales son utilizados para ayudar a prevenir y controlar enfermedades que los pacientes presentan en dicha institución.

¹⁰ Ibid.

Por lo tanto, en los hospitales de El Salvador los Bancos de Sangre representan un área vital en la que se debe llevar procedimientos definidos de tal forma que estos permitan que el servicio se de con eficiencia.

Asimismo, los Bancos de Sangre deben de contar con una organización que les permita alcanzar y mantener la calidad en la selección del donante, en la recolección de sangre, en las pruebas del receptor, en la transfusión de sangre y sus componentes para la optimización del servicio.

Por otra parte esta unidad orgánica es de suma importancia debido a que del control de calidad que esta posea dependerá la calidad de la sangre para las transfusiones y así evitar el aumento del nivel de contagio de enfermedades infecciosas como el VIH SIDA vía las transfusiones.

8. Marco Legal

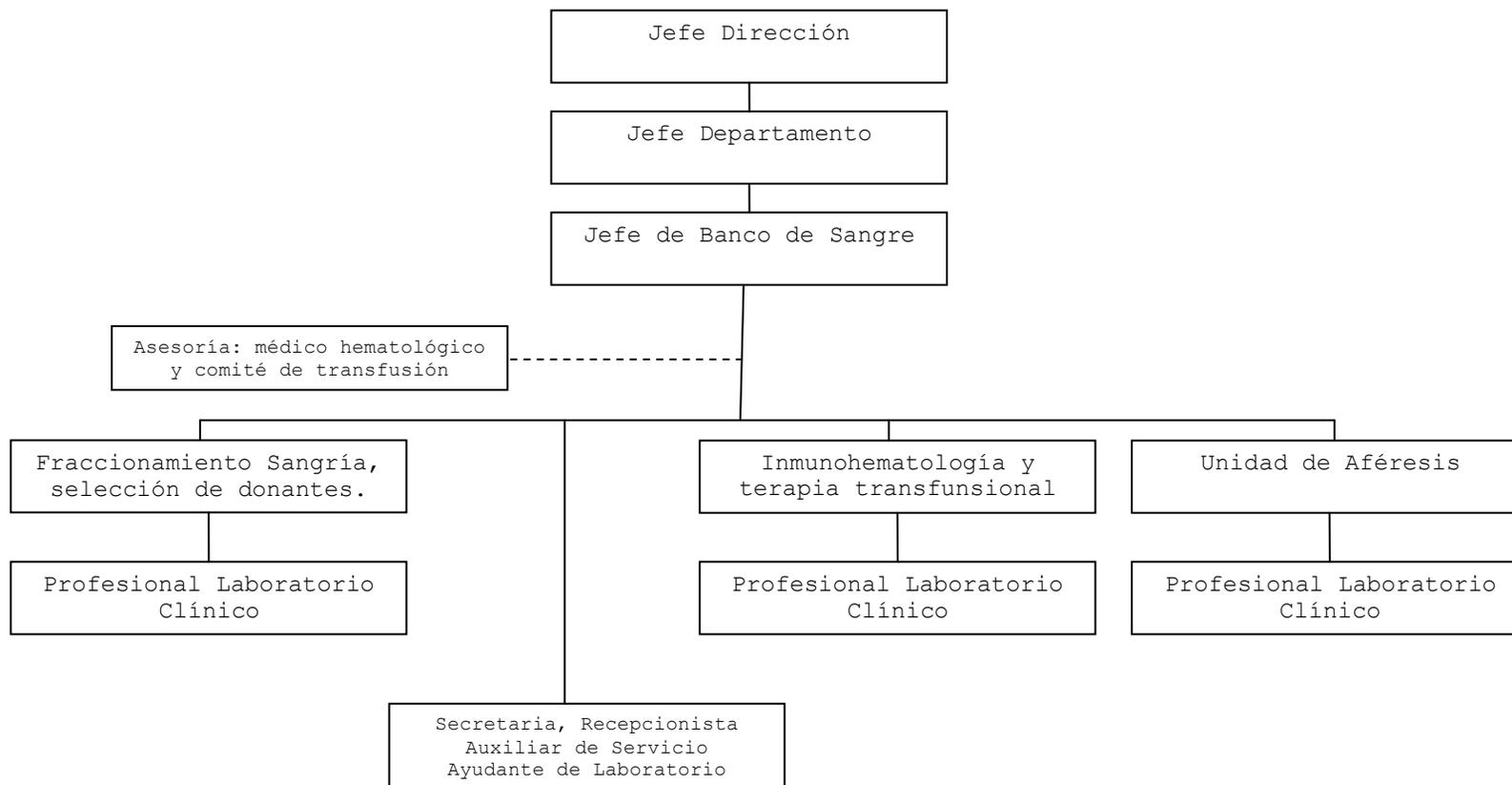
La base legal del Banco de Sangre del HNNBB está regulada por:

- I. Constitución de la República del Salvador. (ver anexo 1)
- II. Reglamento de los Bancos de Sangre y Medicina Transfusional. (ver anexo 2)

9. Estructura Organizativa

El Banco de Sangre del Hospital de Nacional de Niños Benjamín Bloom, esta conformado por doce Unidades Orgánicas, las cuales se representan en el siguiente organigrama (Figura 2):

FIGURA 2
 ORGANIGRAMA ACTUAL DEL BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM



FUENTE: Base de Datos del HNNBB

Después de haber conocido la estructura organizativa del Banco de Sangre del HNNBB, se procede a detallar los principales procesos que se llevan a cabo en dicha unidad.

10. Principales Macro-Procesos de un Banco de Sangre

Antes de mencionar los principales procesos que se realizan en el Banco de Sangre del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, es necesario determinar los siguientes conceptos:

✦ PROCESO

Proceso es un conjunto de actividades que transforma elementos de entrada en elementos de salida.

Según Drovetta, Guadagnini. 1999, Proceso son las técnicas que facilitan la aplicación del esfuerzo organizado a la actividad del grupo. Serie de actividades que llevan una secuencia lógica.

✦ MACROPROCESO

Es el análisis del comportamiento de grupos de procesos importantes en el accionar de una organización.

Los siete macro- procesos (Ver anexo 3) que se llevan a cabo en el Banco de Sangre están conformados por sub-grupos de procedimientos que aproximadamente son un total de 195.

A continuación se consideran los grupos más importantes:

- Procedimiento de Colecta de Sangre.
 - ✚ Colecta Intramolares.
 - ✚ Colecta Extramolares.
- Procedimiento de Promoción de la Donación.
- Procedimiento Administrativo.
- Procedimiento de Estudio Serológicos.
- Procedimiento de Fraccionamiento.
- Procedimiento de Estudio Inmunohematológicos.
- Procedimiento de Control de Calidad.

A continuación se detallan de una mejor manera en lo que consiste cada Macro - Procedimiento:

✚ PROCEDIMIENTOS DE COLECTAS

Es un macro proceso que inicia con la promoción de donación de sangre, continua con la selección y luego con la colecta de sangre; este procedimiento tiene como objetivo la colección de sangre segura.

✚ PROCEDIMIENTO DE PROMOCIÓN DE LA DONACIÓN

Es el proceso a través del cual se dispone de sangre gratuita por medio de donantes voluntarios.

PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO

Este procedimiento se refiere a todos los procesos que realiza el personal del Banco de Sangre en el área administrativa.

PROCEDIMIENTOS DE ESTUDIOS SEROLÓGICOS

Encierra todos los procesos mediante los cuales se hace el estudio de la sangre para detectar las enfermedades infecciosas en la sangre las cuales pueden ser transmitidas a los pacientes por medio de una transfusión.

PROCEDIMIENTO DE FRACCIONAMIENTO

Esta formado por un grupo de procesos, los que contienen procedimientos a través de los cuales la sangre es separada en sus componentes, cuyo objetivo es separar todos los elementos de la sangre para poder almacenarlos de una forma adecuada y así obtener cada derivado a su temperatura a tiempo para conservar la viabilidad de estos.

PROCEDIMIENTOS DE ESTUDIOS INMUNOHEMATOLÓGICOS

Comprende todos los procesos encaminados a todos los estudios inmunohematológicos de los pacientes y donantes.

PROCEDIMIENTOS DE CONTROL DE CALIDAD

Es el conjunto de pruebas realizadas cada vez que se efectúa un análisis que asegure que los resultados obtenidos son los correctos.

♦ **MICROPROCESOS**

Es el análisis del comportamiento individual de los procesos que se agrupan en macro-procesos en el accionar de una institución. A continuación se detallan los micro-procesos que se llevan a cabo dentro del Banco de Sangre del HNNBB:

PROCEDIMIENTOS DE BANCO DE SANGRE HNNBB

PROCEDIMIENTOS DE COLECTA

PESO CORPORAL
 MEDICIÓN PRESIÓN ARTERIAL
 CHARLA EDUCATIVA A DONANTES
 ENTREVISTAS A DONANTES
 ROTULADOS DE BOLSAS DE SANGRÍA Y TUBO PILOTO
 RECTIFICACIÓN DE DONANTES
 PREPARACIÓN DE BRAZO PARA VENOPUNCIÓN
 FLEBOTOMIA
 CUIDADOS POST DONACIÓN
 TRANSPORTE INTERNO DE LAS UNIDADES COLECTADAS

PROCEDIMIENTOS DE PROMOCIÓN

PROMOCIÓN DE LAS DONACIONES VOLUNTARIAS

PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

REPOSICIÓN DE COMPROBANTE DE DONACIÓN

PROCEDIMIENTOS DE SEROLOGÍA

SEROLOGÍA DE SIFÍLIS R.P.R.

PROCEDIMIENTOS DE INMUNOHEMATOLOGÍA

CLASIFICACIÓN DE GRUPO SANGUÍNEO PARA EL SISTEMA ABO Y RH
 PREPARACIÓN DE CELULAS PARA REALIZAR TIPO INVERSO
 DETERMINACIÓN DE TIPO SANGUÍNEO INVERSO
 REALIZACIÓN DE RASTRO DE ANTICUERPOS IRREGULARES EN DONANTES
 VALIDACIÓN DE MUESTRAS
 PREPARACIÓN DE CELULAS, CONTROL DE COOMBS
 PREPARACIÓN DE HEMODERIBADOS (plasma) PARA TRANSFUSIÓN
 PREPARACIÓN DE HEMODERIBADOS PARA EN PACIENTES MENORES DE 4 MESES
 TRANSFUSIONES DE URGENCIA
 ALMACENAMIENTO DE MUESTRAS
 PREPARACIÓN DE HEMODERIBADOS EMPACADOS
 TRANSPORTE INTERNO DE HEMODERIBADOS
 ALMACENAMIENTO DE HEMODERIBADOS PREPARADOS
 ETIQUETADO
 PRUEBA DE COMPATIBILIDAD (pruebas pre-transfusión)
 PREPARACIÓN DE SANGRE RECONSTRUIDA O MODIFICADA
 RASTRO DE ANTICUERPOS IRREGULARES EN PACIENTES
 REGISTRO E HEMODERIBADO PREPARADO EN LIBROS CUANDO NO HAY SISTEMA

COOMBS INDIRECTOS
 PREPARACIÓN DE HEMODERIBADOS EN PACIENTES MENORES DE 4 MESES
 REPARACIÓN DE HEMODERIBADOS (CONCENTRADO DE PLAQUETAS PARA
 TRANSFUSIÓN)
 DESPACHO INTERNO DE HEMODERIBADOS
 EXISTENCIA DE HEMODERIBADOS
 DOCUMENTACIÓN DE HEMODERIBADOS PREPARADOS EN LA SOLICITUD DE
 TRANSFUSIÓN

PROCEDIMIENTOS DE FRACCIONAMIENTO

SEPARACIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS EMPACADOS
 PREPARACIÓN DE PLASMA FRESCO CONGELADO
 OBTENCIÓN DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS A PARTIR DE P.R.P.
 PREPARACIÓN DE CRIOPRECIPITADOS A PARTIR DE A-70
 POOL DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS
 PREPARACIÓN DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS DE VOLUMEN REDUCIDO

PROCEDIMIENTOS DE CONTROL DE CALIDAD

CONTROL DE CALIDAD DE EQUIPO
 CONTROL DE CALIDAD DE BAÑO DE MARÍA (funcionamiento)
 CONTROL DE CALIDAD DE BAÑO DE MARÍA (limpieza)
 CONTROL DE CALIDAD DE BAÑO SECO TOMA TEMPERATURA
 CONTROL DE CALIDAD DE BAÑO SECO
 CONTROL DE CALIDAD DE ROTADORES SEROLÓGICOS, EXTRACTOR DE PLASMA

11. Servicios que Presta el Banco de Sangre

Los servicios que el Banco de Sangre del HNNBB presta son los siguientes:

- Promoción de la Donación de Sangre:

Es el proceso a través del cual se dispone de sangre gratuita por medio de donantes voluntarios.

- Selección de Donante:

Es el conjunto de estrategias empleadas para asegurarse que la extracción de sangre a un individuo no va a resultar nocivo para él mismo ni para los/as eventuales, receptores/as.

- Extracción de Sangre Entera o Hemocomponentes de Aféresis:

Este es de dos clases: Extracción centralizada y extracción descentralizada.

- Extracción Centralizada: es la extracción de la sangre que se realiza en una planta física fija y permanentemente adaptada a tales efectos.
- Extracción Descentralizada: es la extracción de sangre que se realiza por medio de una unidad móvil, dentro de la misma o en locales transitorios, previa coordinación local.

- Calificación Serológica:

Es el análisis de los marcadores infecciosos transmisibles por transfusión aplicada a una muestra de sangre obtenida de cada donante.

- Criopreservación:

Es la conservación a bajas temperaturas de un hemocomponente o elementos progenitor medular hemocitopoyético.

- Procesamiento de Hemoderivados:

Son los métodos físicos y químicos utilizados para obtener los productos por medio del laboratorio de fraccionamiento de plasma, preparados y purificados con soluciones expansoras de volumen sanguíneo.

C. ASPECTOS TEÓRICOS SOBRE CALIDAD

1. Antecedentes de la Calidad

A lo largo de la historia la **calidad** se ha entendido de diferentes maneras, cada persona aplica sobre cualquier producto o servicio valores subjetivos que pueden modificar la percepción de la calidad del mismo.

A continuación se presenta la evolución de los intentos del hombre para obtener un producto o servicio de calidad¹¹:

¹¹ Grifols Espes, Joan y Otros. "Gestión en el Banco de Sangre". Editorial Pécalo. España. 1998. Pág. 79.

♦ *La Calidad en la Época Artesanal*

Teniendo en cuenta que los productos eran elaborados prácticamente a encargo del consumidor, y que en el momento de la recepción o compra del producto se establecía un contacto directo entre el cliente y el productor, en casi todos los casos se conocía el grado de satisfacción que provocaba el producto en el destinatario final. Un *producto de calidad* sería aquel que cumpliera con lo que el cliente esperaba de él. La calidad era algo que estaba inherente en cada producto.

♦ *La Calidad en la Época Industrial*

Es importante aclarar que, al surgir la revolución industrial se cambian los pequeños talleres de artesanos, por grandes centros de producción en la que los productos eran hechos en cadena. Este cambio obliga a un planteamiento radicalmente diferente, ya que los operarios no conocían las características requeridas por el consumidor y además el grado de satisfacción de este ya no se recibía directamente.

Frederick W. Taylor plantea en 1911 que "La dirección debe definir la tarea de cada uno de los operarios especificando el método que deben de usar y cuantificando el tiempo que deben emplear en realizarla".

Entre los cambios que se producen destaca la distribución de tareas y responsabilidades para lo cual se elaboran procedimientos escritos detallando los procesos. En estos aparece el *supervisor de productos* cuya misión es la de ver si se cumplen las especificaciones escritas para cada producto por lo que nace el *controlador de la calidad*.

✦ **La Calidad en la Época Actual**

Es hasta en esta época que se desarrolla de manera importante el concepto de calidad, siendo destacables tres enfoques que dieron luz para definir la calidad como se entiende hoy en día:

- En 1956 Feigenbaum habla de **calidad total** al sentenciar que "la calidad es trabajo de todos y cada uno de los que intervienen en cada etapa del proceso productivo".
- En 1960 se crean en Japón los **círculos de calidad**, son grupos de 5 a 10 trabajadores que de manera voluntaria realizan reuniones para analizar problemas en su trabajo, buscan soluciones y las transmiten de manera ascendente en la cadena de mandos a fin de que se puedan llevar a cabo estas mejoras.

- En 1961 Philip B. Crosby plantea la fabricación con **cero defectos** asegurando, que es posible lograr productos con cero defectos siempre que se cuente con la motivación de los trabajadores, para lo cual es imprescindible, el apoyo y el estímulo por parte de la dirección.
- En la actualidad se habla de **Gestión Total de la Calidad**, entendida como un factor estratégico y un elemento competitivo vital para la supervivencia y desarrollo de la empresa.

Hasta ahora se trata la manera de entender la calidad y las diferentes iniciativas encaminadas a conseguirla, pero todavía no se ha definido claramente.

La Real Academia Española define la **calidad** como: "Conjunto de propiedades y características de un producto o servicio, que le confieren su aptitud para satisfacer una necesidad expresada o implícita".

De todos los protagonistas antes mencionados, el que más se esforzaba por obtener un producto de calidad (aunque no fuera consciente del concepto) era el artesano, puesto que él sabía que el éxito de su producto dependía de una manera directa de la satisfacción que este produjese en el cliente y además, por su

propio interés estudiaría la manera de que los costes fuesen los mínimos posibles para él, siempre y cuando el producto cumpliera las especificaciones pactadas.

Se puede apreciar que la visión de los artesanos era bastante correcta, y simplificando la definición anterior se dice que: *Calidad es lograr la satisfacción del cliente así como la conformidad con sus requisitos y necesidades respecto al producto ofertado.*

2. Definición de Calidad

La calidad es considerada como la característica deseable de un producto final resultando en la medida entre el riesgo y el beneficio optimizado.

Por lo tanto, la calidad puede ayudar a motivar al personal y aumentar su satisfacción en el trabajo, lo que se traduce en mejores servicios, iniciando está en nuestras acciones, si estas son de calidad, entonces el servicio será de calidad por lo tanto esta se logra con la participación de todos los que están involucrados en el proceso.

Conceptualizando el término se puede decir que Calidad es:

"El producto o servicio que satisface las expectativas del cliente o los excede".¹²

"El nivel de excelencia que la empresa ha escogido alcanzar para satisfacer a su clientela clave".¹³

3. Importancia de la Calidad

La calidad es un tema de máxima actualidad, tanto que no hay empresa que se precie que no disponga o crea necesario disponer de un sistema que asegure la calidad de sus productos e incremente su capacidad para competir en el mercado de una manera eficaz. Por lo tanto, para que una empresa sea competitiva debe de buscar en primer lugar la supervivencia en el mercado, luego ser administrada bajo un nivel de calidad poniendo en práctica un proceso de mejoramiento permanente en sus procedimientos, estructura organizacional, cultura y todas aquellas actividades relacionadas con el servicio al cliente teniendo en cuenta que la filosofía de la calidad es hacer bien las cosas desde que se inicia hasta que finalizan dando como resultado un producto o servicio a los clientes, así las organizaciones estarán asegurando su participación competitiva en los mercados.

¹² Singh Soim, Sarv. "Control de Calidad Total": Claves y Metodologías para el Éxito. Mc Graw Hill INTERAMERICANA EDITORES S.A. de C.V., México 1997. Pág. 6

¹³ Serie de Mc Graw Hill. "La Calidad del Servicio". Tomo III. Colombia 1994. Pág. 1

4. Filosofía de la Calidad¹⁴

A través del tiempo muchas personas han realizado sustanciales contribuciones a la calidad en su teoría y práctica, tres de ellos W. Edwards Deming, Joseph M. Juran y Philip B. Crosby siendo caracterizados los gurús de la administración de la calidad, sus contribuciones han tenido profundo impacto en empresas para alcanzar niveles de calidad.

Para el Dr. Edwards Deming, la principal aportación fue el control estadístico del proceso, que se resume en una sola frase: "Quién no recuerda su pasado está condenado a repetir sus errores; sólo con la estadística podemos tomar las mejores decisiones, tomando datos, ordenándolos, analizándolos e interpretándolos de manera sencilla pero consistente". Este define la calidad total como:

¹⁴ Ada Lorena castellanos. "Propuesta de Normalización Aplicando ISO 9000 en la Prestación de Servicios a los Exportadores en el Banco Central de Reserva de El Salvador". 2004. P.13

"El cumplimiento satisfactorio a las necesidades del consumidor, ajustando el producto al usuario". En general a Deming se le considera uno de los grandes tratadistas de la calidad total.

Dentro de los grandes cambios que ha sufrido la filosofía de la calidad, el Dr. Joseph Juran da a conocer sus aportaciones, ha escrito manuales completos sobre control de calidad, en donde hace mucho énfasis en mejorar continuamente a través de grupos de trabajo, él sugiere que se inicie desde la gerencia y se vayan formando en toda la organización, capacitándolos, aprendiendo una metodología que vaya abordando problema por problema y que de esta manera se va ir logrando la mejora continua de la calidad.

El Dr. Juran define calidad como: todas las actividades a través de las cuales alcanzamos el cumplimiento de uso, no importando donde se desarrollen esas actividades.

Philip B. Crosby, es el otro tratadista de la calidad considerado gurú de la calidad, su aportación es haber interpretado a los grandes de la calidad Deming y Juran; dando las Principales ideas que estos postularon en palabras sencillas. El concepto de calidad que plantea esta conformado por los cuatro fundamentos siguientes:

- ❖ Definición (cumplimiento de requisitos).
- ❖ Sistema (prevención).
- ❖ Estándar de comportamiento (cero desviaciones).
- ❖ Medición (costos de la calidad).

Crosby, se enfatiza principalmente en el comportamiento del uso de los procesos de la administración y de la organización, más que técnicas estadísticas para modificar culturas y actitudes corporativas orientadas a la calidad.

5. Característica Principal de la Calidad

La Calidad se considera como la característica inherente de un producto, proceso o sistema relacionado con un requisito que exige o espera el cliente en el momento de adquirir un producto o servicio, procurando satisfacer una determinada necesidad en el sentido que posea una buena calidad.

6. Elementos de la Calidad

Toda institución debe de contar con una serie de elementos que faciliten la aplicación de la calidad en el servicio que prestan al usuario, entre los cuales cabe mencionar:

- Controles de Calidad
- Garantía de Calidad
- Protocolo.
- Gestión de la Calidad.

7. Sistema de Calidad

7.1 Definición

La aplicación de un Sistema de Calidad en una Institución o Empresa es de mucha importancia y utilidad debido a que su principal objetivo es lograr que los clientes estén satisfechos con los productos y servicios que se les ofrece.

Por lo tanto, un Sistema de Calidad puede definirse como:

“La integración de responsabilidades, estructura de la organización, procedimientos y recursos que se establecen para llevar a cabo la gestión de calidad”¹⁵.

Por lo cual un Sistema de Calidad debe de ser un medio para asegurar la conformidad de los productos con las especificaciones. Esta documentación debe estar compuesta por un Manual de Calidad, Procedimientos implantados eficazmente en el Sistema de la Calidad, Instrucciones de Trabajo y Registro de Calidad.

¹⁵ Organización Panamericana de la Salud. “Estándares de Trabajo para Bancos de Sangre”, Segunda versión. Colombia 1999. Pág. 6

7.2 Desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad

El Sistema de Gestión de la Calidad se refiere a todas las actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad, en el se determinan políticas, objetivos y responsabilidades y la implanta por medio de la planeación, el control, el aseguramiento y el mejoramiento de las misma dentro del sistema.

A continuación se detalla cada una de los elementos que lleva un Sistema de Calidad:

7.2.1 Objetivos de la Calidad

Los objetivos generalmente se basan en la política de la calidad de la organización y además se especifican para los niveles y funciones pertinentes de la organización, por lo tanto, los objetivos representan un resultado ambicioso o pretendido, relacionado con la calidad.

7.2.2 Política de la Calidad

En toda organización es necesario definir su política ya que esta servirá de guía en la consecución de los objetivos de la misma, por lo tanto la Política de la Calidad es coherente con la política global de la organización debido a que proporciona

un marco de referencia para el establecimiento de los objetivos los cuales son elaborados por la alta dirección.

Conceptualizando la Política de la Calidad es: "La declaración documentada que guía los servicios mediante directrices y objetivos generales a satisfacer las expectativas de los clientes y usuarios. Debe incluir pronunciamiento acerca de los aspectos relevantes de la actividad que realiza la organización".¹⁶

7.2.3 Manual de la Calidad

La elaboración de un manual es importante para toda organización, porque describe la estructura de la empresa lo cual contribuye a la orientación y guía para que los empleados puedan realizar sus funciones con calidad.

Por lo tanto, el Manual de la Calidad es: "El documento que demuestra la política y estructura y sirve de guía a su personal para conocer el sistema, definiendo las responsabilidades y procedimientos de trabajo"¹⁷

¹⁶Pérez Ramírez, Mirna Elizabeth. "Estándares de Trabajo de Banco de Sangre: Selección de Donantes de Sangre". Primera Edición. San Salvador, El Salvador. Editorial OPS/OMS. 2000 P. 58.

¹⁷Ibid. P. 57

El Manual de la Calidad deberá incluir:

- ✓ Política de la Calidad.
- ✓ Objetivos de la Calidad.
- ✓ Estructura de la Organización.
- ✓ Procedimientos de la Calidad.
- ✓ Documentación del Sistema de la Calidad.

Finalmente, cabe mencionar que los Manuales de la Calidad pueden variar en cuanto a detalle y formato, para adecuarse al tamaño y complejidad de cada organización en particular.

7.2.4 Procedimientos

Los procedimientos son la parte más importante del Sistema de Gestión de la Calidad, dado que estos reflejan con exactitud la operación que describen definiendo quien es el responsable de la actividad, como hacer la actividad, cuando hacer la actividad y cuales son los registros que surgen de dichas actividades.

Los procedimientos definen la forma en que funciona la organización de cada área de actividad y como se relacionan las actividades entre sí.

Para la Norma ISO 9000:2000, los procedimientos son la forma específica para llevar a cabo una actividad o un proceso, los cuales se transforman en entradas y salidas.

7.2.5 Registros

Los registros son el control de documentos, aspectos importantes del proceso, debido a que establecen las metodologías de documentación, cuando se han realizado revisiones, estas generan cambios en los procesos y métodos de la empresa, ayudando al Sistema de Gestión de la Calidad a seguir el paso de la evolución de la empresa y de nuevas tecnologías.

Por lo tanto, el establecimiento de registros sirve para mantener la actualización y movimientos del sistema, estos registros deben tener un mismo formato y deben estar firmados por la persona autorizada.

Según la Norma ISO 9000:2000, registro es el documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

8. Servicios de Atención al Donante

8.1 Definiciones

▪ Servicio

Según Cantú Delgado (2001), un servicio es una actividad o conjunto de actividades de naturaleza casi siempre intangible que se relaciona mediante la interacción entre el cliente, el

empleado y las instalaciones del servicio, con el objeto de satisfacer un deseo o necesidad.

Es importante mencionar, que la interacción de servicios no siempre se da entre dos personas ya que está puede ser entre dos humanos donde interactúan los sentimientos y emociones de ambos; también puede darse entre un humano y una máquina en donde la máquina es la que ofrece el servicio y finalmente puede ocurrir entre dos máquinas.

- **Donante**

Se define como "la persona altruista que dona sangre, plasma u otro componente de la sangre por voluntad propia, sin recibir pago alguno ya sea en efectivo o en especie que puedan considerarse sustituto del dinero"¹⁸

8.2 Importancia

Para toda institución es vital ofrecer un excelente servicio a los usuarios ya que, de este depende la percepción que ellos tengan, lo cual contribuye a mantener una fidelidad de estos

¹⁸ Colegio de Microbiólogos y Químicos Clínicos de Costa Rica. "Norma para la Organización y Funcionamiento de Bancos de Sangre de Costa Rica". 2004.

o la declinación de la reputación de los servicios que se dan en la Institución.

Ante esta realidad, se hace necesario que la atención al usuario sea de la más alta calidad, con información concreta y precisa, con un nivel de atención adecuado para que la persona que recibe el servicio, no solo tenga idea de este, sino además considere la calidad del recurso humano y técnico con el que va a estar relacionado.

Por lo tanto, se debe brindar un servicio con un nivel de calidad siempre superior a la competencia y así mantener a los usuarios satisfechos, siendo estos más fieles a la organización que aquellos que no hayan recibido un buen servicio.

8.3 Elementos de Atención al Donante

Es fundamental en toda Institución que el servicio que prestan sea realizado bajo un conjunto de elementos que generen un servicio con calidad al donante tales como la responsabilidad, respeto, confianza, simpatía, flexibilidad y comprensión, ya que estos elementos ayudan a que el personal se identifique más con las funciones que realizan dando origen a una mejor atención al usuario.

D. ASPECTOS TEÓRICOS DE LA NORMA ISO 9001:2000

1. Antecedentes de las Normas ISO 9000

Según diferentes autores en 1946 y otros en 1947, se fundó en Londres Inglaterra, la International Organization for Standardization (Organización Internacional para la Normalización), llamada por costumbre por sus siglas ISO¹⁹. Se trata de una federación fundada para promover el desarrollo de las normas internacionales y actividades relacionadas que incluye la valoración de conformidad para facilitar el intercambio de bienes y servicios en el ámbito mundial. La ISO es un organismo mundial formado para organizaciones públicas y privadas, es una organización cuya misión es desarrollar Normas para facilitar el comercio internacional, tiene su sede en Ginebra y esta conformado por los organismos de normalización de 120 países.

Las Normas ISO 9000 son un conjunto de normas y directrices internacionales para la Gestión de la Calidad que, desde su publicación inicial en 1947, han obtenido una reputación global

¹⁹ International Organization for Standardization por costumbre se le ha llamado ISO por sus siglas que hacen parecer tal en el nombre de cada norma Internacional, verbi gracia ISO 9000, ISO14000, etc. Sin embargo en estos casos el prefijo ISO quiere decir "igual", como en la palabra isométrica, isósceles, etc.

como base para el establecimiento de Sistemas de Gestión de la Calidad.

Esto ha dado como resultado que en la actualidad existen más de 200,000 organizaciones certificadas en todo el mundo, así como muchas más en proceso de definir e implantar Sistemas de Gestión de la Calidad. Es importante aclarar que los protocolos de ISO requieren que todas las Normas sean revisadas al menos cada 5 años para determinar si deben mantenerse, revisarse o anularse.

2. Definición de las Normas ISO

Existen varias definiciones de las Normas ISO, para la presente investigación se retoman las siguientes:

“Es la orientación a la estandarización de los sistemas de calidad y no están asociados a ningún producto en particular; esto es a los procesos que se derivan de los productos o servicios. Para poder funcionar como una norma genérica se hace obligatoria la utilización de métodos, técnicas y procedimientos específicos y se enfoca hacia principios, metas y objetivos;

todos ellos relacionados con el cumplimiento y satisfacción de las necesidades y requerimientos del consumidor”²⁰

“Es el marco de referencia para desarrollar un sistema de aseguramiento de la calidad que le permite estructurar, de forma explícita, la organización, obteniendo mejoras en la ejecución y coordinación; además formaliza los procesos de trabajo, mejorando el funcionamiento y eficiencia, así como asegurar que sus productos satisfagan requisitos definidos por el cliente”²¹

3. Importancia

Las Normas ISO 9000, han tomado un papel como estándar internacional para lograr la competitividad a través del aseguramiento de la calidad, se presentan como una de las principales opciones a escala mundial; puesto que garantiza la existencia de un sistema de calidad capaz de cumplir con los requisitos para enfrentar nuevos desafíos que actualmente exige el mercado.

²⁰ Cantú Delgado, Humberto. “Desarrollo de la Cultura de Calidad”. Mc Graw Hill INTERAMERICANA EDITORES S.A. de C.V., México 1996. Pág. 349

²¹ Moreno Luzón, María. J. Peris, Fernando. González, Tomás. “Gestión de la Calidad y Diseño de las Organizaciones, Teoría y Estudios de Casos”. Editorial PRINTICE HALL. Madrid 2001.

Son muchas las empresas que están implementando las Normas ISO 9000 y muchos los beneficios que han logrado con ellas, la gran mayoría de compañías estadounidense y canadiense, así como las europeas están comenzando a formar parte de esta nueva filosofía de calidad. También se puede mencionar que El Salvador está formando parte de dicha filosofía ya que las empresas como Telefónica de El Salvador, S.A. de C.V. y la Planta de Torrefacción de Café S.A. de C.V. (PLANTOSA) tienen la certificación del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2000.

Entre los principales beneficios que obtiene en la aplicación de las ISO 9000 tenemos: mejor documentación, mayor conciencia sobre la calidad, cambio positivo de la cultura, el incremento en la eficiencia y productividad operacional, así como la mejoría de la comunicación dentro de la compañía finalmente la reducción en los gastos, desperdicios y/o reparaciones y un mejor servicio.

4. Misión

La Norma ISO 9001:2000 tiene como misión:

“Relacionar la Gestión de la Calidad moderna con los procesos y actividades vigentes en una organización, incluyendo la promoción de la mejora continua y el logro de la satisfacción

del cliente. Además se pretende que estas tengan una aplicación global”.

5. Las Nuevas Normas ISO 9000:2000

Con el propósito de atender a las necesidades de las empresas en buscar un mejoramiento continuo de sus operaciones, se ha formado un enfoque más amplio de calidad, la Organización ISO inició en 1999 una profunda revisión de las Normas ISO que significa: Organización Internacional de Normalización, es una federación mundial de los organismos nacionales de normalización, tiene por finalidad promover la normalización y actividades relacionadas a ella, para agilizar el intercambio de bienes y servicios y estimular la cooperación a nivel científico, económico, tecnológico e intelectual, todo ello a nivel mundial.

6. Estructura de la Norma ISO 9001:2000

Para efecto del estudio se presenta la estructura básica de la Norma ISO 9001:2000, ya que es la que se utilizará para el diseño del Sistema de Calidad en el Banco de Sangre del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.

A continuación se presentan los 8 requisitos que conforma la estructura de la Norma ISO 9001:2000.

ESTRUCTURA DE LOS REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2000

0. Introducción
1. Objeto y Campo de Aplicación
2. Normas para Consulta
3. Términos y Definiciones
4. Sistema de Gestión de la Calidad
5. Responsabilidad de la Dirección
6. Gestión de los Recursos
7. Realización del Producto
8. Medición, Análisis y Mejora

Capítulo II.

"DIAGNÓSTICO SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA CALIDAD EN EL BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM."

El presente capítulo está conformado por los objetivos de la investigación de campo, la metodología que incluye los métodos, tipos y fuentes de información, los cuales se utilizaron para elaborar el diagnóstico de la situación actual del Banco de Sangre del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.

Después de haber realizado el diagnóstico de la investigación se dan a conocer las conclusiones y sus respectivas recomendaciones.

A. INVESTIGACIÓN DE CAMPO

En este apartado se desarrolla la metodología utilizada para llevar a cabo la investigación de campo en el Banco de Sangre del HNNBB, teniendo como base los aspectos que contribuyeron o limitaron a la realización de la investigación.

1. Importancia de la Investigación

La realización de la investigación es importante, debido a que por medio de esta se logró conocer y comprobar el servicio que

ofrece el Banco de Sangre del HNNBB a sus usuarios, así mismo, se identifica el grado de satisfacción de los empleados que laboran en esta Unidad de Servicio y la forma en que es llevada a cabo la administración del Banco de Sangre.

Es importante mencionar, que a través de la investigación se determina la necesidad de elaborar una Propuesta de un Sistema de Calidad Aplicando las Normas ISO 9001:2000 al proceso de servicio que presta a los usuarios el Banco de Sangre, y con ello garantizar la satisfacción de las personas que hacen uso de los servicios que se prestan.

2. Alcances y Limitaciones

En este apartado se señalan los diferentes logros y limitaciones que se presentaron en el desarrollo de la investigación.

Alcances

- Se logró conocer de que manera se atiende a los demandantes del servicio que ofrece el Banco de Sangre, debido a que se permitió el acceso a las instalaciones de esta Unidad de Servicio.
- La mayoría de personas encuestadas brindaron su colaboración.

- Se recopiló la información necesaria para realizar el diagnóstico sobre la atención que se les brinda a los usuarios del servicio que ofrece el Banco de Sangre.

Limitaciones

- El tiempo utilizado para la recopilación de la información fue demasiado extenso, debido a la poca afluencia de donantes al Hospital.
- Asistencia de personas que no tienen mucho conocimiento sobre el tema de la investigación.
- No se tiene la oportunidad de realizar las encuestas durante todo el día, debido a que el proceso de donación se lleva a cabo de 7 a.m. a 12 m.

3. Objetivos

3.1 General

Realizar un diagnóstico de la situación actual que permita proponer un Sistema de Calidad aplicando la Norma ISO 9001:2000 en la prestación del servicio a los pacientes de 0 - 12 años y con ello asegurar la calidad de los servicios que ofrece el Banco de Sangre del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.

3.2 Específicos

1. Analizar cada uno de los procesos del servicio que ofrece el Banco de Sangre para determinar las actividades que no contribuyen a la eficiencia del servicio.

2. Evaluar los procesos de los servicios que se les ofrece a los pacientes por medio de un instrumento (encuesta) que permita conocer la opinión de estos, para indicar las debilidades y fortalezas que posee el Banco de Sangre.

3. Detectar las amenazas y oportunidades que tiene el Banco de Sangre para afrontar los obstáculos que se le presenten y aprovechar al máximo aquellos aspectos que beneficien el funcionamiento de dicha unidad.

4. Hipótesis Básica

Un Sistema de Calidad aplicando la Norma ISO 9001:2000 permitirá asegurar la Calidad del Servicio que ofrece el Banco de Sangre del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.

5. Métodos y Técnicas de Investigación

5.1 Método de investigación

El método utilizado para realizar la investigación fue el científico²²; ya que esta tiene como propósito racionalizar problemas prácticos que están sucediendo en la realidad, dando las soluciones sustentables y realizables al fenómeno por medio de la investigación concretando una respuesta a la situación problemática.

Dentro del desarrollo de la investigación se ha utilizó el análisis y la deducción, debido a que la información se obtuvo a través de la observación de los fenómenos en su ambiente natural, lo cual permitió su análisis sin intervenir en el desarrollo de los datos observados; así como también, la información forma parte de las diferentes afirmaciones que se encontraron dentro de la documentación bibliografica como en aquellas provenientes de otras fuentes, que permitieron la obtención de información relevante e indispensable para la elaboración de la propuesta de un Sistema de Calidad en el Banco de Sangre del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.

²² Guerrero, Fernando. "Guía Básica para realizar Trabajos de Graduación". Instituto de Investigaciones Económicas. Universidad de El Salvador, Facultad de Ciencias Económicas. Febrero 2004. Pág. 65.

5.2 Tipo de Investigación

La investigación que se llevó a cabo fue de tipo correlacional debido a que se da respuesta a preguntas formadas por dos variables consideradas interactuantes en la realidad objeto de estudio, permitiendo medir el grado de relación existente entre lo que el Banco de Sangre puede proporcionar a los demandantes del servicio cuando lo requieren.

El tipo de diseño de la investigación se basó bajo un marco no experimental, ya que se observó el fenómeno tal y como se da en el contexto natural; analizando y estableciendo la descripción de las relaciones que hay entre las variable existentes.

5.3 Fuentes de Información

Para la recolección de la información se partió de dos fuentes:

- *Fuentes de Información Primaria*

Entre la fuentes primarias utilizadas estuvieron: La observación directa y la encuesta dirigida a los donantes seleccionados, empleados y el jefe que conforman el Banco de Sangre del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.

- *Fuentes de Información Secundaria*

Constituye toda la información que se obtuvo de las fuentes indirectas, es decir a través de libros, tesis, websites, revistas y todo tipo de publicaciones consideradas de interés en la rama de Sistema de Calidad y las Normas ISO.

5.4 Técnicas e Instrumentos para Recopilar la Información

Para realizar la investigación sobre el Sistema de Calidad Aplicando la Norma ISO 9001:2000 en el Banco de Sangre del Hospital Nacional de Niños Benjamín de Bloom, se utilizaron las siguientes técnicas e instrumentos:

Encuesta: Para esta técnica se utilizó como instrumento el cuestionario y se elaboró de dos tipos uno dirigido a los donantes (ver Anexo 4) y el otro a los empleados del Banco de Sangre del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom (Ver Anexo 5).

6. Determinación del Universo y la Muestra

6.1 Determinación del Universo

El universo de la investigación se constituyó en primer lugar por el total de personas (donantes) que asistieron a donar al Banco de Sangre del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, los cuales fueron proporcionados por la Jefe del Banco de Sangre, comprendido desde el mes de Abril del año 2003 hasta

Abril del 2004 y en segundo lugar por los empleados que conforman esta unidad organizativa.

Con respecto al universo de empleados, se realizó un censo debido a que la población es finita. En ese contexto, el personal del Banco de Sangre está conformado por 19 empleados de la siguiente manera:

Puesto de Trabajo	No.
• Jefe de Banco de Sangre	1
• Licenciados en Laboratorio Clínico	14
• Secretaria	1
• Ordenanza	2
• Encargado de Cristalería	<u>1</u>
TOTAL	19

Por otra parte en lo que se refiere al universo de los donantes este suma un total de 6000 donantes anuales aproximadamente mayores de 18 años y menores de 60 años con un peso mayor de 110 libras según los requisitos establecidos por esta unidad de servicio, estos datos se obtuvieron al multiplicar el total de donantes mensuales 500 (Datos proporcionados en promedio por la jefe del Banco de Sangre)

por los meses del año. En el Anexo 6 se pueden apreciar mejor estos datos, pero cabe aclarar que los donantes están clasificados de la siguiente manera (Ver Anexo 6):

Pre-Donante: Son todas aquellas personas que están dispuestas a donar sangre.

Donantes: Son todas las personas que han cumplido los requisitos para donar sangre, conocidos también como donantes sangrados.

6.2 Determinación de la Muestra

■ *Determinación de la Muestra de Donantes*

El Banco de Sangre del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, brinda la oportunidad de donar sangre y sus componentes a todas aquellas personas que cumplan los requisitos y que desean ayudar a salvar vidas.

Por lo que se aplicó el muestreo aleatorio simple ya que este método estadístico se adecua al tipo de investigación que se realizó, dado que la población objeto de estudio es finita y necesitamos seleccionar una muestra en la que cada donante tenga la posibilidad de ser escogido.

Para determinar el tamaño de la muestra de los donantes se utilizó la fórmula de poblaciones finitas, partiendo del número de registros de donantes proporcionados por el Banco de Sangre del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.

$$n = \frac{\frac{Z^2 \times q}{e^2 \times P}}{1 + \frac{1}{N} \left(\frac{Z^2 \times q}{e^2 \times P} - 1 \right)}$$

Donde:

n= Tamaño de la muestra.

N= Universo (Para este caso el número de personas registradas como donantes activos desde el mes de abril del 2003 hasta el mes de abril del 2004).

e= Máximo de error posible en la muestra.

q= Grado o probabilidad de fracaso esperada.

P= Grado o probabilidad de certeza esperada da la investigación.

Z= Nivel de confianza.

Asignación de datos para cada variable:

N= 6,000 (Donantes Anuales)

Z= 95% (1.96 Determinación de nivel de confianza según tabla de consulta de Fundamentos de Estadística).

q= 40%

P= 60%

e= 10%

Solución:

$$n = \frac{\frac{(1.96^2) \times 0.4}{(0.10^2) \times 0.6} + 1}{\frac{1}{6000} + \frac{(1.96^2) \times 0.40}{(0.10^2) \times 0.60}} - 1$$

$$n = 245.66 = 246 \text{ Donantes}$$

Por lo cual la distribución total de la muestra se conforma de la siguiente manera:

Unidades de análisis	Cantidad
1. Donantes del Banco de Sangre	246
2. Empleados del Banco de Sangre	<u>19</u>
TOTAL	265

7. Tabulación, Análisis e Interpretación de Datos Recolectados

En el siguiente apartado se presenta la tabulación de los datos recolectados por medio del cuestionario que tiene preguntas cerradas y abiertas, las cuales estas últimas han sido tabuladas en base a las respuestas obtenidas de los encuestados, motivo por el cual el total de respuestas varía en relación al total de encuestados.

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS EMPLEADOS DEL BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM.

PREGUNTA 1.

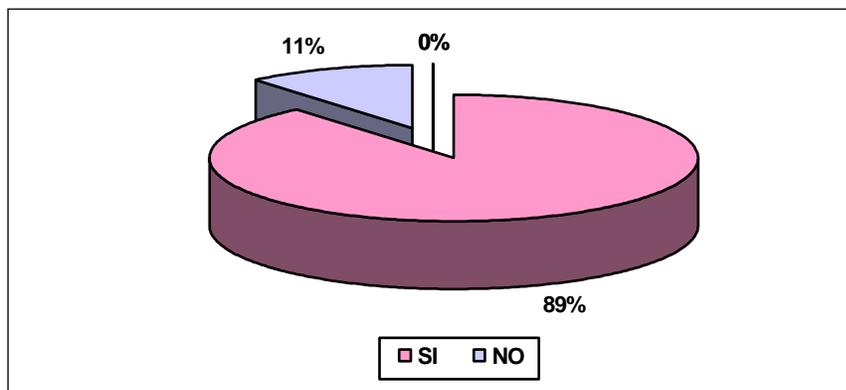
¿Conoce usted lo que es un Sistema de Calidad?

Propósito: Identificar si los empleados del Banco de Sangre tienen conocimiento de lo que es un Sistema de Calidad.

CUADRO No. 1

OPCIONES	NÚMERO DE ENCUESTADOS	PORCENTAJES
SI	17	89 %
NO	2	11%
TOTALES	19	100%

FIGURA No.1

**COMENTARIO**

El 89% de los empleados del Banco de Sangre del HNNBB que fueron encuestados, manifiestan que tienen conocimiento de lo que es un Sistema de Calidad, y un 11% opinó que no. Lo anterior demuestra que la mayoría de los empleados tienen los conocimientos necesarios para facilitar la aplicación de un Sistema de Calidad.

PREGUNTA 2.

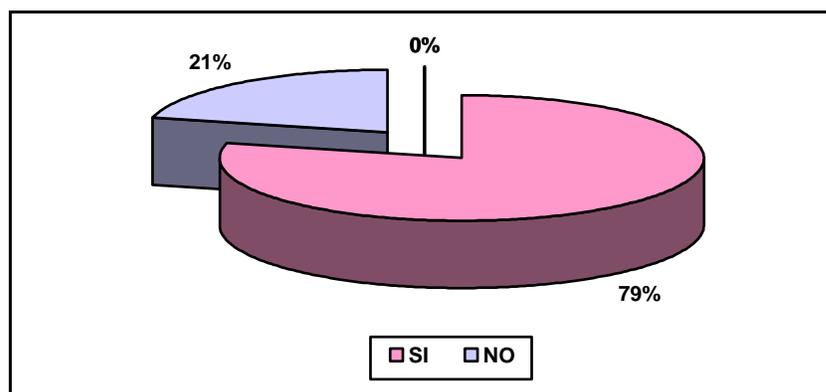
¿El Banco de Sangre posee algún Sistema de Calidad para realizar sus Macro-procesos?

Propósito: Conocer si la unidad de servicio trabaja aplicando un sistema de calidad para determinar si el servicio es prestado con calidad.

CUADRO No. 2

OPCIONES	NÚMERO DE ENCUESTADOS	PORCENTAJES
SI	15	79%
NO	4	21%
TOTALES	19	100%

FIGURA No.2

**COMENTARIO**

El 79% de los encuestados consideran que el Banco de Sangre del HNNBB aplica un Sistema de Calidad básico para realizar sus macro - procesos, y un 21% respondió que no. Por lo tanto, es necesario recalcar que la mayoría consideró que se cuenta con un Sistema de Calidad, lo cual es positivo para el estudio, debido a que poseen las bases para la implementación de un nuevo sistema de calidad.

PREGUNTA 3.

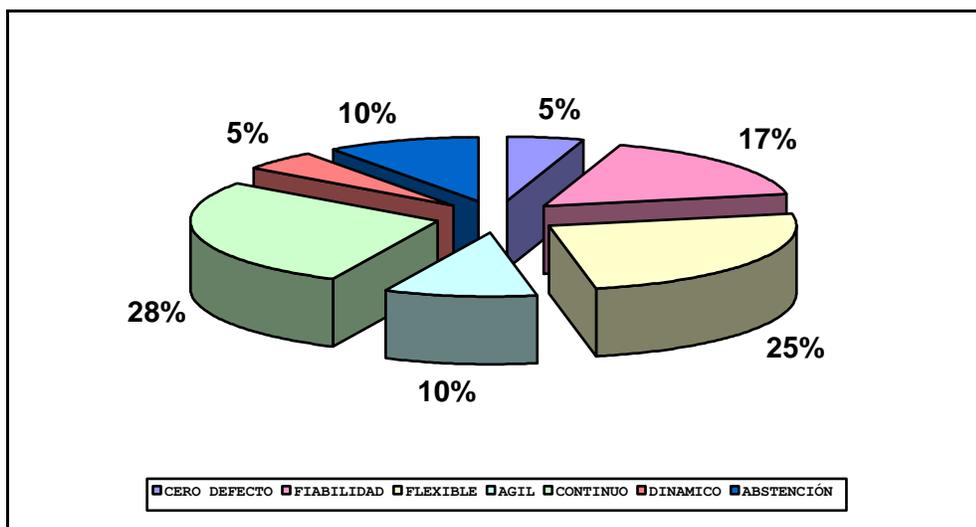
¿Considera usted que el Sistema de Calidad que aplica el Banco de Sangre tiene las siguientes características?

Propósito: Identificar las características que tiene el Sistema de Calidad que aplica el Banco de Sangre.

CUADRO No. 3

OPCIONES	NÚMERO DE ENCUESTADOS	PORCENTAJES
CERO DEFECTO	2	5%
FIABILIDAD	7	17%
FLEXIBLE	10	25%
AGIL	4	10%
CONTINUO	11	28%
DINAMICO	2	5%
ABSTENCIÓN	4	10%

FIGURA No. 3



COMENTARIO

El 28% de los empleados opina que el Sistema de Calidad que aplican posee la característica de ser continuo, el 25% opina que es flexible, el 17% considera que es fiable, un 10% mencionó que es ágil, un 5% opina que es cero defecto y otro 5% considera que es dinámico; finalmente el 10% restante se abstuvo de dar su respuesta. Estos resultados indican que el Banco de Sangre del HNNBB en su sistema de calidad aplica ciertas características que contribuyen a satisfacer al donante en la prestación del servicio.

PREGUNTA 4.

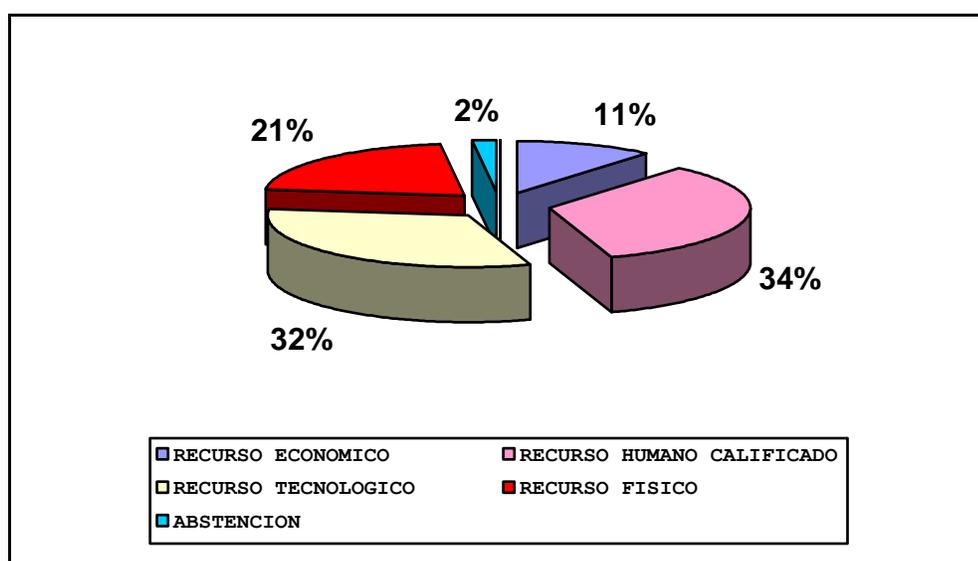
¿Marque con una x los recursos que el Banco de Sangre posee para la aplicación de un Sistema de Calidad a criterio personal?

Propósito: Conocer la clase de recursos con que cuenta el Banco de Sangre para determinar algunas fortalezas y debilidades que posee dicha unidad.

CUADRO No. 4

OPCIONES	NÚMERO DE ENCUESTADOS	PORCENTAJES
RECURSOS ECONOMICOS	5	11%
RECURSO HUMANO CALIFICADO	16	34%
RECURSO TECNOLOGICO	15	32%
RECURSO FISICO	10	21%
ABSTENCIÓN	1	2%

FIGURA No. 4

**COMENTARIO**

El 34% de los empleados del Banco de Sangre del HNNBB opinan que se cuenta con recurso humano calificado, el 32% opinan que se tiene recurso tecnológico, el 21% respondió que se cuenta con recurso físico, el 11% considera que se posee recursos económicos y un 2% se abstuvieron. Estos datos denotan que esta unidad organizativa tiene la ventaja de contar con algunos de los recursos básicos para la aplicación de un nuevo Sistema de

Calidad; cabe mencionar que se debe de diseñar estrategias que le ayuden a obtener en un 100% todos los recursos.

PREGUNTA 5.

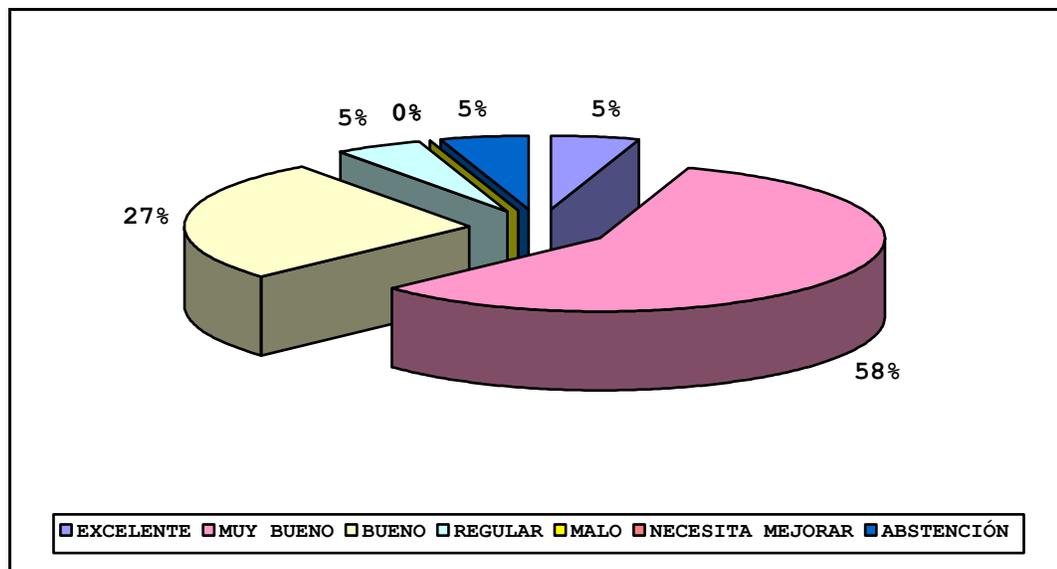
¿Cómo considera usted la organización del Banco de Sangre para realizar los macro-procesos?

Propósito: Determinar como los empleados consideran la organización para realizar los macro-procesos en la unidad de servicio.

CUADRO No. 5

OPCIONES	NÚMERO DE ENCUESTADOS	PORCENTAJES
EXCELENTE	1	5%
MUY BUENO	11	58%
BUENO	5	27%
REGULAR	1	5%
MALA	0	0%
NECESITA MEJORAR	0	0%
ABSTENCIÓN	1	5%
TOTALES	19	100%

FIGURA No. 5

**COMENTARIO**

El 58% considera que la organización en el Banco de Sangre para realizar los macro - procesos es muy buena, el 27% opinó que es buena, un 5% es excelente, otro 5% regular y finalmente un 5% se abstuvo. Esto significa que esta unidad de servicio requiere de mejoras en la organización de los procesos más importantes.

PREGUNTA 6.

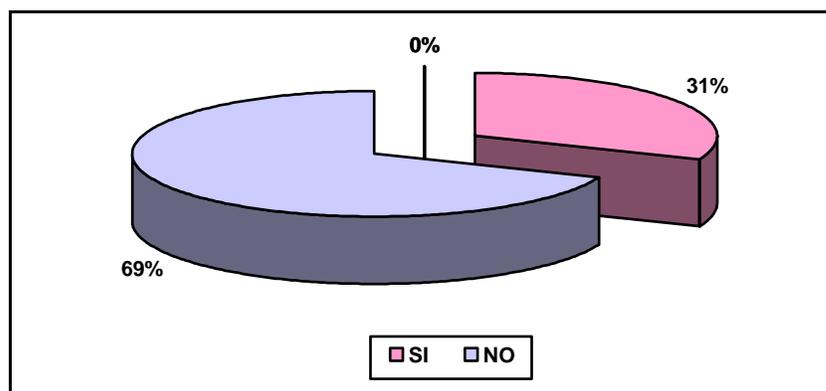
¿Considera usted que los macro-procesos que se llevan a cabo en el Banco de Sangre se realizan sin ningún error?

Propósito: Identificar las actividades que no agregan valor, ni dan ningún beneficio en la realización de los macro-procesos para poder mejorarlos.

CUADRO No. 6

OPCIONES	NÚMERO DE ENCUESTADOS	PORCENTAJES
SI	6	31%
NO	13	69%
TOTALES	19	100%

FIGURA No. 6



COMENTARIO

De un 100% de encuestados, el 69% opina que los macro - procesos tiene errores técnicos al ser realizados; por otra parte, el 31% opina lo contrario. Esto significa que los empleados no hacen uso de las Herramientas Técnicas Administrativas como por ejemplo el Manual de Funciones que posee el Banco de Sangre del HNNBB.

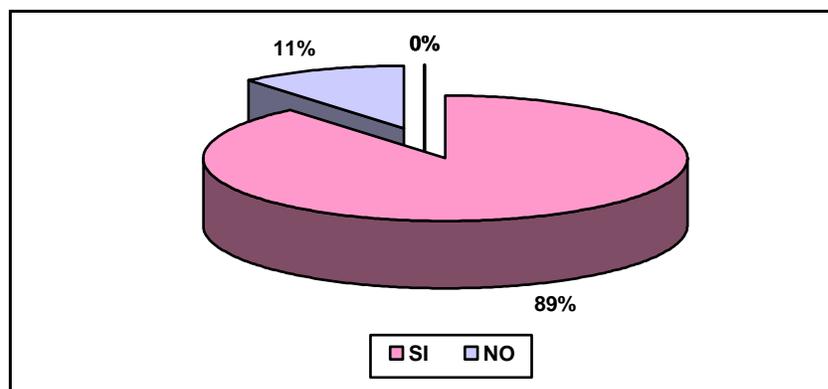
PREGUNTA 7.

¿Considera usted que la aplicación de un nuevo Sistema de Calidad contribuiría a mejorar la satisfacción del usuario del Banco de Sangre?

Propósito: conocer si el Banco de Sangre necesita la aplicación de un Sistema de Calidad para mejorar la satisfacción de los usuarios.

CUADRO No. 7

OPCIONES	NÚMERO DE ENCUESTADOS	PORCENTAJES
SI	17	89%
NO	2	11%
TOTALES	19	100%

FIGURA No.7

COMENTARIO

El 89% de los empleados consideran que la aplicación de un nuevo Sistema de Calidad contribuiría a mejorar la satisfacción del Banco de Sangre del HNNBB y un 11% considera que no. Estos resultados indican que la mayoría del personal que labora en esta unidad de servicio están dispuestos a aplicar un nuevo Sistema de Calidad para brindar un servicio eficiente.

PREGUNTA 8.

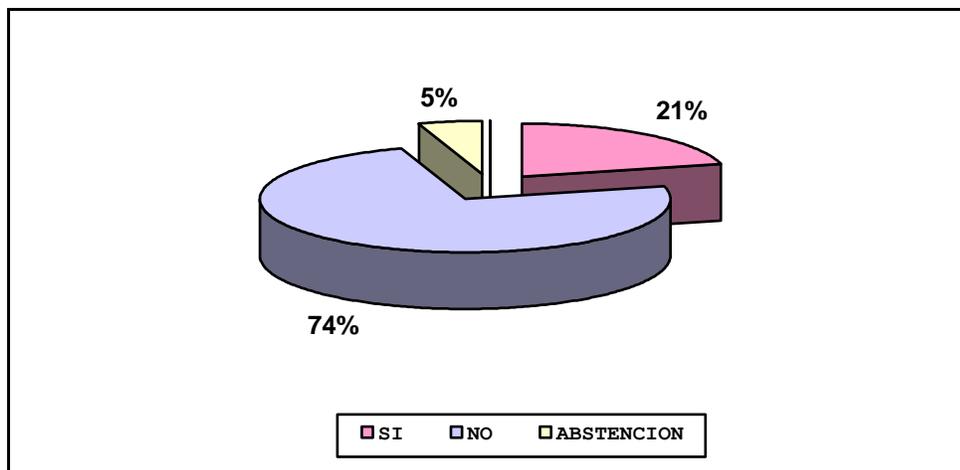
¿Conoce usted que son las Normas ISO 9001 versión 2000?

Propósito: Identificar si los empleado tienen conocimiento de lo que son las normas ISO para facilitar su aplicación.

CUADRO No. 8

OPCIONES	NÚMERO DE ENCUESTADOS	PORCENTAJES
SI	4	21%
NO	14	74%
ABSTENCIONES	1	5%
TOTALES	19	100%

FIGURA No. 8

**COMENTARIO**

El 74% de los empleados mencionaron que no tienen el conocimiento sobre la Norma ISO 9001:2000, un 21% si las conocen y un 5% se abstuvieron. En base a esta información se comprueba que el mayor porcentaje de los empleados no posee un conocimiento básico; esto se convierte en información para proponer un modelo en el cual es 100% de los empleados obtengan el conocimiento necesario.

PREGUNTA 9.

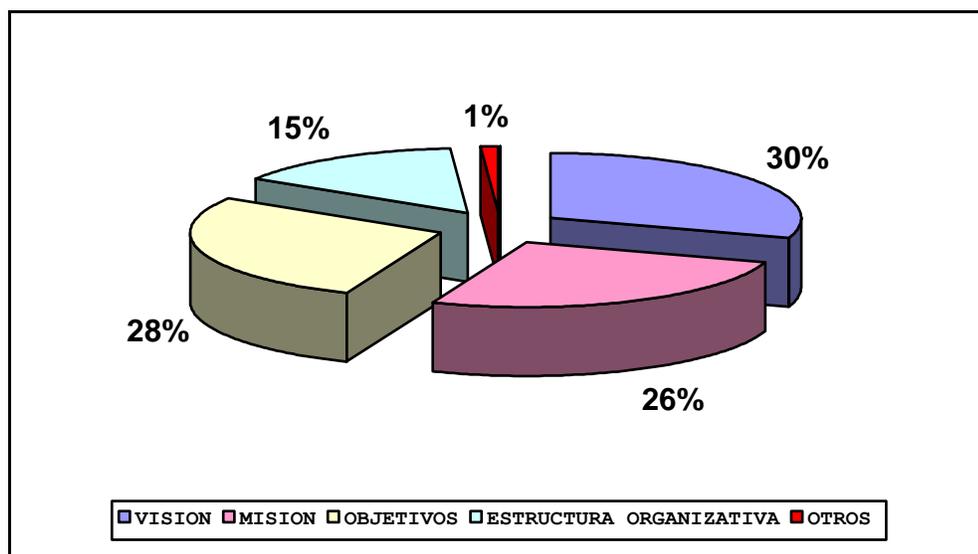
¿A criterio personal, marque con una x los diferentes aspectos con que cuenta el Banco de Sangre?

Propósito: Determinar si el personal que labora en el Banco de Sangre tiene conocimiento de los diferentes aspectos antes mencionados.

CUADRO No. 9

OPCIONES	NÚMERO DE ENCUESTADOS	PORCENTAJES
VISIÓN	16	30%
MISIÓN	14	26%
OBEJTIVOS	15	28%
ESTRUCTURA ORGANIZATIVA	8	15%
OTROS	1	1%

FIGURA No. 9

**COMENTARIO**

El 30% de los encuestados aseguró que el Banco de Sangre del HNNBB posee Visión, el 28% opinó que se cuenta con Objetivos definidos, el 20% considera que se tiene Misión, el 15% aseguró que se posee una Estructura Orgánica y el 1% restante dijo tener otros aspectos entre los cuales están las Políticas de Calidad. Todos los elementos anteriormente mencionados son vitales para

el buen desempeño de una organización, pero dado a la información obtenida se puede determinar que los empleados no poseen una identificación con la unidad en la que laboran.

PREGUNTA 10.

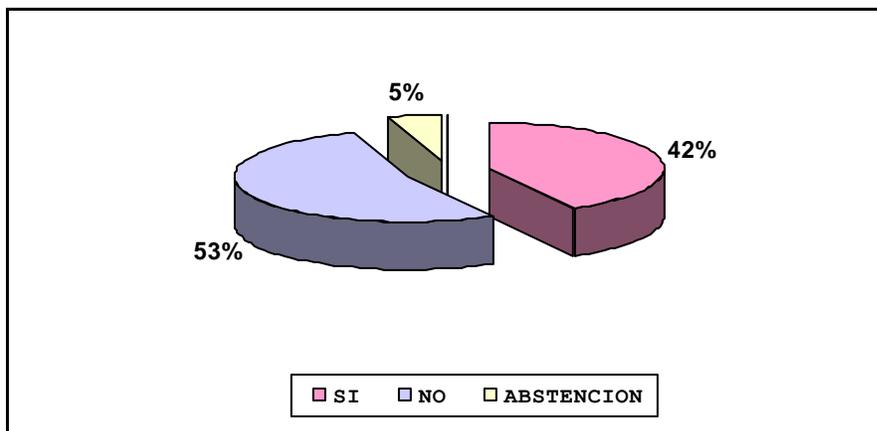
¿Existe algún tipo de control en los documentos que se utilizan en el Banco de Sangre?

Propósito: Identificar si existe algún sistema de documentación que controle la realización de los macro-procesos.

CUADRO No. 10

OPCIONES	NÚMERO DE ENCUESTADOS	PORCENTAJES
SI	8	42%
NO	10	53%
ABSTENCIONES	1	5%
TOTALES	19	100%

FIGURA No. 10



COMENTARIO

El 53% de los empleados considera que no existe algún tipo de control en todos los documentos que se utilizan en la prestación del servicio en el Banco de Sangre del HNNBB, un 42% mencionó que se posee un control de estos documentos y un 5% se abstuvo a contestar. Por la información obtenida se puede determinar que el Banco de Sangre del HNNBB no lleva un control total de los documentos para la prestación del servicio, lo que no permite que este sea eficiente.

PREGUNTA 11.

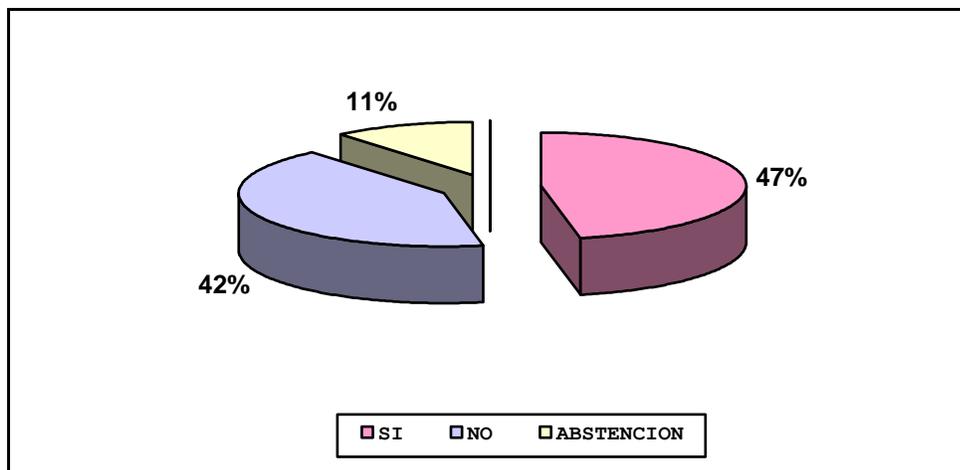
¿Conoce usted si el Banco de Sangre posee políticas de calidad para llevar a cabo la prestación del servicio?

Propósito: Conocer si el Banco de Sangre posee políticas de calidad para prestar su servicio.

CUADRO No. 11

OPCIONES	NÚMERO DE ENCUESTADOS	PORCENTAJES
SI	9	47%
NO	8	42%
ABSTENCIONES	2	11%
TOTALES	19	100%

FIGURA No. 11

**COMENTARIO**

El 47% de los encuestados aseguran conocer las Políticas de Calidad que se llevan a cabo en la prestación del servicio que ofrece el Banco de Sangre del HNNBB, un 42% considera que el Banco de Sangre no posee dichas políticas y un 11% se abstuvieron. Esto significa que los empleados tienen conocimientos parciales de las Políticas de Calidad.

PREGUNTA 12.

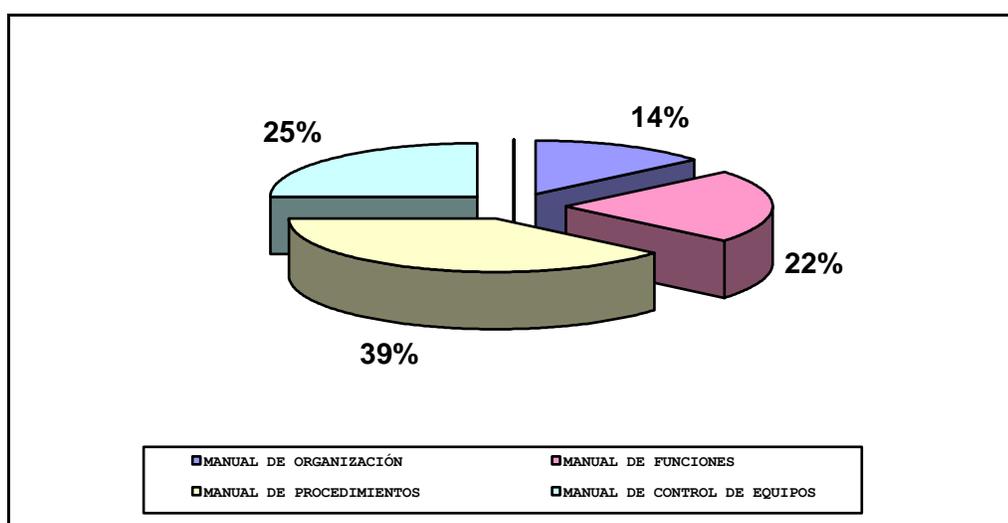
¿Cuáles son las herramientas técnicas administrativas con que cuenta el Banco de Sangre que contribuyen a la calidad en el servicio que ofrece dicha unidad?

Propósito: Determinar si la unidad de servicio posee algún tipo de herramienta técnica administrativa que le sirva de apoyo para trabajar con calidad.

CUADRO No. 12

OPCIONES	NÚMERO DE ENCUESTADOS	PORCENTAJES
MANUAL DE ORGANIZACIÓN	7	14%
MANUAL DE FUNCIONES	11	22%
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	19	39%
MANUAL DE CONTROL DE EQUIPOS	12	25%

FIGURA No. 12



COMENTARIO

De un 100% de los empleados encuestados, un 39% opina que el Banco de Sangre del HNNBB cuenta con un Manual de Procedimientos, un 25% asegura tener un Manual de Control de Equipos, mientras que un 22% dice tener un Manual de Funciones y el resto del porcentaje afirma tener un Manual de Organización.

Estos resultados indican que el Banco de Sangre cuenta con algunas herramientas técnicas administrativas que pueden facilitar la aplicación de un nuevo Sistema de Calidad.

PREGUNTA 13.

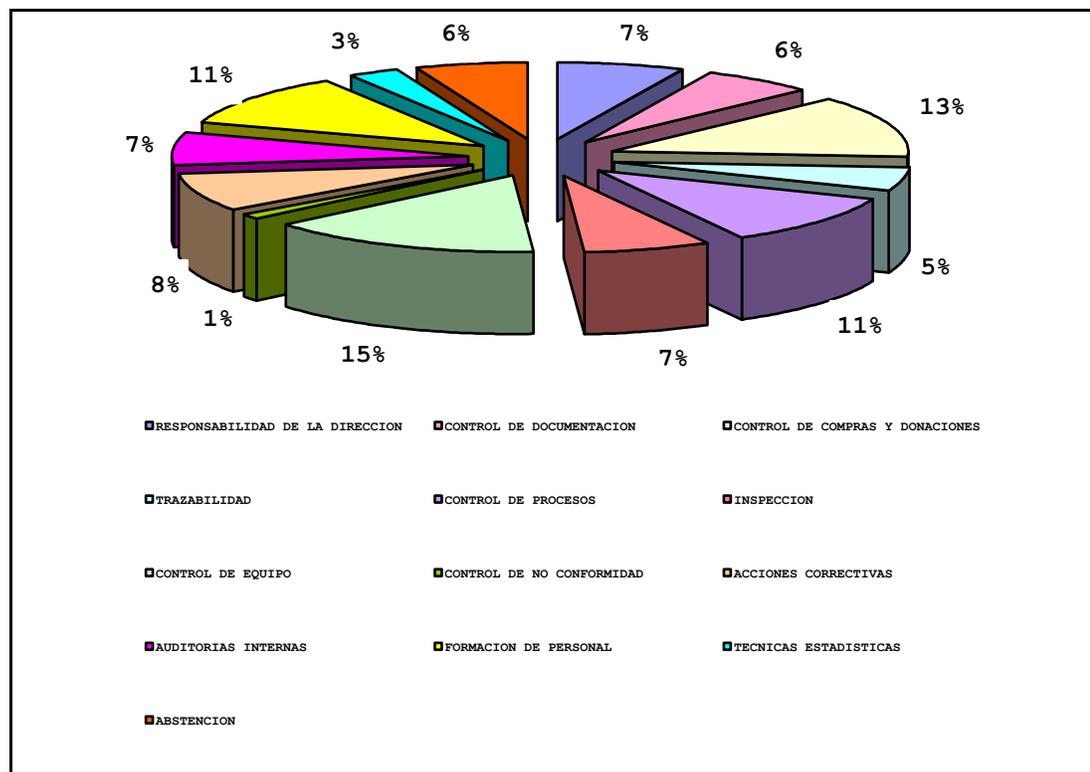
¿Marque con una x los requisitos de la Norma ISO 9001 versión 2000 que considera que cumple el Banco de sangre?

Propósito: Conocer los requisitos que posee la unidad de servicio para la aplicación de la Norma ISO 9001:2000.

CUADRO No. 13

OPCIONES	NÚMERO DE ENCUESTADOS	PORCENTAJES
RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCION	6	7%
CONTROL DE DOCUMENTACION	5	6%
CONTROL DE COMPRAS Y DONACIONES	11	13%
TRAZABILIDAD	4	5%
CONTROL DE PROCESOS	10	11%
INSPECCIÓN	6	7%
CONTROL DE EQUIPO	13	15%
CONTROL DE NO CONFORMIDAD	1	1%
ACCIONES CORRECTIVAS	7	8%
AUDITORIAS INTERNAS	6	7%
FORMACION DE PERSONAL	10	11%
TÉCNICAS ESTADÍSTICAS	3	3%
ABSTENCIÓN	5	6%

FIGURA No. 13



COMENTARIO

El 15% de los empleados aseguran que el Banco de Sangre del HNNBB cumple con algunos de los requisitos de la Norma ISO 9001:2000 en lo que respecta al Control de Equipo, un 13% en Control de Compras y Donaciones, un 11% en lo que respecta a Control de Procesos, otro 11% cumple el requisito de Formación de Personal, y los demás requisitos son aplicados en su minoría. Estos resultados determinan que el Banco de Sangre cumple con algunos de los requisitos que exige la Norma ISO 9001:2000, lo que facilita la aplicación de un Sistema de Calidad más eficiente.

PREGUNTA 14.

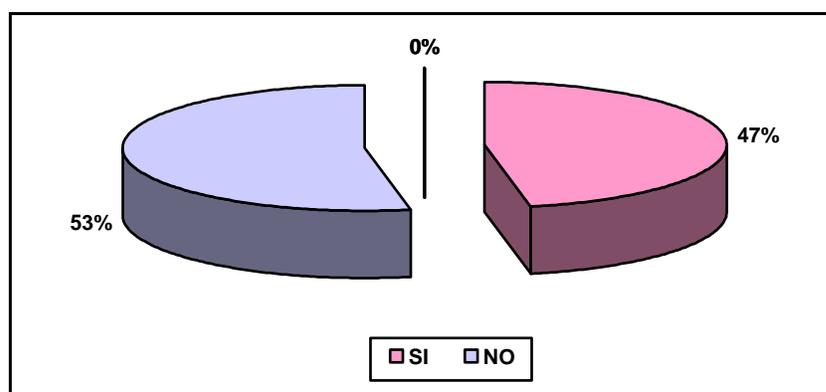
¿Considera usted que el Banco de Sangre promueve capacitaciones referentes a la calidad que contribuyen a tener un personal capacitado en la prestación del servicio?

Propósito: Conocer si el Banco de Sangre apoya las capacitaciones de calidad que contribuya a obtener un personal calificado.-

CUADRO No. 14

OPCIONES	NÚMERO DE ENCUESTADOS	PORCENTAJES
SI	9	47%
NO	10	53%
TOTALES	19	100%

FIGURA No.14

**COMENTARIO**

El 53% de los empleados respondieron que el Banco de Sangre del HNNBB no promueve capacitaciones referentes a la Calidad y el 47% afirmó que esta unidad organizativa si promueve dichas capacitaciones. Esto significa que el Banco de Sangre no capacita a todo su personal sino que lo realiza de forma parcial lo cual limita a los empleados realizar sus funciones eficientemente.

A CONTINUACIÓN SE PRESENTA LA TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A LOS DONANTES DEL BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM.

PREGUNTA 1.

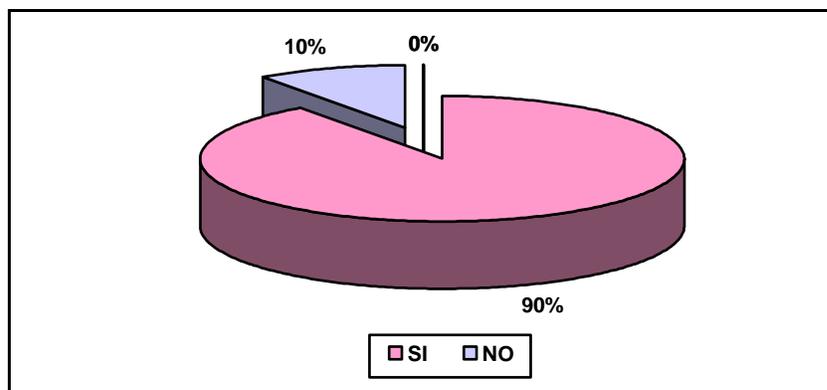
¿Considera usted que el servicio que presta el Banco de Sangre es con calidad?

Propósito: Determinar si el Banco de Sangre presta el servicio con calidad a sus usuarios.

CUADRO No. 1

OPCIONES	NÚMERO DE ENCUESTADOS	PORCENTAJES
SI	221	90%
NO	25	10%
TOTALES	246	100%

FIGURA No.1



COMENTARIO

El 90% de los donantes encuestados consideran que el servicio que presta el Banco de Sangre del HNNBB es con calidad, mientras que el 10% opinó que no. Esto significa que en general el Banco de Sangre brinda un servicio con calidad porque reúne algunos de los requisitos que más exigen los usuarios de este servicio en comparación con otros Centros de Donación Públicos.

PREGUNTA 2.

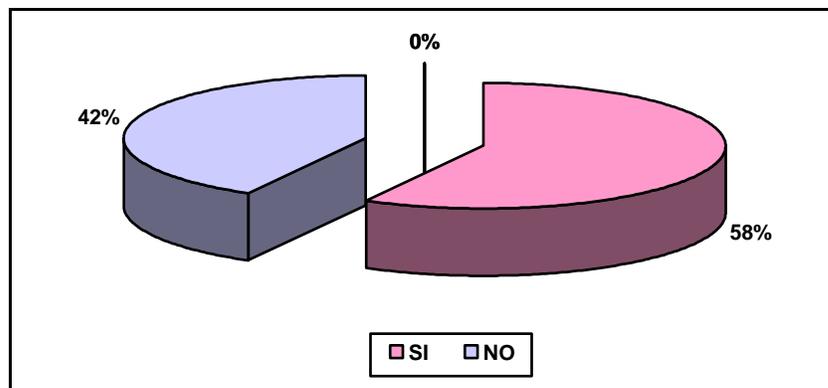
¿Considera usted que el Banco de Sangre ofrece un servicio rápido?

Propósito: Conocer el grado de satisfacción del donante al recibir el servicio.

CUADRO No. 2

OPCIONES	NÚMERO DE ENCUESTADOS	PORCENTAJES
SI	142	58%
NO	104	42%
TOTALES	246	100%

FIGURA No.2

**COMENTARIO**

El 58% de los donantes opinan que el servicio que ofrece el Banco de Sangre del HNNBB es rápido dado que se atiende por orden de llegada y en caso de donantes de aféresis se da por citas programadas por lo que no se espera mucho tiempo; cabe mencionar que el servicio que ofrece el Banco de Sangre en comparación a otros Centros de Donación es mucho más rápido. El 42% de los donantes mencionaron que el servicio no es rápido debido a que se lleva mucho tiempo en el proceso de selección de donantes así como también, no cuenta con el personal suficiente para atender la cantidad de donantes que demandan este servicio.

PREGUNTA 3.

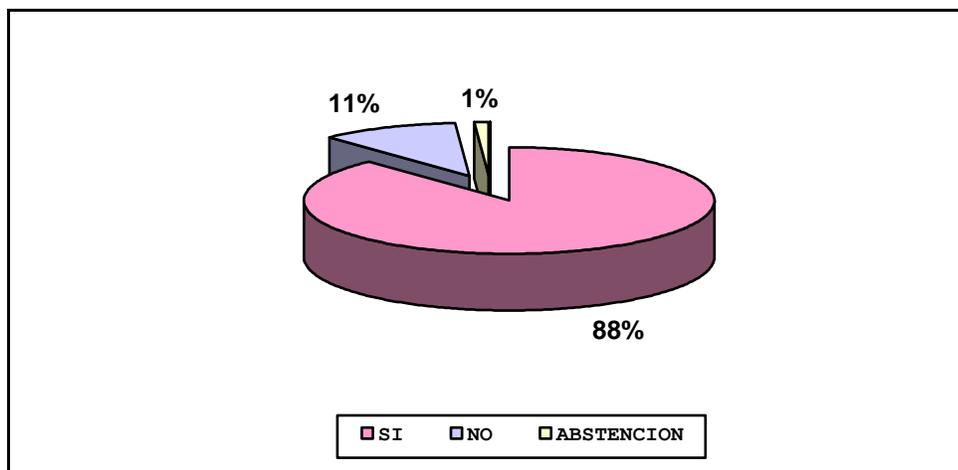
¿Se le brinda atención personalizada en el proceso de donación al donante?

Propósito: Conocer si el Banco de Sangre cuenta con el recurso humano necesario para atender a cada donante.

CUADRO No. 3

OPCIONES	NÚMERO DE ENCUESTADOS	PORCENTAJES
SI	216	88%
NO	29	11%
ABSTENCIÓN	1	1%
TOTALES	246	100%

FIGURA No. 3



COMENTARIO

El 88% de los donantes dijeron que el servicio que presta el Banco de Sangre del HNNBB es personalizado debido a que el personal que labora en esta unidad toma datos del donante y existe un empleado en cada proceso brindándole atención a cada donante. Mientras que el 11% considera que la atención no es

personalizada dado que los empleados no daban respuestas a las inquietudes que poseen los donantes y en algunas ocasiones se dan descuidos por parte de los empleados en el proceso de extracción de sangre.

PREGUNTA 4.

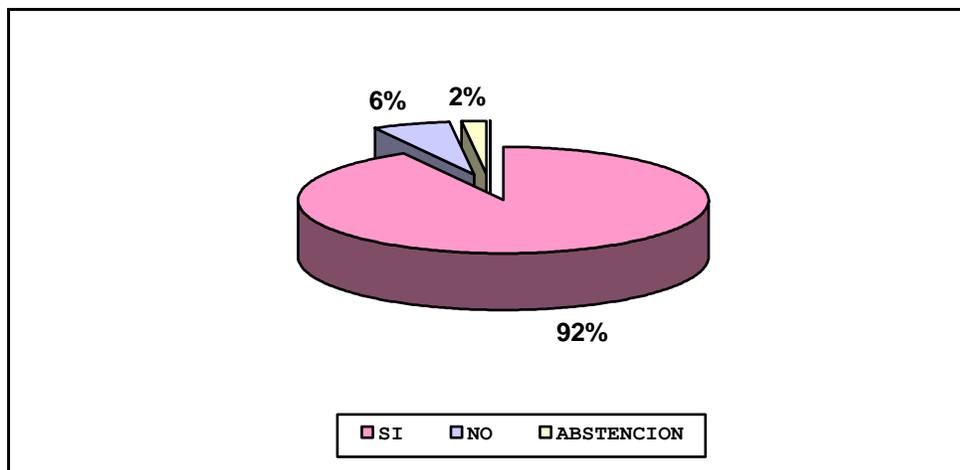
¿Considera usted que el personal con el que cuenta el Banco de Sangre está debidamente calificado para realizar sus labores?

Propósito: Conocer la apreciación que el donante tiene del personal que labora en el Banco de Sangre a nivel profesional.

CUADRO No. 4

OPCIONES	NÚMERO DE ENCUESTADOS	PORCENTAJES
SI	227	92%
NO	15	6%
ABSTENCIÓN	4	2%
TOTALES	246	100%

FIGURA No. 4

**COMENTARIO**

El 92% de los donantes dijeron que el personal está debidamente calificado para realizar su trabajo ya que estos tienen los conocimientos necesarios para llevar a cabo sus labores. Mientras que el 6% considera que el personal no está debidamente calificado debido a que en el área de recepción y preparación de donantes esta a cargo de personas que muestran inseguridad en algunos procesos que realizan. Finalmente, el 2% se abstuvo a contestar.

PREGUNTA 5.

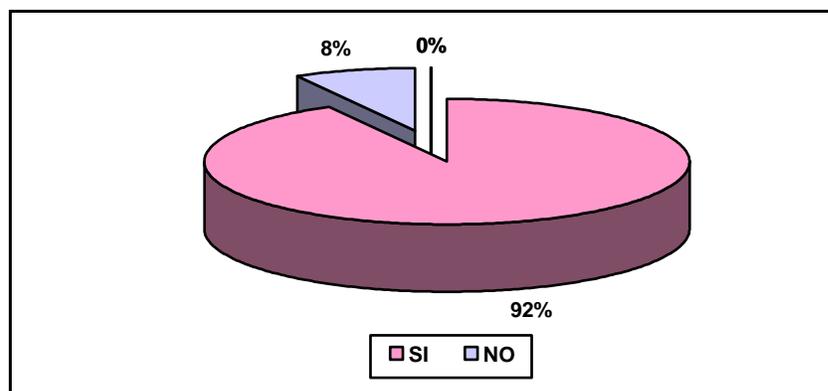
¿Cuando usted recibe el servicio del Banco de Sangre, considera que las relaciones entre los empleados y los donantes son agradables?

Propósito: Conocer si existe una relación agradable entre los donantes y empleados del Banco de Sangre.

CUADRO No. 5

OPCIONES	NÚMERO DE ENCUESTADOS	PORCENTAJES
SI	226	92%
NO	20	8%
TOTALES	246	100%

FIGURA No.5



COMENTARIO

El 92% de los encuestados opinan que las relaciones y el trato entre empleados y donantes son agradables por la amabilidad, buena atención y en algunos casos son comunicativos. Mientras que el 8% considera que el personal se muestra fatigado y aburrido, y en varios casos son indiferentes, pesados y poco agradables en el momento de atender al usuario.

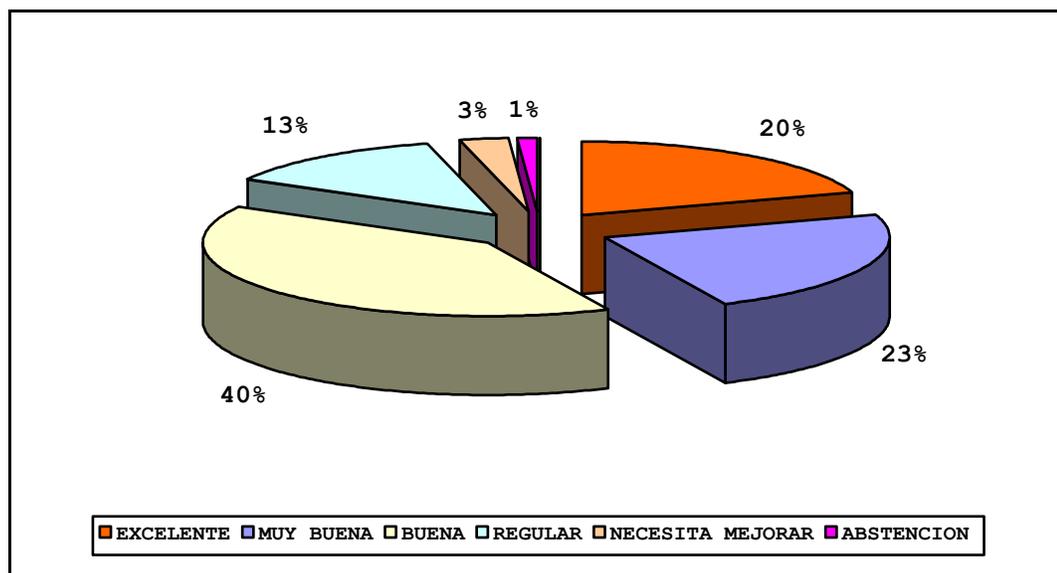
PREGUNTA 6.

¿Cómo considera usted las instalaciones físico-ambientales del Banco de Sangre?

Propósito: Determinar si las instalaciones con que cuenta el Banco de Sangre para realizar la prestación del servicio son las adecuadas.

CUADRO No. 6

OPCIONES	NÚMERO DE ENCUESTADOS	PORCENTAJES
EXCELENTE	49	20%
MUY BUENO	58	23%
BUENO	98	40%
REGULAR	33	13%
NECESITA MEJORAR	7	3%
ABSTENCIÓN	1	1%
TOTALES	246	100%

FIGURA No. 6

COMENTARIO

La evaluación que consideran los donantes encuestados acerca de las instalaciones con las que cuenta el Banco de Sangre del HNNBB para prestar su servicio son:

El 40% considera que poseen una infraestructura físico - ambiental buena, el 23% la califica como muy buena, el 20% la evalúa como excelente, el 13% opina que son regulares, el 3% menciona que necesita mejorar sus instalaciones y finalmente, el 1% se abstuvo. Esta información indica que las instalaciones con las que cuenta el Banco de Sangre son buenas ya que se encuentran apartadas de otras unidades de servicio, así como también se observa limpio el lugar; sin embargo, necesita mejorar debido a que el espacio que tiene es muy reducido para la cantidad de donantes que llegan, otro aspecto es que no cuenta con indicaciones para ubicar con mayor facilidad el Banco de Sangre.

PREGUNTA 7.

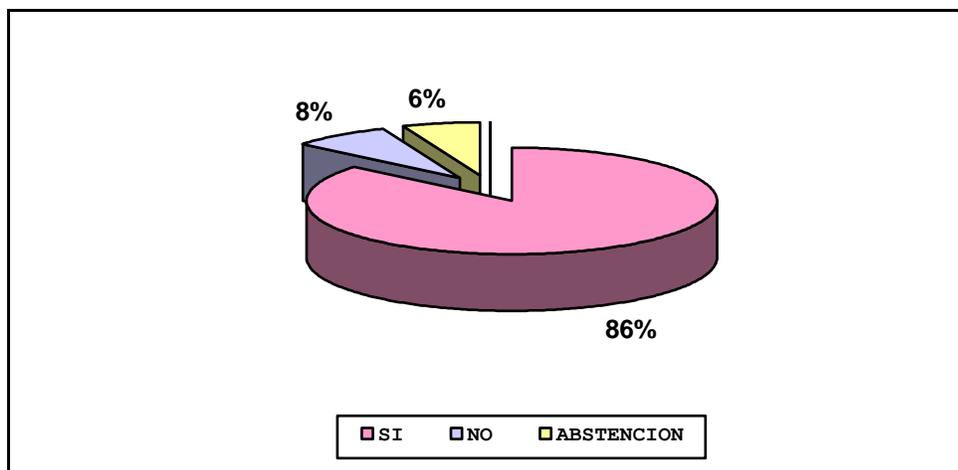
¿Considera usted que el personal del Banco de Sangre posee el mobiliario y equipo con tecnología adecuada para realizar el proceso de donación?

Propósito: Determinar si el Banco de Sangre cuenta con el equipo necesario para prestar con calidad su servicio.

CUADRO No. 7

OPCIONES	NÚMERO DE ENCUESTADOS	PORCENTAJES
SI	212	86%
NO	20	8%
ABSTENCIÓN	14	6%
TOTALES	246	100%

FIGURA No. 7

**COMENTARIO**

El 86% de los encuestados consideran que el Banco de Sangre del HNNBB tiene el mobiliario y equipo con tecnología adecuada para realizar el proceso de donación; el 8% opinó que no se cuenta con el mobiliario y equipo necesario ya que la demanda de este servicio es bastante numerosa; finalmente el 6% se abstuvo a opinar. Estos resultados afirman que el Banco de Sangre cuenta con buen equipo y mobiliario para realizar el proceso de selección, fraccionamiento y almacenamiento de la sangre.

PREGUNTA 8.

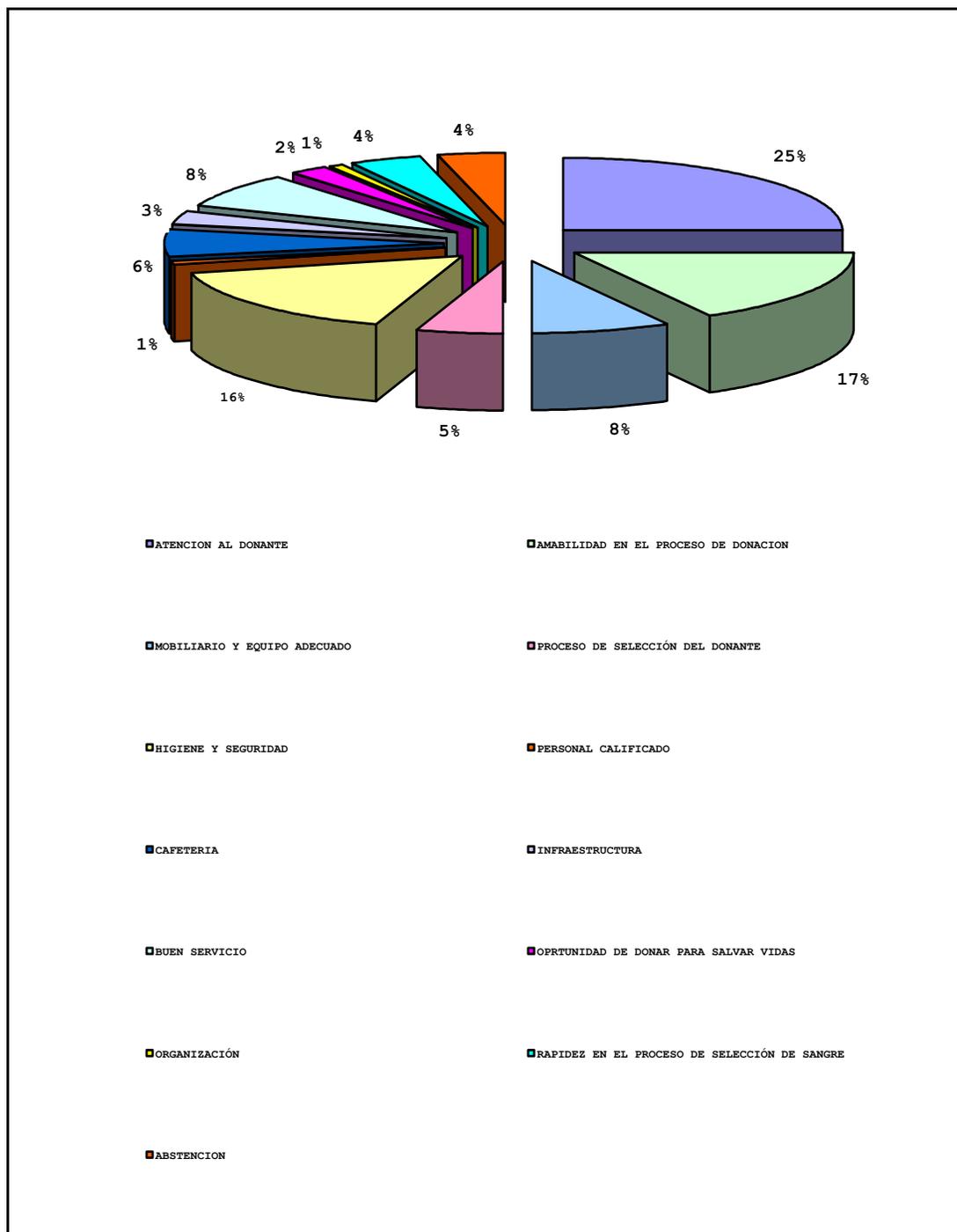
¿Qué aspectos positivos observa en el servicio que ofrece el Banco de Sangre?

Propósito: Identificar los aspectos que fortalecen la prestación del servicio de esta unidad de servicio.

CUADRO No. 8

OPCIONES	NÚMERO DE ENCUESTADOS	PORCENTAJES
ATENCIÓN AL DONANTE	86	25%
AMABILIDAD EN EL PROCESO DE DONACIÓN	58	17%
MOBILIARIO Y EQUIPO ADECUADO	24	8%
PROCESO DE SELECCIÓN DEL DONANTE	15	5%
HIGIENE Y SEGURIDAD	53	16%
PERSONAL CALIFICADO	5	1%
REFRIGERIO	23	6%
INFRAESTRUCTURA	11	3%
BUEN SERVICIO	27	8%
OPORTUNIDAD DE DONAR PARA SALVAR VIDAS	8	2%
ORGANIZACIÓN	5	1%
RAPIDEZ EN EL PROCESO DE DONACIÓN DE SANGRE	12	4%
ABSTENCIÓN	12	4%

FIGURA No. 8



COMENTARIO

Los principales aspectos positivos que observaron los donantes encuestados en el servicio que ofrece el Banco de Sangre del HNNBB son:

El 25% afirmó que es la atención al donante, el 17% opinó que es la amabilidad en el proceso de donación, el 16% dijo que era la higiene y la seguridad, el 8% mencionó que tiene mobiliario y equipo adecuado, otro 8% dijo que ofrece un buen servicio y finalmente los demás aspectos positivos fueron mencionados en menor porcentaje, lo anterior se puede observar con mayor claridad en la Figura No.8.

PREGUNTA 9.

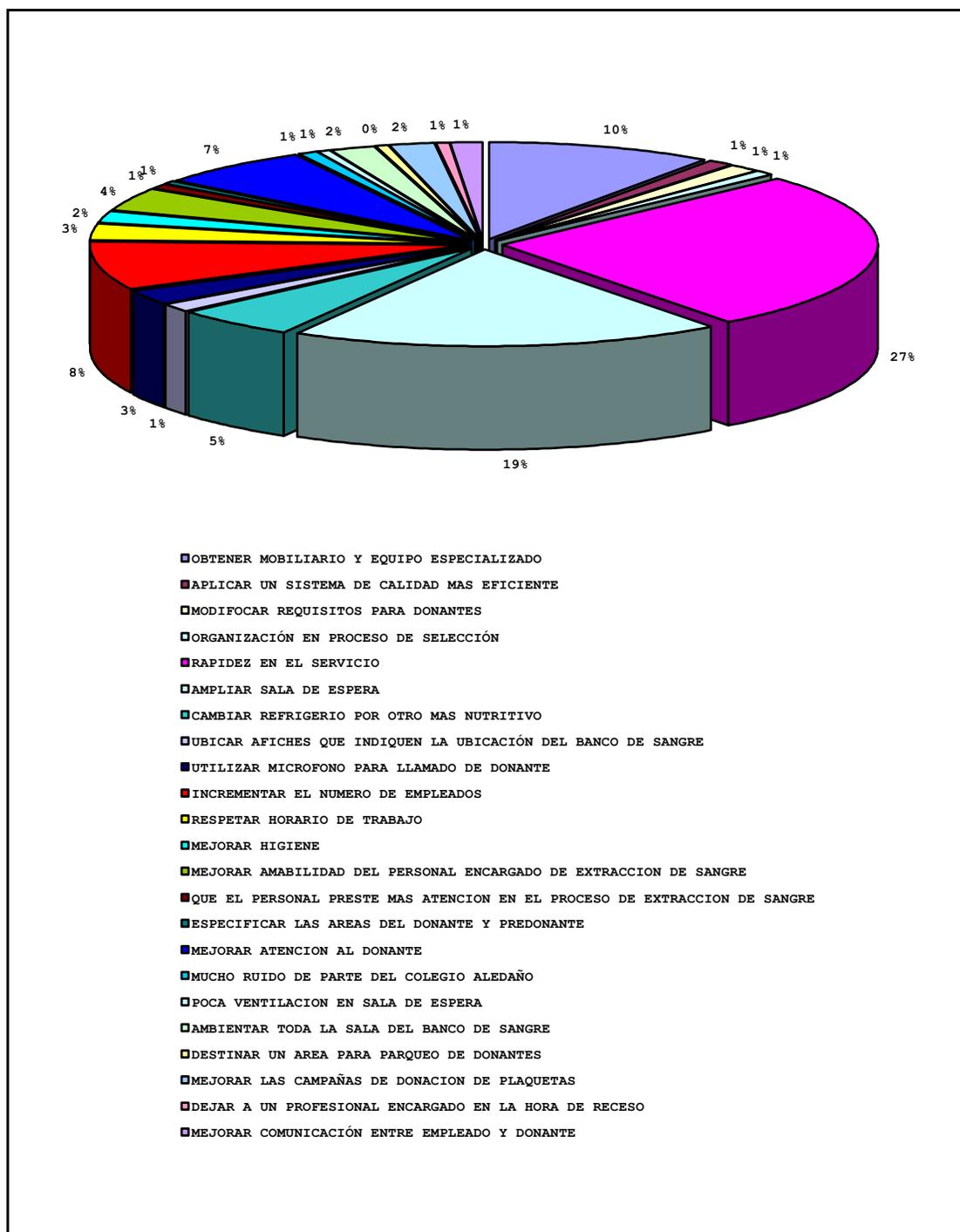
¿A criterio personal, qué aspectos tendría que mejorar en el servicio que se brinda en el Banco de Sangre?

Propósito: Identificar los aspectos que necesita mejorar el Banco de Sangre para prestar eficientemente el servicio.

CUADRO No. 9

OPCIONES	NÚMERO DE ENCUESTADOS	PORCENTAJE
OBTENER MOBILIARIO Y EQUIPO ESPECIALIZADO	24	7.2%
APLICAR UN SISTEMA DE CALIDAD MAS EFICIENTE	84	26%
MODIFICAR REQUISITOS PARA DONANTES	4	1%
MEJORAR LA COMUNICACIÓN ENTRE EMPLEADOS Y DONANTES	4	1%
ORGANIZAR EL PROCESO DE SELECCIÓN DE DONANTES	3	0.5%
AGILIZAR EL TIEMPO DEL SERVICIO	68	20%
AMPLIAR LA SALA DE ESPERA	46	14%
CAMBIAR REFRIGERIO POR OTRO MAS NUTRITIVO	13	4%
COLOCAR AFICHES QUE INDIQUEN LA UBICACIÓN DEL BANCO DE SANGRE	4	1%
USAR MICROFONO PARA EL LLAMADO DE DONANTES	8	2%
INCREMENTAR EL NUMERO DE EMPLEADOS	18	1.5%
RESPECTAR HORARIO DE TRABAJO POR PARTE DE LOS EMPLEADOS	8	2%
MEJORAR LA HIGIENE	5	1.5%
MEJORAR LA AMABILIDAD DEL PERSONAL ENCARGADO DE EXTRACCIÓN DE SANGRE	10	3%
PRESTAR MAS ATENCIÓN EN EL PROCESO DE EXTRACCIÓN DE SANGRE POR PARTE DEL PERSONAL	2	0.5%
ESPECIFICAR LAS AREAS DE DONANTES Y PRE-DONANTES	3	0.5%
MEJORAR LA ATENCION AL DONANTE	15	5%
PROCURAR DISMINUIR RUIDOS POR PARTE DEL COLEGIO ALEDAÑO	2	0.5%
MEJORAR VENTILACIÓN EN SALA DE ESPERA	3	0.5%
AMBIENTAR LA SALA DEL BANCO DE SANGRE	6	1.5%
DESTINAR UN AREA PARA PARQUEO DE DONANTES	1	0.3%
MEJORAR LAS CAMPAÑAS DE DONACIÓN DE PLAQUETAS	5	1.5%
DEJAR A UN PROFESIONAL ENCARGADO EN LA HORA DE RECESO	3	0.5%

FIGURA No. 9



COMENTARIO

Para los donantes encuestados los aspectos que tendría que mejorar el Banco de Sangre del HNNBB son:

Aplicar un sistema de calidad más eficiente 26%

Rapidez en el servicio 20%

Ampliar sala de espera 14%

Obtener mobiliario 7.2%

Incrementar el número de empleados 6%

Y finalmente los demás aspectos que obtuvieron menor porcentaje se muestran en la Figura No. 9.

B. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL BANCO DE SANGRE DEL HNNBB.**1. Objetivo del Diagnóstico**

Conocer la situación actual del servicio que ofrece el Banco de Sangre del HNNBB y con ello determinar los aspectos que se deben mejorar para ofrecer un servicio con calidad.

2. Descripción del Diagnóstico sobre la situación actual del funcionamiento del Banco de Sangre (Empleados).

Este diagnóstico fue elaborado en base a la información recolectada a través de la encuesta dirigida a los empleados que laboran en el Banco de Sangre del HNNBB, la cual ha sido

estructurada en dos partes: Sistema de Calidad y Norma ISO 9001:2000.

A continuación se describen cada una de ellas:

2.1 Sistema de Calidad

En este apartado se presenta la situación actual del Banco de Sangre del HNNBB referente a:

2.1.1 Conocimiento del Sistema de Calidad

Se llegó a determinar que el personal que labora en el Banco de Sangre tiene los conocimientos básicos a cerca de lo que es un Sistema de Calidad (Ver Pregunta No.1, Cuadro No.1 y Figura No.1. P.61), debido a que en dicha unidad se utiliza el Control de Cumplimiento de Estándares de trabajo en la realización de cada uno de los Macro-procesos de acuerdo a la información proporcionada por la jefe del Banco de Sangre.

2.1.2 Aplicación de un Sistema de Calidad

El Banco de Sangre actualmente no cuenta con un Sistema de Calidad que asegure la eficiente realización de los Macro-procesos y la satisfacción del donante con respecto al servicio que se les brinda (Ver Pregunta No.2, Cuadro No.2 y Figura No.2. P.62), sin embargo esta unidad de servicio muestra un

interés por desempeñar su trabajo bajo un Enfoque de Calidad por medio del Control de Cumplimiento de Estándares de Trabajo; dicha situación permitirá que todo el personal se involucre en la elaboración del nuevo Sistema de Calidad aplicando la Norma ISO 9001:2000, asumiendo sus responsabilidades y definiendo sus Macro-procesos orientados a la calidad (Ver Pregunta No. 7, Cuadro No.7 y Figura No. 7. P.69-70).

2.1.3 Características del Sistema de Calidad

La utilización del Control de Cumplimientos de Estándares de Trabajo en la realización de los Macro-procesos posee características propias de un Sistema Calidad tales como: continuo, flexible, fiable, ágil y dinámico (Ver Pregunta No.3, Cuadro No.3 y Figura No.3. P.63-64), lo que significa que el personal que labora en el Banco de Sangre esta identificado con algunas características básicas, lo cual facilita la aplicación de un Sistema de Calidad utilizando la Norma ISO 9001:2000.

2.1.4 Recursos disponibles para la aplicación de un Sistema de Calidad

- **Recurso Humano Calificado:** Es importante aclarar que el personal que labora actualmente en el Banco de Sangre está debidamente calificado para realizar sus funciones (Ver Pregunta No.4, Cuadro No.4 y Figura No.4. P.65-66); sin

embargo el número de empleados no es el suficiente para realizar los Macro-procesos, por lo tanto el sobre-cargar las tareas de cada uno de ellos da como resultado un bajo rendimiento en la ejecución de sus funciones, lo cual implica no brindar un buen servicio.

- **Recurso Tecnológico:** El Banco de Sangre cuenta con la tecnología adecuada para llevar a cabo los Macro-procesos (Ver Pregunta No.4, Cuadro No.4 y Figura No.4. P.65-66); sin embargo la cantidad de máquinas no es suficiente en relación al número de usuarios de dicho servicio.
- **Recurso Físico:** Los empleados consideran que este es uno de los recursos que limita al Banco de Sangre debido a que las instalaciones físico-ambientales no son las adecuadas (Ver Pregunta No.4, Cuadro No.4 y Figura No.4. P.65-66), porque el espacio es muy pequeño en relación al número de empleados, mobiliario, equipo y usuarios.
- **Recurso Económico:** Los empleados coinciden en que este es otro recurso que no permite que esta unidad de servicio se desarrolle en su totalidad, ya que no cuenta con los recursos económicos para llevar a cabo su funcionamiento (Ver Pregunta No.4, Cuadro No.4 y Figura No.4. P.65-66); debido a que es una Institución Pública y para subsistir necesita que el Estado incremente el presupuesto del

Hospital, permitiendo que este le otorgue un mayor porcentaje al Banco de Sangre.

Se aclara que para la aplicación de un nuevo Sistema de Calidad en esta unidad debe gestionarse a través de donaciones provenientes de algunas organizaciones como por ejemplo la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de acuerdo a la información proporcionada en entrevista realizada a la jefe del Banco de Sangre.

2.1.5 Organización

Los empleados consideran que la organización en el Banco de Sangre para la ejecución de los Macro-procesos es muy buena (Ver Pregunta No.5, Cuadro No.5 y Figura No.5. P.66-67), sirve ya que esta unidad no cuenta con el personal suficiente para llevar a cabo todos los procesos, además el recorrido que hacen los usuarios no es el adecuado, porque no se tiene una buena distribución de las unidades de trabajo lo cual influye a que no se cuente con una organización eficiente para prestar el servicio.

2.1.6 Eficiente realización de los Macro-procesos

El personal considera que el sobre-cargar las tareas no permite realizar los procesos con cero defectos (Ver Pregunta No.6, Cuadro No.6 y Figura No.6. P.68-69), lo cual influye a que la

prestación del servicio no satisfaga las expectativas de los usuarios, lo cual se minimizará con la aplicación de un nuevo Sistema de Calidad.

2.1.7 Aplicación de un nuevo Sistema de Calidad

La mayoría de los empleados coinciden en que la solución para mejorar la prestación del servicio que ofrece el Banco de Sangre es la aplicación de un nuevo Sistema de Calidad utilizando las Normas ISO 9001:2000 (Ver Pregunta No.7, Cuadro No.7 y Figura No.7. P.69-70).

2.2 Normas ISO 9001:2000

En este apartado se presenta la situación actual del Banco de Sangre del HNNBB referente a:

2.2.1 Conocimiento de las Normas ISO 9001:2000

Del total de los empleados, la mayoría no conoce lo que son estas Normas (Ver Pregunta No.8, Cuadro No.8 y Figura No.8. P.70-71), debido a que no cuentan con programas de capacitación que les permita ampliar sus conocimientos en el área de calidad.

2.2.2 Aspectos Generales

El Banco de Sangre cuenta con su propia Visión, Misión, Objetivos y Estructura Organizativa lo que facilita la aplicación de un nuevo Sistema de Calidad (Ver Pregunta No.9, Cuadro No.9 y Figura No.9. P.72-73); no obstante, se aclara que el personal no conoce dichos aspectos debido a la falta de comunicación por parte de la jefatura, dando como resultado que los empleados no estén totalmente identificados con esta unidad.

2.2.3 Control de Documentos

En lo referente a la documentación con que se cuenta para orientar el trabajo de los empleados del Banco de Sangre, se determino que esta unidad no cuenta con un control de documentos bien definidos el cual contribuya a llevar los registros en orden (Ver Pregunta No.10, Cuadro No.10 y Figura No.10. P.73-74).

2.2.4 Política de Calidad

El Banco de Sangre cuenta con su propia Política de Calidad lo que facilita la aplicación de un nuevo Sistema de Calidad (Ver Pregunta No.11, Cuadro No.11 y Figura No.11. P.74-75), sin embargo, no todo el personal la conoce, debido a la falta de comunicación por parte de la jefatura, lo cual influye a que el servicio que ofrece esta unidad no sea eficiente.

2.2.5 Herramientas Técnicas-Administrativas

El Banco de Sangre no ha logrado documentar y aplicar todas las herramientas técnicas administrativas para el funcionamiento de esta unidad de servicio (Ver Pregunta No.12, Cuadro No.12 y Figura No.12. P.76-77), lo que implica que el personal no tenga claramente definidas sus responsabilidades. Por lo tanto, para la aplicación de un nuevo Sistema de Calidad será necesario definir y documentar dichas herramientas.

2.2.6 Requisitos de la Norma ISO 9001:2000

Actualmente el Banco de Sangre utiliza algunos de los requisitos que exige la Norma ISO (Ver Pregunta No.13, Cuadro No.13 y Figura No.13. P.78-80), esto facilitará la aplicación de un nuevo Sistema de Calidad basado en dicha Norma.

2.2.7 Promoción de Capacitaciones de Calidad

La mayoría de los empleados consideran que el Banco de Sangre no promueve las capacitaciones a todo el personal (Ver Pregunta No.14, Cuadro No.14 y Figura No.14. P.80-81), limitando a que todas las funciones que se realizan estén orientadas a la calidad, por lo que el nivel de dirección de esta unidad tendrá que establecer un compromiso con la calidad en el servicio que ofrece.

En resumen, es clara la necesidad del desarrollo de un nuevo Sistema de Calidad aplicando la nueva Norma ISO 9001:2000 que contribuya a la mejor administración con calidad del Banco de Sangre, desde la atención al donante hasta el momento en que se despacha la sangre y sus hemo-derivados.

3. Descripción del Diagnóstico sobre la Situación Actual del Servicio que ofrece el Banco de Sangre (Donantes).

El diagnóstico se realizó a través de la encuesta dirigida a los donantes de Banco de Sangre del HNNBB, la cual es estructurada por las siguientes variables:

3.1 Servicio con Calidad

El servicio que presta el Banco de Sangre es considerado de calidad (Ver Pregunta No.1, Cuadro No.1 y Figura No.1. P.82-83), debido a que los donantes afirman que esta unidad reúne los requisitos necesarios tales como: la higiene, instrumentos de trabajo esterilizados, además cuentan con el equipo requerido para desempeñar sus funciones y con un personal de mucha experiencia en esta rama de especialización en comparación a otros Centros de Donación.

3.2 Rapidez en el Servicio

La mayoría de las personas encuestadas opinan que el servicio que ofrece el Banco de Sangre en general es rápido (Ver Pregunta No.2, Cuadro No.2 y Figura No.2. P.83-84), no obstante, en lo que respecta al proceso de selección y entrevista que se les realiza a los donantes se considera tedioso y aburrido lo que conlleva a la necesidad de agilizar los procesos a través de la implementación de un nuevo Sistema de Calidad.

3.3 Atención Personalizada

El Banco de Sangre del HNNBB tiene como fortaleza este apartado debido a que en cada proceso el donante es atendido por un profesional el cual le toma los datos necesarios y en algunas ocasiones los donantes no coincidieron con esta opinión (Ver Pregunta No.3, Cuadro No.3 y Figura No.3. P.84-85), debido a que por falta de personal se dieron descuidos al momento de la extracción de sangre, esto se debe al poco personal asignado a este proceso y esto limita a que el servicio que se brinda sea con calidad.

3.4 Personal Calificado

El 92% de los donantes evaluaron al personal del Banco de Sangre como una fortaleza debido a que se encuentran bien calificados para realizar su trabajo (Ver Pregunta No.4, Cuadro No.4 y Figura No.4. P.86-87), ya que cuentan con los conocimientos y experiencia necesaria para llevar a cabo sus múltiples funciones.

3.5 Relación entre Empleados y Donantes

La mayoría de los encuestados opinan que las relaciones entre empleados y donantes son agradables dado a que estos se muestran amables y comunicativos (Ver Pregunta No.5, Cuadro No.5 y Figura No.5. P.87-88), lo que los motiva en el proceso de extracción de sangre. Por otra parte, los donantes que dijeron lo contrario es porque recibieron un mal trato debido a que en algunas ocasiones se muestran fatigados, aburridos e indiferentes lo que no ayuda a los donantes a tener confianza con el personal. Esto significa que existen atenciones diferentes para los donantes lo cual representa una debilidad en el servicio que ofrece esta unidad.

3.6 Instalaciones Físico-Ambientales.

El Banco de Sangre del HNNBB cuenta con instalaciones Físico-Ambientales buenas (Ver Pregunta No.6, Cuadro No.6 y Figura No. 6. P.89-90), debido a que los donantes consideran que deben

de ampliar la sala de espera por ser muy pequeña, en relación al número de personas que asisten dado que no están separadas de donantes y predonantes, sin embargo, para ser una institución pública reúne los requisitos mínimos necesarios aunque se requiere de cambios para llegar a considerar como excelentes las instalaciones. Existen varios aspectos que los donantes observaron los cuales limitan al servicio que ofrece el Banco de Sangre a ser eficiente, entre los cuales se comentan los siguientes (Ver Pregunta No.9, Cuadro No.9 y Figura No.9. P.94-96):

- Las gradas, dado que estas representan un riesgo para las personas después de que han donado debido a que son muchas y son muy inclinadas porque al finalizar el proceso se queda débil.
- El piso es un aspecto que se encuentra bastante deteriorado por que las instalaciones que actualmente utiliza el Banco de Sangre solo han sido adaptadas para esta unidad y no han tomado en cuenta todas las exigencias que esta unidad de servicio requiere.
- Los baños, el Banco de Sangre no cuenta con un lugar destinado para baños es por ello que esto da origen a una situación incomoda para los donantes y no pueden concentrarse en el proceso de donación.

- Ambientación de la sala de espera, este es un factor muy importante que no ha tomado en cuenta el Banco de Sangre por lo que es necesario mejorarlo ya que esto no contribuye a que los donantes estén más informados y motivados acerca de la donación.
- Ubicación del Banco de Sangre, actualmente no existen rótulos ni señalización que ayude a los donantes a ubicar fácilmente esta unidad es por ello que es necesario colocar afiches llamativos en puntos estratégicos con el propósito de que el donante llegue a la unidad con mayor rapidez.
- Distribución de la Planta, el recorrido que hace el donante en cada proceso no es adecuado debido a que los procesos no están diseñados para ser realizados en forma lineal, por lo que no cuentan con el espacio suficiente para ubicar cada área de atención al donante dando origen a que los procesos sean más tardados, aburridos y tediosos.
- Parqueo, este es un aspecto muy determinante debido a que el área destinada a parqueo es muy reducida y no da abasto para el número de donantes que llegan, para el total de empleados y para la cantidad de ambulancias que existe en el hospital.

3.7 Mobiliario y Equipo

El Banco de Sangre del HNNBB cuenta con el mobiliario y equipo mínimo necesario para realizar el proceso de extracción de sangre (Ver Pregunta No.7, Cuadro No.7 y Figura No.7. P.90-91), ya que es el único Banco de Sangre que cuenta con el equipo para realizar el proceso de donación de Aféresis (Donación de Plaquetas), así como también es importante mencionar que las camillas utilizadas por los donantes son cómodas pero cabe aclarar que necesitan adquirir más de estas para poder cubrir con mayor facilidad la demanda de donantes y esto ayudaría a que el proceso se lleve con mayor rapidez.

Sin embargo, existen aspectos que se deben mejorar, los cuales son:

- Incrementar el número de sillas en la sala de espera.
- Colocar oasis de agua purificada.
- Poner ventilación en la sala de espera.
- Utilizar micrófono en el momento de llamar al donante.
- Disminuir el volumen de la televisión.

3.8 Fortalezas y Oportunidades del Banco de Sangre

Los aspectos positivos que a juicio de los donantes posee el Banco de Sangre son (Ver Pregunta No.8, Cuadro No.8 y Figura No.8. P.92-94):

FORTALEZAS

- + Atención al donante.
- + Amabilidad en el proceso de donación.
- + Mobiliario y equipo adecuado.
- + Higiene y seguridad.
- + Personal calificado.
- + Buen proceso de selección de donante.
- + Refrigerio.

OPORTUNIDADES

- + Apoyo de parte de la Organización Panamericana para la Salud.
- + Colaboración de parte del sector privado para realizar móviles de recolección de sangre.
- + Facilidad de renovar tecnología de equipo de trabajo por medio de comodato.

3.9 Debilidades y Amenazas del Banco de Sangre

Los donantes opinan que los aspectos que debe mejorar el Banco de Sangre son (Ver Pregunta No.9, Cuadro No.9 y Figura No.9. P.94-96):

DEBILIDADES

- + Poco personal en cada proceso.
- + Poco mobiliario en relación al número de donantes.
- + Muy lento el proceso de entrevista.

- ✚ El personal no cumple con el horario de trabajo.
- ✚ Las máquinas de aféresis son muy pocas en comparación al número de donantes voluntarios de plaquetas.
- ✚ Las instalaciones son muy pequeñas en relación al número de donantes.
- ✚ Poco interés por capacitar al personal.
- ✚ El personal no realiza los procesos con cero defectos.
- ✚ No todo el personal que labora en el Banco de Sangre se muestra amable con los donantes.

AMENAZAS

- ✚ El servicio que ofrece el centro de donación de la Cruz Roja es mucho más rápido que el que brinda el Banco de Sangre del HNNBB.
- ✚ Existen instalaciones mucho más amplias en otros centros de donación en comparación de las que posee el Banco de Sangre del HNNBB.
- ✚ El horario de atención al donante en otros centros de captación de sangre es más amplio.
- ✚ La poca concienciación de la población de salvar vidas por medio de la donación de sangre.

En resumen, el Banco de Sangre del HNNBB necesita aplicar un Sistema de Calidad que le garantice minimizar todas las

debilidades y prevenir todas las amenazas y mantenerse a la vanguardia de los requerimientos internacionales de la calidad lo que contribuirá a que la prestación del servicio sea eficiente y eficaz.

C. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De acuerdo a la investigación de campo realizada en el Banco de Sangre del HNNBB, a través de las técnicas e instrumentos utilizados para la recolección de la información se establecieron las conclusiones y recomendaciones, las cuales se detallan a continuación:

1. Conclusiones

- 1.1.** El Banco de Sangre del HNNBB no cuenta con un Sistema de Calidad que ayude a brindar un servicio excelente (Ver Apartado 2.1.2, P. 98-99).

- 1.2.** La jefatura del Banco de Sangre no ha logrado difundir de manera formal el compromiso que existe con la calidad en el servicio que se ofrece al usuario de este (Ver Apartado 2.2.7, P. 104).

- 1.3** El Banco de Sangre no cuenta con el recurso humano suficiente, lo cual no permite que los empleados apliquen el Manual de Procedimientos eficientemente (Ver Apartado 2.1.4, P. 99-100 y Apartado 2.2.5, P. 104).
- 1.4** El Banco de Sangre no cuenta con un control de documentación (Ver Apartado 2.2.3, P. 103).
- 1.5** El recorrido que realizan los donantes en el servicio que ofrece el Banco de Sangre no es el adecuado debido a la mala distribución de las instalaciones (Ver Apartado 2.1.5, P. 101).

2. Recomendaciones

- 2.1** Diseñar un Sistema de Calidad aplicando la Norma ISO 9001:2000 para el Banco de Sangre como un instrumento administrativo que oriente y controle a todo el personal con respecto a la calidad.
- 2.2** Que la jefatura del Banco de Sangre utilice los medios idóneos para difundir a todo el personal el compromiso que implica ofrecer un servicio con calidad a todos los usuarios.

- 2.3 Adaptar el Manual de Funciones al número de empleados que existe en la unidad de servicio.

- 2.4 Mantener un control minucioso sobre todos los documentos que se utilizan en el Banco de Sangre, cumpliendo los requisitos que exige la Norma ISO 9001:2000.

- 2.5 Elaborar un Diagrama de Recorrido en línea recta para agilizar el proceso de atención al donante.

Capítulo III

"PROPUESTA DE UN SISTEMA DE CALIDAD APLICANDO LAS NORMAS ISO 9001:2000 EN EL BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM".

El presente capítulo comprende la Propuesta de un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) fundamentado en la ISO 9001:2000, la cual especifica los requisitos para un SGC aplicable en aquellas organizaciones que necesiten demostrar su capacidad para proporcionar eficientemente los servicios y así cumplir con los requisitos que exigen los usuarios, debido a que esta Norma tiene como objetivo principal aumentar y asegurar la satisfacción del cliente.

1. Objetivo de la Propuesta

Proponer un Sistema de Calidad aplicando la Norma ISO 9001:2000 en la prestación del servicio a los pacientes de 0-12 años, y con ello asegurar la calidad de los servicios que ofrece el Banco de Sangre del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.

A. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

1. Aspectos Generales

En este apartado se desarrolla lo siguiente:

1.1 Importancia

Mediante el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), basado en la Norma ISO 9001:2000, el Banco de Sangre tendrá como marco de referencia la calidad en el servicio, con el objeto de incrementar la satisfacción de los usuarios de este, así como también los que le proporcionan a las instituciones con que se relacionan; ya que contará con las herramientas que le permitirán conocer las exigencias y las necesidades de los usuarios, a la vez se definirán sus procedimientos principales, de soporte y de mejora, contribuyendo al logro de un servicio con calidad.

A través del SGC el Banco de Sangre definirá los principales objetivos orientados a la calidad, así como también la política de calidad, la planificación de la calidad en la que la alta dirección del Banco de Sangre debe estar comprometida a crear y mantener un buen ambiente interno, en el cual el personal se encuentre identificado con la calidad y se involucre al logro de los objetivos de la unidad; de igual manera se deben identificar

los recursos necesarios para que el SGC funcione, los que deben de ser gestionados por la alta dirección para que se lleve a cabo la realización del servicio de manera que los usuarios queden satisfechos.

1.2 Objetivos

Los objetivos que se pretenden alcanzar con el Sistema de Gestión de la Calidad son:

- Establecer la política y objetivos de calidad, y así proporcionar un punto de referencia para dirigir el Banco de Sangre del HNNBB
- Determinar los procedimientos, responsabilidades y recursos necesarios para el logro de los objetivos de la calidad
- Identificar los medios para prevenir las no conformidades en el servicio y eliminar sus causas
- Proporcionar los instrumentos para que el Banco de Sangre pueda identificar el grado de satisfacción de los usuarios y así emprender acciones de mejora

2. Desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad

Este acápite contiene la estructura del diseño del SGC para el Banco de Sangre aplicado al servicio que ofrece esta unidad, el cual se encuentra basado en las especificaciones exigidas por la Norma ISO 9001:2000.

2.1 Sistema de Gestión de la Calidad

Esta sección hace referencia a los requisitos del apartado cuatro de la Norma ISO 9001:2000.

2.1.1 Requisitos Generales

El Banco de Sangre debe establecer, documentar e implementar un Sistema de Gestión de la Calidad considerando los requisitos de dicha Norma los cuales son: identificar los procedimientos y estrategias del servicio que ofrece el Banco de Sangre, determinar la secuencia de dichos procedimientos, determinar que se ejecute de acuerdo a lo documentado y darles el seguimiento respectivo para proporcionar la mejora continua en el desarrollo del SGC.

Sin embargo, se tienen como exclusiones los requisitos 7.1 Planificación de la realización del producto, 7.2 Procesos relacionados con el cliente y 7.3 Diseño y desarrollo; ya que estos requisitos son utilizados por empresas que fabrican el producto; para el caso del Banco de Sangre no aplican dichos apartados de la Norma, dado que no fabrican el producto (Sangre y Hemoderivados).

En el Banco de Sangre se han identificado los procedimientos necesarios para garantizar el funcionamiento del SGC, así como también, para mantener un seguimiento orientado a determinar y documentar la secuencia e interacción de dichos procedimientos (Ver literal D. Prestación del Servicio P.135-140 y literal E. Medición, Análisis y Mejora, Numeral 3. Seguimiento y Medición P.141 del presente capítulo).

El Banco de Sangre debe asegurar que las operaciones y el control de los procedimientos desarrollados durante la prestación del servicio sea eficaz, mediante la aplicación de un Plan de Implementación de la Calidad (Ver literal F. P. 146-157 del presente capítulo), basándose en criterios que definen los diferentes aspectos a controlar.

Así mismo el Banco de Sangre debe asegurar la disponibilidad de los recursos necesarios para prestar el servicio (Ver literal C. Gestión de los Recursos. P. 131-135 del presente capítulo).

Para realizar el Seguimiento, Medición y Análisis de los procedimientos realizados durante la prestación del servicio, el Banco de Sangre debe desarrollar Medición por la Dirección, Auditorías Internas de Calidad, Acciones Correctivas y Preventivas los cuales deben estar definidos como

procedimientos; a fin de conocer los resultados de la implementación del SGC y así realizar las mejoras necesarias garantizando la calidad del servicio brindado (Ver literal B. Responsabilidad de la Dirección P. 124-131, literal D. Prestación del Servicio. P. 135-140 y literal E. Medición, Análisis y Mejora P. 140-145 del presente capítulo).

2.1.2 Requisitos de la Documentación

En este apartado se desarrolla lo siguiente:

2.1.2.1 Generalidades

El Banco de Sangre deberá contar con una Política de Calidad y Objetivos de la Calidad debidamente establecidos; los cuales están definidos en el Manual de la Calidad (Ver Anexo 7).

El SGC del Banco de Sangre se debe describir a través de dos niveles de documentación, los cuales son utilizados y mantenidos para asegurar un control adecuado del mismo, a continuación se describen cada uno de ellos:

- Nivel 1: Manual de la Calidad

El Manual de la Calidad describirá la política de calidad del Banco de Sangre, la estructura general así como la referencia de los procedimientos.

■ Nivel 2: Manual de Procedimientos

Se deberán utilizar procedimientos documentados que establezcan y controlen la prestación del servicio del Banco de Sangre, verificándose con ello que sean ejecutados conforme a lo requerido.

2.1.2.2 Manual de la Calidad

El Manual de la Calidad comprende el primer nivel de la documentación del SGC para el Banco de Sangre. Este documento contiene la descripción de los medios para controlar el Sistema (Ver Anexo 7).

2.1.2.3 Control de los Documentos

En el Banco de Sangre se deben de controlar los documentos utilizados de tal manera que se encuentren en el área correcta y en la versión vigente a fin de evitar que sean utilizadas las versiones obsoletas. Los lineamientos para el control de los documentos, se encuentran en el procedimiento: No. 16 Control de los documentos (Ver Anexo 8).

2.1.2.4 Control de los Registros

Para proporcionar evidencia de la conformidad del SGC en las actividades realizadas para la prestación del servicio que ofrece el Banco de Sangre con los requisitos de la Norma ISO 9001:2000, en esta unidad se debe generar registros que permitan mostrar los resultados de todas las actividades realizadas en el SGC; estos registros tendrán que permanecer legibles, identificables y recuperables de acuerdo a los lineamientos No. 17 Control de los Registros (Ver Anexo 8).

Los documentos del SGC estarán disponibles en los puntos de uso requerido por los empleados y estos deberán ser conocedores de ellos.

En resumen, el Banco de Sangre deberá contar con la documentación necesaria que demuestre la eficiente ejecución del proceso.

Será obligatoria la existencia de los siguientes registros por un espacio de 10 años.

- a) Entrevista al donador
- b) Donadores rechazados temporal o permanentemente
- c) Fraccionamiento de las unidades
- d) Tamizaje de donadores

- e) Etiquetado de unidades
- f) Descartes de unidades
- g) Solicitudes de Hemocomponentes
- h) Pruebas pretransfusionales
- i) Existencia de Hemocomponentes
- j) Entrega de unidades
- k) Reacciones Postransfusionales
- l) Identificación de alo y autoanticuerpos
- m) Control de Calidad Interna
- n) Control de Calidad Externa
- o) Errores y análisis de Causas
- p) Grupos sanguíneos de rutina
- q) Procedimientos de aféresis

B. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN

En esta sección se hace referencia a los requisitos del apartado 5 de la Norma ISO 9001:2000.

1. Objeto

Determinar que el SGC debe ser organizado por la alta dirección, ya que está es la responsable de definir y establecer la política y objetivos, los cuales se basan en las metas que persigue el Banco de Sangre y en las necesidades de los

usuarios, de igual manera se debe especificar la estructura organizativa, la que servirá para describir todas las actividades y responsabilidades asignadas al personal.

2. Compromiso de la Calidad

El Banco de Sangre del HNNBB debe de comprometerse con la calidad del servicio que brinda por lo que tendrá que desarrollar y documentar el SGC, tomando en cuenta los requisitos establecidos en el apartado 5.1 de la Norma ISO 9001:2000; con la finalidad de darle el seguimiento respectivo y propiciar la mejora continua en el desarrollo de las actividades.

La alta dirección tiene que realizar revisiones periódicas para evaluar la eficacia y la mejora continua del SGC, como mínimo una al año, con el objeto de conocer todas las necesidades existentes y potenciales para asegurar la disponibilidad de los recursos requeridos y la implementación continua del Sistema.

3. Enfoque al Usuario

El Banco de Sangre de HNNBB, deberá determinar las exigencias del servicio que demandan los usuarios y asegurarse que estas se cumplan con el propósito de aumentar la satisfacción de estos.

4. Planificación

La alta dirección del Banco de Sangre del HNNBB debe asegurarse que los objetivos de la calidad se cumplan a través de las funciones que desarrollan los empleados en la prestación del servicio; para lo cual dichos objetivos de la calidad son considerados en el momento de la Planificación de todas las actividades a realizar durante el año.

5. Responsabilidad, Autoridad y Comunicación

En este apartado se desarrolla lo siguiente:

5.1 Responsabilidad y Autoridad

La estructura organizativa del Banco de Sangre del HNNBB (Ver Figura No. 3), muestra las interrelaciones, responsabilidades y autoridad del personal que administra, realiza y verifica el trabajo con calidad que se lleva a cabo en esta unidad. La estructura organizativa esta conformada de la siguiente manera:

- El Jefe deberá ser el responsable de la delegación de las diferentes responsabilidades relacionadas con la calidad, así como también tendrá que difundir aquellos aspectos relacionados con la calidad para que se ofrezca un servicio eficiente.
- Los profesionales en Laboratorio Clínico de las diferentes áreas que comprende el Banco de Sangre deben asegurarse de

que la política de calidad este operando efectivamente en sus funciones.

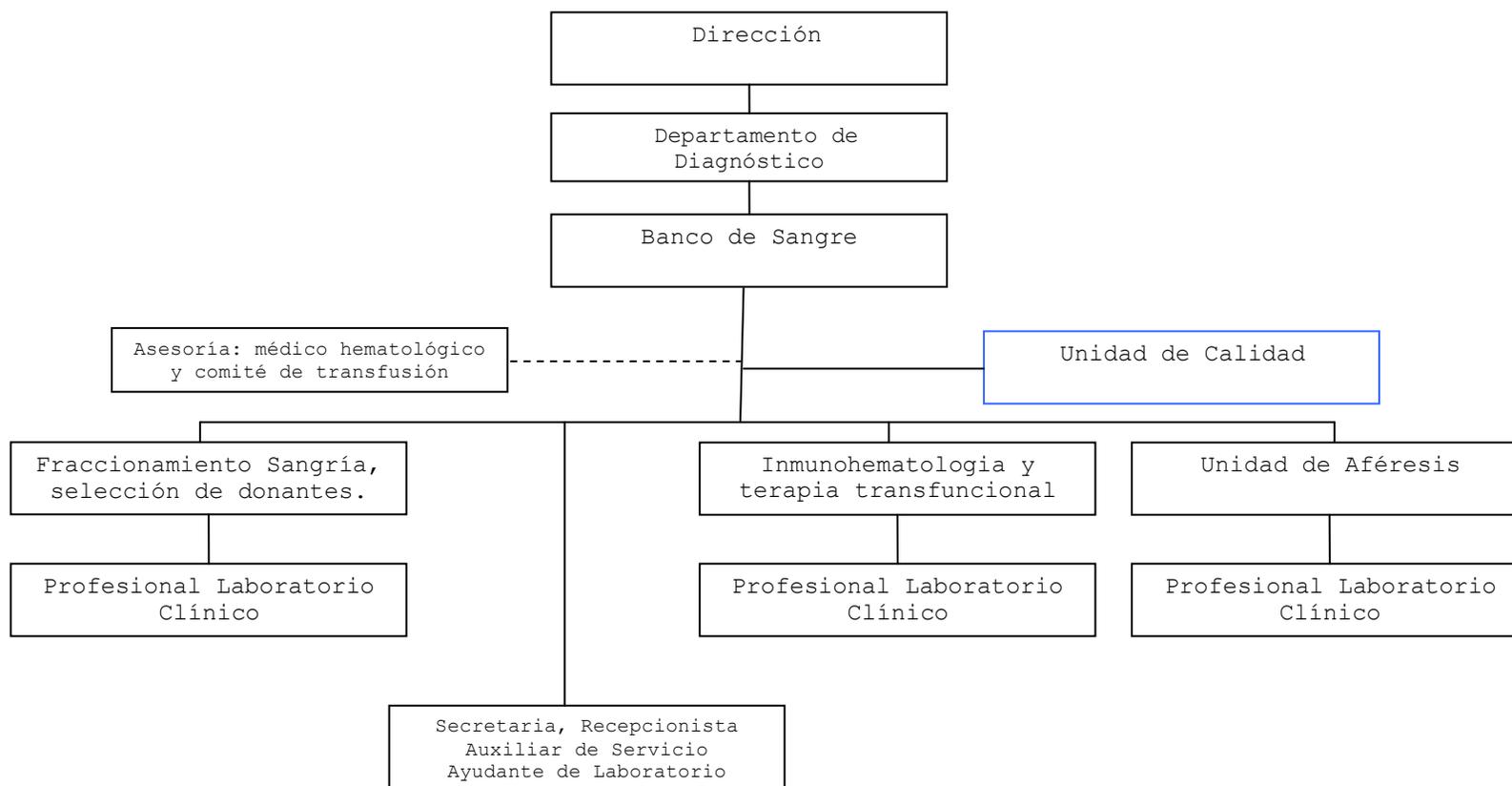
Es necesario que la delegación de la autoridad sea formalmente definida y documentada; además se tiene que asignar a todos los empleados la responsabilidad principal con relación a los elementos claves del SGC.

La calidad en el servicio ofrecido por el Banco de Sangre deberá ser responsabilidad de cada empleado, ya que sus actividades designadas se encuentren definidas claramente en los procedimientos (Ver Anexo 8).

Todos los empleados que realicen funciones que incidan en la calidad del servicio poseen la autoridad y libertad suficiente para:

- Identificar y notificar al responsable sobre cualquier deficiencia o trabajo no conforme, a fin de que se implementen las acciones correctivas correspondientes.
- Recomendar soluciones para el mejoramiento continuo de la calidad en los macro procesos del Banco de Sangre.

FIGURA 3
ORGANIGRAMA PROPUESTO DEL BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM



FUENTE: Elaboración propia del Grupo

5.2 Representante de la Dirección

El Banco de Sangre del HNNBB, deberá contar con un miembro de la dirección designada por la alta dirección quien asumirá las siguientes responsabilidades:

- Asegurarse de que se implemente y mantengan los procesos necesarios para el SGC una vez ya establecidos.
- Informar a la alta dirección del desempeño, necesidades y mejora del SGC.
- Promover la toma de conciencia del cumplimiento de las expectativas de los usuarios en toda la unidad organizativa.

5.3 Comunicación Interna

La Jefatura del Banco de Sangre del HNNBB, deberá contar con los mecanismos de comunicación vertical y horizontal en las líneas de mando, en las cuales se puede utilizar: memorándums, correo electrónico, teléfono, entre otros, lo que permitirá realizar eficientemente el SGC.

6. Revisión por la Dirección

En este apartado se desarrolla lo siguiente:

6.1 Generalidades

Según la Norma ISO 9001:2000, en el apartado 5.6.1 establece que: el SGC del Banco de Sangre deberá ser revisado por el Jefe, quien es el responsable directo de dicha revisión; en un intervalo mínimo de un año.

6.2 Información para la Revisión

La información requerida para llevar a cabo las revisiones por la alta dirección tendrá que ser:

- Los resultados de las auditorias internas y externas realizadas.
- La retroalimentación de los usuarios mediante la investigación de la satisfacción de estos, tal como lo establece el Procedimiento No. 19 Medición de la Satisfacción de los Usuarios (Ver Anexo 8).
- El desempeño de las actividades realizadas en la prestación del servicio de acuerdo a los procedimientos establecidos.
- El estado de las acciones correctivas y preventivas resultantes de auditorias, reclamos y trabajos no conformes.
- Toma de decisiones sobre los cambios que pueden afectar al SGC.

- Recomendaciones por la mejora del SGC.

6.3 Resultados de la Revisión

Estos resultados deberán incluir todas las decisiones y acciones relacionadas con:

- Las necesidades existentes de recursos humanos, económicos, tecnológicos y físicos.
- La mejora del servicio en relación con las expectativas de los usuarios.
- La mejora de la eficacia del SGC y sus procesos.

C. GESTIÓN DE LOS RECURSOS

En esta sección se hace referencia a los requisitos del apartado 6 de la Norma ISO 9001:2000.

1. Objeto

Asegurar que se dispone de los recursos necesarios para el desarrollo de las actividades y prestación del servicio solicitado en el Banco de Sangre del HNNBB.

2. Provisión de Recursos

El Banco de Sangre deberá identificar y proporcionar los recursos necesarios para la prestación del servicio, de tal

forma que se cumplan las exigencias acordadas con los usuarios, además estos recursos servirán para mantener y mejorar el SGC. (Ver Cuadro No 2. P. 157 del presente capítulo).

3. Recursos Humanos

En este apartado se desarrolla lo siguiente:

3.1 Generalidades

Todo el personal con que cuenta el Banco de Sangre deberá ser competente en lo que respecta a la educación, formación, habilidades y experiencia profesional requerida para el perfil del puesto que desempeña, así como también, esta unidad contará con una persona especializada en cuanto al Modelo del SGC y la Norma ISO, más profesionales en Laboratorio Clínico así como también personal técnico (Secretaria, Archivista, Cristalero y Ordenanza); todo esto con el fin de garantizar al usuario la calidad del servicio brindado. Además anualmente se deberá gestionar los recursos para el desarrollo del Plan de Formación del Profesional y a la vez mantener los registros apropiados de la educación, formación, habilidades y experiencia.

Finalmente, se le aplicarán las siguientes pruebas al personal:

- a. Evaluación del desempeño (muestras, incógnitas y evaluación de procedimiento).

- b. Programa de educación continua (revisión de temas y de normas).
- c. Control de esterilidad del área de punción.
- d. Participación en un programa de control de calidad externo.

3.2 Competencia, Toma de Conciencia y Formación

El Banco de Sangre deberá determinar la competencia requerida del personal que realice funciones que afecten la calidad del servicio que ofrecen (Ver Anexo 9), para ello esta unidad tendrá que proporcionar formación de personal en lo que respecta a la calidad y asegurar que los empleados estén concientes de la importancia de sus actividades, debido a que estas contribuyen al logro de los objetivos de la calidad, a través de charlas para concensuar al personal acerca de la cultura de la calidad así como la inducción para el nuevo personal.

4. Infraestructura

A fin de proporcionar y mantener adecuadamente las instalaciones necesarias para la realización del servicio, el Banco de Sangre deberá contar con las siguientes instalaciones, equipos y medios de comunicación:

- Los equipos y programas informáticos adecuados para la prestación del servicio, así como la disponibilidad del número de computadoras necesarias.
- Remodelación de las gradas, es decir hacerlas más anchas y menos inclinadas en el Área de Donación.
- Construir una rampla para desplazar con mayor facilidad el Mobiliario y Equipo en el Área de Donación.
- Construir servicios sanitarios en el Banco de Sangre específicamente en el Área de Donación, para que los donantes tengan con más facilidad acceso a ellos.
- Separar la Sala de Espera de Predonantes y Donantes, con el objeto de que la Donación se de cómo un proceso lineal (Ver Anexo 10), además éstas deberán estar debidamente ventiladas, contando con las comodidades mínimas necesarias para la satisfacción del usuario.
- Reubicación de las Áreas involucradas en el Proceso de Donación de acuerdo al orden lógico de este (Ver Anexo 11).
- Ambientar todas las áreas del Banco de Sangre con afiches llamativos para que motiven a la donación voluntaria y otros que contengan la Visión, Misión, Objetivos de Calidad, Políticas de Calidad de esta unidad.

5. Ambiente de Trabajo

En el Banco de Sangre el ambiente de trabajo se deberá establecer en la delegación de tareas; de manera que se obtenga un desarrollo eficiente de las actividades para lograr la conformidad de las expectativas de los usuarios del servicio que ofrece esta unidad.

D. PRESTACIÓN DEL SERVICIO

En los apartados 7.1 Planificación de la Realización del Producto, 7.2 Procesos Realizados con los Clientes, 7.3 Diseño y Desarrollo de la Norma ISO 9001:2000, no aplica para el servicio que presta el Banco de Sangre, debido a que en esta unidad no fabrican el producto (Sangre y Hemoderivados).

1. Objeto

Planificar todas las actividades de compras y prestación del servicio incluidos en el SGC.

2. Compras

En este apartado se desarrolla lo siguiente:

2.1 Proceso de Compras

Para asegurarse de que los bienes y servicios adquiridos para el Banco de Sangre cumplan con las especificaciones definidas por el usuario, se ha documentado el Procedimiento No.18 Requisiciones de Artículos para Banco de Sangre (Ver Anexo 8), en el cual se detallan todas aquellas actividades requeridas para realizar este requisito de la Norma ISO 9001:2000.

Por otra parte, en lo relacionado a la Selección y Evaluación de Bienes y/o Servicios se encarga la unidad de Adquisiciones y Contrataciones del HNNBB; con el fin de que se asegure la calidad de los mismos para suministrar productos o servicios de acuerdo a los requerimientos del Banco de Sangre, mediante criterios claramente definidos para la selección y la evaluación, así mismo, se deberá contar con registros de los resultados de estas evaluaciones.

2.2 Información de las Compras

Para asegurar el cumplimiento de las especificaciones de las compras, el Banco de Sangre que para este caso actúa como solicitante deberá describirlas junto a otros requisitos necesarios para la compra solicitada.

2.3 Verificación de los Productos Comprados

Para garantizar que los productos y servicios adquiridos son conformes con los requisitos y especificaciones previamente estipulados, el Banco de Sangre debe realizar una verificación en el momento de recepción de los pedidos, dejando evidencia de dicha acción.

3. Prestación del Servicio

En esta sección se hace referencia a los requisitos del apartado 7.5 de la Norma ISO 9001:2000.

3.1 Control de la Prestación del Servicio

El servicio que ofrece el Banco de Sangre debe realizarse bajo condiciones controladas y establecidas en los procedimientos; con la finalidad de asegurar la disponibilidad de información que describa las características del servicio, así como también, la disponibilidad de las Instrucciones de Trabajo (Ver Anexo 12), bajo las cuales labora el personal del Banco de Sangre. Por otra parte, se debe de controlar el uso del equipo apropiado y las actividades de liberación y entrega del servicio.

3.2 Validación de la Prestación del Servicio

Dada la naturaleza del servicio que ofrece el Banco de Sangre, se considera que este requisito no se aplica; ya que dicho

servicio deberá verificarse mediante actividades de seguimiento y medición durante la prestación del mismo.

3.3 Identificación y Trazabilidad

El Banco de Sangre debe identificar el servicio que ofrece a través de los medios adecuados, que le permitan brindarlo eficientemente.

A continuación se definen los siguientes aspectos:

Identificación

El personal del Banco de Sangre debe ser responsable de asegurar que todos los procedimientos involucrados en el servicio, sean claramente identificados de forma trazable desde la solicitud, prestación y conclusión del servicio.

Trazabilidad

El Banco de Sangre debe mantener registros por el servicio prestado y así poder conocer el destino final de cada uno de los componentes obtenidos en los diferentes procesos.

3.4 Propiedad del Cliente

Este acápite no aplica porque no se utilizan propiedades de los usuarios en la prestación del servicio del Banco de Sangre del HNNBB.

3.5 Preservación del Producto

El Banco de Sangre esta obligado a conservar la sangre y los hemoderivados durante el proceso interno y la entrega al destino previsto. Esta conservación deberá incluir la identificación, manipulación, embalaje, almacenamiento y protección requeridos por los usuarios de esta unidad.

Los períodos de almacenamiento requeridos que debe cumplir el Banco de Sangre para los componentes son:

CUADRO No 1

Períodos de Almacenamiento de Componentes de la Sangre

COMPONENTES	TEMPERATURA	VENCIMIENTO
Glóbulos Rojos	4°C	21-42 días
Sangre Total	4°C	21-42 días
Plasma Fresco	-20 a - 70°C	12 meses
Plasma Humano	-20 a - 70°C	5 años
Plasma Fresco Descongelado	4°C	4 horas
Plasma Humano Descongelado	4°C	7 días
Crioprecipitado	-20 a - 70°C	12 meses
Plaquetas	20 - 24°C	5 días

Fuente: Colegio de Microbiólogos y Químicos Clínicos de Costa Rica. Norma Para la Organización y Funcionamiento de Bancos de Sangre 2004. P. 24.

4. Control de los Dispositivos de Seguimiento y Medición

El Banco de Sangre deberá establecer el mantenimiento del equipo utilizado, el soporte del sistema informático para la prestación

y conformidad del servicio con las especificaciones requeridas por los usuarios. Por otra parte, esta unidad tendrá que calibrar los equipos antes de su utilización comparados con patrones de medición nacional, y protegerlos contra daños y el deterioro durante la manipulación, mantenimiento y almacenamiento de estos.

Además, el Banco de Sangre deberá evaluar y registrar la validez de los resultados de las mediciones realizadas cuando se identifique que el equipo no cumple con los requisitos necesarios. Esta unidad tendrá que tomar las acciones apropiadas sobre el equipo y los productos afectados en caso de que el equipo no sea conforme; se mantendrán registros de los resultados de la calibración.

E. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA

En esta sección se hace referencia a los requisitos del apartado 8 de la Norma ISO 9001:2000.

1. Objeto

Planificar e implementar los procedimientos necesarios para el seguimiento, medición y análisis que propician realizar las mejoras necesarias durante la prestación del servicio.

2. Generalidades

El Banco de Sangre debe planificar e implementar los procedimientos requeridos para el seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios a fin de:

- Demostrar la conformidad del servicio con respecto a las expectativas que tiene el usuario.
- Asegurarse de la conformidad del SGC.
- Mejorar continuamente la eficacia del SGC.

3. Seguimiento y Medición

En este apartado se desarrolla lo siguiente:

3.1 Satisfacción del Cliente (Usuario)

El Banco de Sangre deberá controlar el desempeño del SGC a través de un seguimiento a la información de la percepción y satisfacción del usuario con respecto al cumplimiento de sus expectativas por medio del Procedimiento No.19 Medición de la Satisfacción del Usuario (Ver Anexo 8).

3.2 Auditoria Interna

En el Banco de Sangre se deben realizar las auditorias internas de acuerdo con el Procedimiento No.20 Auditoria Interna (Ver Anexo 8), con la finalidad de:

- ✚ Proveer información para las revisiones por la alta dirección.
- ✚ Determinar la efectividad de la implementación y conformidad del Sistema de Calidad con los requisitos establecidos del Banco de Sangre, los usuarios y la Norma ISO 9001:2000.

Es importante, tener en cuenta que se realizará una auditoria interna al año como mínimo; cuando existan no conformidades en los procedimientos u oportunidades de mejora, se debe proceder de acuerdo a los Procedimientos No.21 No Conformidades - Acciones Correctivas y el No.22 Acciones - Preventivas (Ver Anexo 8).

3.3 Seguimiento y Medición de los Procesos

El Banco de Sangre debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento y medición de los procesos, mediante la evaluación de cada uno de los procedimientos. Así mismo, esta unidad organizativa debe utilizar el procedimiento para aplicar las acciones correctivas requeridas cuando no se alcancen los resultados planificados.

3.4 Seguimiento y Medición del Servicio

Para cumplir con este requisito el Banco de Sangre debe de contar con un procedimiento para medir y dar seguimiento a las características del servicio que se brinda, para verificar que se cumplan las exigencias del usuario y a la vez registrar la evidencia de dicha conformidad.

4. Control del Servicio No Conforme

Las modalidades del manejo y tratamiento del servicio no conforme se describen en el procedimiento respectivo, considerando las acciones a tomar para eliminar la no conformidad detectada y prevenir la presentación de esta. Así mismo se deben mantener registros de las no conformidades y de cualquier acción tomada. En el caso de que la no conformidad haya sido detectada después de la prestación del servicio, se toman las acciones apropiadas respecto a los efectos de la no conformidad.

Cuando se detecte que el servicio es no conforme tiene que verificarse nuevamente con las expectativas de los usuarios a fin de demostrar su conformidad de acuerdo a los lineamientos del Procedimiento No.21 No Conformidades -Acciones Correctivas (Ver Anexo 8).

5. Análisis de Datos

El análisis de la información y datos resultantes debe ser realizado cada seis meses, tomando como base su generación constante de manera que se pueda verificar el avance y cumplimiento de los objetivos de la calidad.

El análisis de datos deberá contar con información de la satisfacción de los usuarios y la conformidad con las expectativas del servicio.

6. Mejora

En este apartado se desarrolla lo siguiente:

6.1 Mejora Continua

El Banco de Sangre está obligado a mejorar continuamente el SGC, mediante la aplicación de la política y objetivos de la calidad, los resultados de las auditorias, el análisis de las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección.

6.2 Acciones Correctivas

Para el análisis de las acciones correctivas requeridas, el Banco de Sangre debe contar con un procedimiento orientado a que se tomen acciones apropiadas que permitan eliminar las causas de

las no conformidades que se detecten, con el objeto de evitar que sucedan mediante la revisión de dichas no conformidades.

Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas para la cual se establecen el Procedimiento No.21 No Conformidades Acciones Correctivas (Ver Anexo 8).

6.3 Acciones Preventivas

El Banco de Sangre debe desarrollar acciones preventivas para eliminar las causas de las no conformidades potenciales y prevenir su ocurrencia, mediante un procedimiento documentado que esté orientado a determinar e implementar las acciones necesarias, registrar los resultados de las acciones tomadas y revisar dichas acciones de acuerdo al Procedimiento No.22 Acciones Preventivas (Ver Anexo 8).

F. PLAN DE IMPLANTACION

1. Introducción

A continuación se presenta el Plan de Implantación del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) que el Banco de Sangre del HNNBB tiene que desarrollar para llevar a cabo dicho sistema.

El plan detalla los objetivos para lo cual se ha elaborado; seguidamente se especifican las diferentes fases que se deben de ejecutar para realizar el proceso de implantación.

Las fases que conforman dicho proceso son:

- I. Concienciación
- II. Diagnóstico de la Situación Actual
- III. Documentación del Sistema
- IV. Implantación del Sistema
- V. Seguimiento y Mejora Continua

Cada una de las fases está comprendida por una serie de actividades en las que se especifica puntualmente lo que se debe desarrollar para lograr que el sistema funcione eficientemente. Además se presenta los costos anuales de la implantación del sistema para el Banco de Sangre del HNNBB.

2. Objetivos

2.1 General

Establecer las fases del proceso de implantación y los costos necesarios para desarrollar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Banco de Sangre del HNNBB.

2.2 Específicos

- ✚ Determinar la secuencia lógica de las actividades mínimas indispensables para el desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad.
- ✚ Presentar los costos anuales de la implantación del Sistema de Gestión de la Calidad para el Banco de Sangre del HNNBB.

3. Proceso de Implantación

Este acápite detalla las fases que se deben realizar para desarrollar el SGC en el Banco de Sangre, cada una de las fases contiene sus actividades donde se especifica claramente el seguimiento del proceso.

3.1 Concienciación

Esta fase pretende dar a conocer a la alta dirección y al personal del Banco de Sangre, el impacto de la aplicación de la normativa ISO 9001:2000 a un SGC, así mismo incluye las actividades de capacitación al recurso humano, puesto que ello asegure la comprensión y asimilación de los conceptos y requisitos de la Norma.

Hay que tomar en cuenta que es necesario que la alta dirección así como el personal, deban ser parte del proceso de realización del sistema asumiendo sus responsabilidades; ya que son ellos

quienes tienen el poder de decisión para que el sistema funcione eficientemente.

3.1.1 Reunión de la Alta Dirección

Es la primera actividad indispensable para la implantación del SGC, esta consiste en informar y concensuar a la alta dirección del Banco de Sangre, las ventajas de trabajar con calidad basada en las especificaciones de la Norma ISO 9001:2000. Al mismo tiempo se establecerán las fechas de capacitación tanto para la alta dirección como para el personal.

3.1.2 Capacitación de la Alta Dirección

Esta actividad tiene como objetivo capacitar a la alta dirección acerca de la estructura de la Norma ISO 9001:2000, esta capacitación puede ser impartida por Organizaciones Internacionales que apoyan a la salud como por ejemplo la Organización Panamericana de la Salud y también los encargados del Sistema de Calidad del Banco de Sangre apoyada por instituciones externas tales como: la Fundación Empresarial para el Desarrollo Educativo (FEPADE), EL Instituto Salvadoreño de Formación Profesional (INSAFORP) o el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT); dichas instituciones tienen la experiencia en cuanto a la aplicación de la normativa.

3.1.3 Designación del Representante de la Dirección

El asignar a un representante de la dirección en materia de la calidad es una de las actividades indispensables, ya que este tendrá la responsabilidad de facilitar el seguimiento a las actividades de implantación del sistema. La persona asignada puede ser un empleado del Banco de Sangre, el coordinador del sistema de calidad del HNNBB o preferentemente una persona externa a la institución.

El representante de la dirección debe poseer conocimientos de la aplicación de la normativa y la calidad; así como también poseer características tales como: Liderazgo, Perseverancia y Responsabilidad.

3.1.4 Capacitación Dirigida a los Empleados

Dicha actividad pretende involucrar a todo el personal en la materia de la calidad en el servicio al usuario, de igual manera en la estructura y conceptualización de la Norma ISO 9001:2000. Dado lo anterior, el personal creará conciencia de la importancia del SGC y todas sus implicaciones.

3.2 Diagnóstico de la Situación Actual

A continuación se detallan las actividades necesarias para llevar a cabo esta fase, para efecto de su realización es necesaria la ayuda de consultores especializados en la materia,

debido a que el tratamiento de la información no puede ser sometida a sesgos o cualquier otra manipulación que contribuya a la obtención de los resultados verídicos.

3.2.1 Elaboración de los Instrumentos de Recolección de Información

Esta actividad se realizará con el objeto de preparar los cuestionarios que se utilizarán para recopilar la información bajo la perspectiva de los usuarios, la alta dirección del Banco de Sangre y el personal, con su opinión se elaborará la situación actual de la organización. Los cuestionarios pueden diseñarse de acuerdo a los que se utilizaron para realizar este estudio.

3.2.2 Selección de la Muestra

Esta etapa comprende la aplicación de un método estadístico a la totalidad de la población de usuarios para seleccionar la muestra representativa que será encuestada, con el objeto de conocer su opinión del servicio que se les brinda en el Banco de Sangre.

De la misma forma se aplicará a los empleados del Banco de Sangre, sin embargo se conoce que el total de empleados de esta unidad de servicio es de 19 personas; cantidad reducida para

realizar un proceso de selección, por lo tanto es conveniente encuestar a la totalidad.

La metodología que se utilizó para realizar el diagnóstico de este estudio es la base para que el equipo de mejoramiento continuo lo aplique en las revisiones del sistema.

3.2.3 Recopilación de la Información

Esta actividad se refiere propiamente a la encuesta en sí, como se indicó anteriormente, se obtendrán las opiniones y percepciones de los usuarios sobre el servicio que se les ha brindado, la alta dirección y el personal sobre el trabajo y la institución.

3.2.4 Análisis de la Información

Comprende el tratamiento de la información recogida mediante la tabulación de las diferentes respuestas obtenidas en cada uno de los cuestionarios; con el fin de evaluar el estado actual de la organización.

Para que el Banco de Sangre, tenga un marco de referencia de cómo presentar las tabulaciones de los resultados, se puede tomar como base las realizadas en el capítulo II (Ver P. 60-97).

3.2.5 Presentación de Conclusiones y Recomendaciones

Las conclusiones y recomendaciones resultantes del análisis de la información deberán ser presentadas a todo el personal del Banco de Sangre, este informe servirá de justificación para desarrollar o mejorar el SGC.

3.3 Documentación del Sistema

La documentación del sistema es la fase en donde se desarrolla o mejora el sistema, se puede asegurar que es la parte más delicada de la implantación ya que se elaborarán los niveles de la documentación del SGC, el primer nivel comprende el Manual de la Calidad el cual debe contener la política de la calidad, objetivos de la calidad y las aplicaciones exigidas por la normativa; seguidamente se documentará el segundo nivel que corresponde al Manual de los Procedimientos Principales, de Soporte y Medición, Análisis y Mejora; ambos niveles formarán la parte vital del SGC que exige la Norma ISO 9001:2000. Hay que tomar en cuenta que esta actividad debe ser dirigida por personas capacitadas y conocedora de la aplicación de la normativa.

3.3.1 Establecimiento de los Objetivos y Política de la Calidad

La política y objetivos de la calidad es la primera actividad que el Banco de Sangre debe definir con el objeto de proporcionar los lineamientos generales del SGC. Dado que los objetivos de la calidad se encuentran en función de la política; en primer lugar debe de establecerse dicha política y luego los objetivos, cada uno de ellos tendrá que ser definido tomando en cuenta los elementos que se hayan estipulado en la política de calidad.

Esta actividad debe ser realizada principalmente con la alta dirección del Banco de Sangre, ya que son ellos los que dirigen a la organización; además tienen la responsabilidad de inducir al recurso humano a que el trabajo que estos realicen este orientado a la calidad en el servicio al usuario.

3.3.2 Diseño y Elaboración de Procedimientos

Los Procedimientos Principales, de Soporte y los de Medición, Análisis y Mejora conforman el segundo nivel de la documentación del SGC, estos tienen el objetivo de describir la forma en que se debe realizar las diferentes actividades relacionadas con el servicio al usuario. La actividad consiste en el levantamiento o

revisión de los procedimientos ya que el trabajar con calidad exige implícitamente la mejora continua.

Es necesaria la disponibilidad por parte del personal del Banco de Sangre, debido a que con una mayor colaboración para brindar la información los resultados serán positivos y congruentes a la realidad.

Para efecto de las revisiones del sistema deberán ser documentadas y sometidas a aprobación por la organización, así mismo divulgar tales cambios e implantarlos para comprobar su efectividad. En este estudio se presenta el Manual de Procedimientos que el grupo ha elaborado para efectos de que el Banco de Sangre tenga documentado sus procedimientos exigidos por la Norma ISO 9001:2000.

3.3.3 Elaboración del Manual de la Calidad

Comprende el primer nivel de la documentación del SGC del Banco de Sangre, esta conformado principalmente por la política y objetivos de la calidad que deben de haberse definido antes de dar inicio a esta actividad. El Manual de la Calidad contiene todas las especificaciones que exige la Norma ISO 9001:2000, para orientar todas las partes del sistema hacia la calidad en el servicio al usuario.

Mediante el Manual de la Calidad propuesto en este estudio (Ver Anexo 7) se dota al Banco de Sangre de los medios para el control del SGC, así mismo enfatiza a todas las actividades que se relacionan directa e indirectamente con el servicio al usuario, su utilización debe ser tratada responsablemente, además la mejora continua de este documento permitirá un funcionamiento eficiente del sistema.

3.4 Implantación del Sistema

El Sistema de Gestión de la Calidad basado en las especificaciones de la Norma ISO 9001:2000, tiene su verdadero valor en el sistema documental que este requiere, ya que está directamente ligado a su representatividad de la realidad de la unidad de servicio para la cual se desarrolla, es decir que las cosas se hagan realmente como está escrito.

La implantación del sistema documentado consiste, en garantizar que las actividades sean ejecutadas de modo estricto y responsable, tal como están descritas en el Manual de Procedimientos.

3.5 Seguimiento y Mejora Continua

Esta fase se refiere a las acciones correctivas y preventivas necesarias, en caso de que el SGC posea algún procedimiento que deba ser mejorado, esto será detectado mediante el proceso de seguimiento y revisión que se encuentra descrito en el Manual de la Calidad del Sistema.

La principal acción preventiva que se puede utilizar para un SGC es la auditoria interna el responsable directo de que se ejecute esta actividad podrá detectar las oportunidades de mejora al sistema así como también su vigencia. Los resultados de tales auditorias deben ser presentados a la alta dirección del Banco de Sangre, posteriormente a todo el personal para que se pueda tomar conciencia de que el trabajo orientado a la calidad requiere de responsabilidad, conocimiento y seguridad de lo que se esta haciendo.

El plan de implantación no finaliza con esta fase ya que dicho plan debe ser ejecutado anualmente con el objeto de tener actualizado y trabajando eficientemente el sistema, es decir que el mantener un SGC requiere de un proceso sistemático para que continuamente se este mejorando con el objetivo principal de brindar un servicio al usuario que satisfaga sus requisitos.

3.6 Costos Anuales Estimados para la Implantación del SGC para el Banco de Sangre del HNNBB.

La determinación de los costos anuales estimados para la implantación del Sistema de Gestión de la Calidad para el Banco de Sangre se ha obtenido de la información proporcionada por la Jefe de esta unidad en lo que respecta a:

- Recurso Humano
- Materiales
- Recurso Técnico
- Recursos Tecnológicos
- Ambiente y Estructura Física

Se aclara que para la aplicación del SGC en el Banco de Sangre del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom se contará con fondos del presupuesto asignado a esta unidad, así como también de la donación proveniente de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

CUADRO No. 2

**Costos Anuales Estimados para la Implantación del SGC para el
Banco de Sangre del HNNBB.**

RECURSOS	CANTIDAD
HUMANO	
▣ Capacitación.	\$ 5000.00
▣ Propuesta de contratación de un representante del SGC.	\$ 12000.00
▣ Propuesta de contratación de 4 licenciados en Laboratorio Clínico.	\$ 28992.00
▣ Propuesta de Contratación de personal técnico (Secretaria, Archivista, Cristalero y Ordenanza).	<u>\$ 13716.00</u>
	\$ 59708.00
MATERIALES	
▣ Mobiliario (Sillas, ventiladores, etc.)	<u>\$ 5000.00</u>
	\$ 5000.00
TECNICO	
▣ Documentación del SGC	<u>\$ 15000.00</u>
	\$ 15000.00
TECNOLÓGICOS	
▣ Sistemas computacionales	<u>\$ 5000.00</u>
	\$ 5000.00
AMBIENTE Y ESTRUCTURA FÍSICA	
▣ Estructura física	\$ 20000.00
- Construcción de baños	
- Construcción de rampla	
- Remodelación de gradas	
- Ampliación de sala de espera	
▣ Ambiente	<u>\$ 2000.00</u>
- Ambientación de áreas de Banco de Sangre	<u>\$ 22000.00</u>
- Programas de donación voluntaria	
COSTO ANUAL DE IMPLANTACIÓN	\$ 106,708.00

3.7 Cronograma del Plan de Implantación para el Banco de Sangre del HNNBB

Actividades \ Tiempo	2004	2005		2006		2007	
	2° Semestre	1° Semestre	2° Semestre	1° Semestre	2° Semestre	1° Semestre	2° Semestre
	- Concienciación						
- Diagnóstico de la Situación Actual							
- Documentación del Sistema							
- Implantación del Sistema							
- Seguimiento y Mejora Continua (Se realizará una vez al año a partir del 2008).							

G. GLOSARIO DE TERMINOS

AFÉRESIS: Es el procedimiento por medio del cual, en forma manual o mecánica, se extrae selectivamente ex vivo un componente sanguíneo con restitución de los demás componentes de la sangre.

CALIFICACIÓN INMUNOHEMATOLÓGICA: Comprende todos los procesos encaminados a todos los estudios inmunohematológicos de los pacientes y donantes.

CALIFICACIÓN SEROLÓGICA: Encierra todos los procesos mediante los cuales se hace el estudio de la sangre para detectar las enfermedades infecciosas en la sangre las cuales pueden ser transmitidas a los pacientes por medio de una transfusión.

CRIOPRESERVACIÓN: Es la conservación a bajas temperaturas de un hemocomponente o elemento progenitor medular.

COLECTA INTRAMOLAR: Es un macro proceso que inicia con la promoción de donación de sangre, continua con la selección y luego con la colecta de sangre; este procedimiento tiene como objetivo la colección de sangre segura que se realiza dentro del hospital de manera interna.

COLECTA EXTRAMOLAR: Es un macro proceso que inicia con la promoción de donación de sangre, continua con la selección y luego con la colecta de sangre; este procedimiento tiene como objetivo la colección de sangre segura que se realiza fuera de las instalaciones del hospital de manera externa con las empresas altruistas.

CRIOPRECIPITADO: Hemocomponente que contiene la fracción precipitada resultante de la descongelación a 4°C del plasma fresco congelado, con la obtención de un pequeño volumen de plasma rico en Factor VIII, Factor I ó Fibrinógeno y Factor XIII.

CRIOPRESERVACIÓN: Conservación de un hemocomponente o elemento progenitor medular hematopoyético, mediante el proceso de disminución de la temperatura.

HEMOCOMPONENTES: Son los productos preparados por el banco de sangre a partir de la unidad de sangre entera por medio de métodos de separación física: Sangre desplasmática, Plasma fresco, Concentrado plaquetario, Crioprecipitados y Plasma conservado.

POOL: Mezcla en un único recipiente, de más de un hemocomponente o hemoderivado de iguales características provenientes de diferentes donantes.

TRANSFUSIÓN: Inyección parenteral de un hemocomponente.

TRAZABILIDAD: Conocimiento del destino final de cada uno de los hemocomponentes producidos a través de una unidad de sangre total extraída.

SGC: Sistema de Gestión de la Calidad.

H. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

LIBROS

- Cantú Delgado, Humberto. **"Desarrollo de la Cultura de Calidad"**. Mc Graw Hill INTERAMERICA EDITORES, S.A. de C.V. México 1996. Pág. 349
- Colegio de Microbiólogos y Químicos Clínicos de Costa Rica. **"Norma para la Organización y funcionamiento de Bancos de Sangre de Costa Rica"**. 2004.
- Drovetta, Guadagnini. **"Diccionario de Administración y Ciencias Afines"**. Editorial LIMUSA S.A. de C.V. México D.F. 1999. Pág. 224
- Moreno Luzón, María. J. Peris. Fernando, Gonzáles, Tomas. **"Gestión de la Calidad y diseño de las Organizaciones, Teoría y Estudios de Casos"**. Editorial PRENTICE HALL. Madrid 2001.
- Organización Panamericana de la Salud. **"Estándares de Trabajo para Bancos de Sangre"**, Segunda versión. Colombia 1999. Pág. 6
- Serie de Mc Graw Hill. **"La Calidad del Servicio"**. Tomo III. Colombia 1994. Pág. 1
- Singh Soin, Sarv. **"Control de Calidad Total"**: Claves, Metodologías y para el Éxito. Mc Graw Hill INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V. México 1997. Pág. 6

TESIS

- Castellanos, Ada Lorena y otros.

"Propuesta de Normalización Aplicando ISO 9000 en la Prestación de servicios a los Exportadores en el Banco Central de Reserva de El Salvador", Universidad de El Salvador, Facultad de Ciencias Económicas 2004, P. 13.

- Franco, José Ángel. y otros.

"Guía para la aplicación de Normas de Estandarización de Calidad ISO 9000 en los Servicios que presta los Despachos de Auditoria", Universidad de El Salvador, Facultad de Ciencias Económicas 1993.

- Solórzano Rodríguez, Ana Isabel. y otros

"Propuesta de Organización del Sistema de Suministros Materiales para el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom", Universidad de El Salvador, Facultad de Ciencias Económicas 2000.

DOCUMENTOS E INFORMES

- Sección Panamá. "Boletín Oficial del Instituto de Ingenieros Eléctricos y Electrónicos". No. 1, 2000. Pág. 1
- Madrid, España. "Norma Española ISO 9001:2000, Sistema de Gestión de la Calidad". Diciembre 2000. AENOR.

WEBSITES VISITADAS Y ACCESADAS

<http://www.ewh.ieee.org/reg/9/panama/iso9000.htm>

ANEXOS

ANEXO 1

Constitución de la República.

SECCIÓN CUARTA

SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Art. 65.- La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.

El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación.

ANEXO 2

Reglamento de Bancos de Sangre y Medicina Transfusional.

Órgano Ejecutivo

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR

Decreto No. _____

CONSIDERANDO:

- I. Que de acuerdo al artículo 65 de la Constitución de la República de El Salvador, "la salud de los habitantes de la República de El Salvador constituye un bien público y que el Estado y la personas están obligados a velar por su conservación restablecimiento a través de acciones incluidas en la política Nacional de Salud.
- II. Que la Sangre es un elemento irremplazable en la vida del ser humano y que es necesario minimizar los factores de riesgo asociados a la transfusión, garantizando los principios de acceso equitativo, oportuno, eficiente, suficiente y seguro a la sangre y sus componentes.

III. Que por lo tanto, es necesario contar con un Reglamento que establezca el marco legal en el cual deban desarrollarse los principios mencionados anteriormente.

POR TANTO:

En uso de sus facultades constitucionales

**DECRETA: EL REGLAMENTO DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA
TRANSFUSIONAL**

TITULO PRELIMINAR

Capítulo Único

Disposiciones Generales

Objeto de Reglamento.

Art. 1.- El presente Reglamento tiene por objeto normar la obtención, procesamiento, almacenamiento, distribución y uso de sangre humana y sus componentes materias que se declaran de orden público e interés nacional.

Ámbito de Aplicación.

Art. 2.- El presente Reglamento es de aplicación obligatoria para los Bancos de Sangre públicos y privados, dedicados a la obtención, procesamientos, almacenamientos, distribución y uso de sangre humana y sus componentes.

CAPÍTULO II

SISTEMA DE CALIDAD Y GARANTIA DE CALIDAD

Del Sistema de Calidad

Art. 35.- El Sistema de Calidad define la estructura, organización, responsabilidades, registros y medios necesarios para la implantación y Gestión de la Calidad en los Bancos de Sangre.

Control de Calidad Interno

Art. 36.- Los Bancos de Sangre, cualquiera que sea su categoría deberán establecer un Control de Calidad Interno que asegure la efectividad de los procedimientos, reactivos, equipos e insumos, con el fin de obtener productos procesados de la mejor calidad.

Control de Calidad Externo

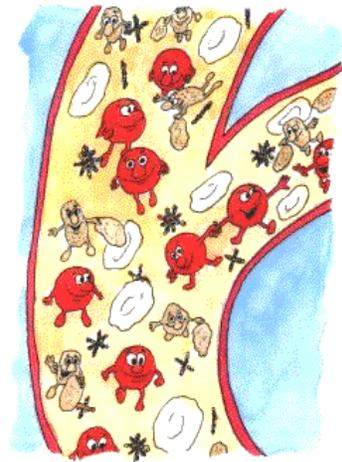
Art. 37.- Todos los Bancos de Sangre deberán participar en el Control de Calidad Externo que estará a cargo de un laboratorio de referencia, con el objeto de realizar, por lo menos dos veces al año, las evaluaciones del desempeño de cada Banco de Sangre.

ANEXO 3

Procedimiento de Colecta del Banco de Sangre del HNNBB



Procedimiento de Fraccionamiento de Sangre del Banco de Sangre
del HNNBB



Procedimientos de Estudios Serológicos del Banco de Sangre del
HNNBB



Procedimientos de Estudios Inmunohematológicos del Banco de
Sangre del HNNBB

Clasificación sanguínea:

Técnica en tubo



Técnica en Gel



Procedimiento de Almacenamiento de Sangre y Hemoderivados del
Banco de Sangre del HNNBB



Procedimiento de Control de calidad del Banco de Sangre del
HNNBB



ANEXO 4



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS DONANTES DEL BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM.

OBJETIVO: Obtener información sobre la situación actual del servicio que ofrece el Banco de Sangre del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, para ser utilizada con fines estrictamente académicos.

INDICACIONES: Marque con una x la respuesta que usted crea conveniente.

1. ¿Considera usted que el servicio que presta el Banco de Sangre es con calidad?

Propósito: Determinar si el Banco de Sangre presta el servicio con calidad a sus usuarios.

Si _____

No _____

¿Por qué? _____

2. ¿Considera usted que el Banco de Sangre ofrece un servicio rápido?

Propósito: Conocer el grado de satisfacción del donante al recibir el servicio.

Si _____ No _____

¿Por qué? _____

3. ¿Se le brinda atención personalizada en el proceso de donación al donante?

Propósito: Conocer si el Banco de Sangre cuenta con el recurso humano necesario para atender a cada donante.

Si _____ No _____

¿Por qué? _____

4. ¿Considera usted que el personal con el que cuenta el Banco de Sangre está debidamente calificado para realizar sus labores?

Propósito: Conocer la apreciación que el donante tiene del personal que labora en el Banco de Sangre a nivel profesional.

Si _____ No _____

¿Por qué? _____

5. ¿Cuando usted recibe el servicio del Banco de Sangre, considera que las relaciones entre los empleados y los donantes son agradables?

Propósito: Conocer si existe una relación agradable entre los donantes y empleados del Banco de Sangre.

Si _____ No _____

¿Por qué? _____

6. ¿Cómo considera usted las instalaciones físico-ambientales del Banco de Sangre?

Propósito: Determinar si las instalaciones con que cuenta el Banco de Sangre para realizar la prestación del servicio son las adecuadas.

Excelente _____

Regular _____

Muy Buena _____

Necesita Mejorar _____

Buena _____

¿Por qué? _____

7. ¿Considera usted que el personal del Banco de Sangre posee el mobiliario y equipo con tecnología adecuada para realizar el proceso de donación?

Propósito: Determinar si el Banco de Sangre cuenta con el equipo necesario para prestar con calidad su servicio.

Si _____

no _____

¿Por qué? _____

8. ¿Qué aspectos positivos observa en el servicio que ofrece el Banco de Sangre?

Propósito: Identificar los aspectos que fortalecen la prestación del servicio de esta unidad de servicio.

Menciónelos: _____

9. ¿A criterio personal, qué aspectos tendría que mejorar en el servicio que se brinda en el Banco de Sangre?

Propósito: Identificar los aspectos que necesita mejorar el Banco de Sangre para prestar eficientemente el servicio.

Menciónelo _____

ANEXO 5



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS EMPLEADOS DEL BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM.

OBJETIVO: Obtener información sobre la situación actual de los empleados del Banco de Sangre del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, para ser utilizada con fines estrictamente académicos.

INDICACIONES: Marque con una x la respuesta que usted crea conveniente.

I. DATOS GENERALES

1. Nombre del puesto _____
2. Jefe Inmediato _____
3. Jornada de Trabajo: De _____ a _____

II. DATOS ESPECÍFICOS

1. ¿Conoce usted lo que es un Sistema de Calidad?

Propósito: Identificar si los empleados del Banco de Sangre tienen conocimiento de lo que es un Sistema de Calidad.

Si _____ No _____

2. ¿El Banco de Sangre posee algún Sistema de Calidad para realizar sus Macro-procesos²³?

Propósito: Conocer si la unidad de servicio trabaja aplicando un sistema de calidad para determinar si el servicio es prestado con calidad.

Si _____ no _____

Menciónelos: _____

Si su respuesta fuera positiva contestar la siguiente.

3. ¿Considera usted que el Sistema de Calidad que aplica el Banco de Sangre tiene las siguientes características?

Propósito: Identificar las características que tiene el Sistema de Calidad que aplica el Banco de Sangre.

²³ Macro-proceso: Son los principales procesos que realiza el Banco de Sangre entre los cuales están: Colecta, Fraccionamiento, Serología, Inmunohematología, Almacenamiento, Distribución, etc.

- a. Cero Defecto _____
- b. Fiabilidad _____
- c. Flexible _____
- d. Ágil _____
- e. Continuo _____
- f. Dinámico _____

4. ¿Marque con una x los recursos que el Banco de Sangre posee para la aplicación de un Sistema de Calidad a criterio personal?

Propósito: Conocer la clase de recursos con que cuenta el Banco de Sangre para determinar algunas fortalezas y debilidades que posee dicha unidad.

- a. Recursos Económicos _____
- b. Recurso Humano Calificado _____
- c. Recursos Tecnológicos (Mobiliario y Equipo) _____
- d. Recurso Físico (Infraestructura) _____

5. ¿Cómo considera usted la organización del Banco de Sangre para realizar los macro-procesos?

Propósito: Determinar como los empleados consideran la organización para realizar los macro-procesos en la unidad de servicio.

- a. Excelente _____
- d. Regular _____

b. Muy Bueno _____

e. Mala _____

c. Buena _____

f. Necesita Mejorar _____

Porque _____

6. ¿Considera usted que los macro-procesos que se llevan a cabo en el Banco de Sangre se realizan sin ningún error?

Propósito: Identificar las actividades que no agregan valor, ni dan ningún beneficio en la realización de los macro-procesos para poder mejorarlos.

Si _____

No _____

¿Por qué? _____

7. ¿Considera usted que la aplicación de un nuevo Sistema de Calidad contribuiría a mejorar la satisfacción del usuario del Banco de Sangre?

Propósito: conocer si el Banco de Sangre necesita la aplicación de un Sistema de Calidad para mejorar la satisfacción de los usuarios.

Si _____ No _____

¿Por qué? _____

8. ¿Conoce usted que es la Norma ISO 9001 versión 2000?

Propósito: Identificar si los empleado tienen conocimiento de lo que son las Norma ISO para facilitar su aplicación.

Si _____ No _____

9. ¿A criterio personal, marque con una x los diferentes aspectos con que cuenta el Banco de Sangre?

Propósito: Determinar si el personal que labora en el Banco de Sangre tiene conocimiento de los diferentes aspectos antes mencionados.

a. Visión _____ c. Objetivos _____
b. Misión _____ d. Estructura Organizativa _____

Otros: _____

10. ¿Existe algún tipo de control en los documentos que se utilizan en el Banco de Sangre?

Propósito: Identificar si existe algún sistema de documentación que controle la realización de los macro-procesos.

Si _____ No _____

Menciónelos _____

11. ¿Conoce usted si el Banco de Sangre posee políticas de calidad para llevar a cabo la prestación del servicio?

Propósito: Conocer si el Banco de Sangre posee políticas de calidad para prestar su servicio.

Si _____ No _____

Menciónelos _____

12. ¿Cuáles son las herramientas técnicas administrativas con que cuenta el Banco de Sangre que contribuyen a la calidad en el servicio que ofrece dicha unidad?

Propósito: Determinar si la unidad de servicio posee algún tipo de herramienta técnica administrativa que le sirva de apoyo para trabajar con calidad.

- a. Manual de Organización _____
- b. Manual de Funciones _____
- c. Manual de Procedimientos _____
- d. Manual de Control de Equipos _____

Otros: _____

13. ¿Marque con una x los requisitos de la Norma ISO 9001 versión 2000 que considera que cumple el Banco de sangre?

Propósito: Conocer los requisitos que posee la unidad de servicio para la aplicación de la norma.

- a. Responsabilidad de la dirección _____
- b. Control de documentación _____
- c. Control de compras y donaciones _____
- d. Trazabilidad _____
- e. Control de Procesos _____
- f. Inspección _____
- g. Control de equipo _____
- h. Control de no conformidad _____
- i. Acciones Correctivas _____
- j. Auditorias internas _____
- k. Formación de personal _____
- l. Técnicas estadísticas _____

14. ¿Considera usted que el Banco de sangre promueve capacitaciones referentes a la calidad que contribuyen a tener un personal capacitado en la prestación del servicio?

Propósito: Conocer si el Banco de Sangre apoya las capacitaciones de calidad que contribuya a obtener un personal calificado.-

Si _____

No _____

Menciónelos: _____

ANEXO 6

Estadística de Donantes para el Año 2003

Fuente: Base de Datos del Banco de Sangre del HNNBB

ANEXO 7



MANUAL DE LA CALIDAD
DEL
SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD
PARA EL BANCO DE SANGRE
DEL HNNBB
BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2000

INDICE

CONTENIDO	PÁG.
Introducción	i
1. Naturaleza del Banco de Sangre del HNNBB .	1
2. Misión	1
3. Visión	1
4. Alcance	2
5. Política y Objetivos de la Calidad . .	3
5.1 Política de la Calidad	4
5.2 Objetivos de la Calidad	4
6. Estructura Organizativa	6
7. Procedimientos Documentados	8
8. Interacción de los Procedimientos del SGC .	8

INTRODUCCIÓN

El Manual de la Calidad es la parte central sobre el que se articula todo el Sistema de Calidad, por lo que en dicho documento se establece la Política y Objetivos de Calidad, los cuales estarán aplicados a todo el accionar del Banco de Sangre del HNNBB.

También se da una descripción que recoge las características más importantes de los Principales procesos y prácticas generales que se deberán cumplir para garantizar los niveles establecidos de la Política de Calidad, de tal forma que estos sean los adecuados para obtener la calidad deseada.

1. Naturaleza del Banco de Sangre

El Banco de Sangre del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, el cual es una Institución Pública sin fines de lucro, esta unidad de servicio fue creada el 6 de Noviembre de 1928 con la finalidad de disminuir la creciente mortalidad infantil.

2. Misión

La Misión del Banco de Sangre del HNNBB, se define de la siguiente manera:

"Somos el servicio responsable de la captación, procesamiento, almacenamiento y distribución de sangre y componentes, bajo estrictos estándares de calidad para brindar servicios seguros a la población que lo necesite, contamos con un equipo de profesionales altamente calificados, para contribuir a la recuperación de la población infantil de 0-12 años".

3. Visión

La Visión del Banco de Sangre del HNNBB, se define de la siguiente manera:

" Ser un Banco de Sangre regionalizado que en el año 2007 se abastezcan en un 50% de donantes voluntarios altruistas con

recurso humano para consolidar el Sistema de Calidad y optar a la certificación de productos y servicios que ofrecemos”.

4. Alcance

El Manual de la Calidad del Banco de Sangre tiene como propósito describir la Política, Estructura del SGC y el Servicio brindado, basándose en la Norma ISO 9001:2000.

El Manual se aplicará a las actividades relacionadas con la calidad del servicio prestado y procedimientos documentados, siendo de obligatorio cumplimiento por todo el personal del Banco de Sangre, ya que tiene como función asegurar la calidad en sus actividades basado en el cumplimiento de los requisitos descritos en los procedimientos aplicables a los servicios ofrecidos.

Este Manual está diseñado para los principales Macro-procesos, dentro de los cuales se retoman los más importantes:

■ Procedimiento de Colecta

- Exámenes Preliminares, Peso Corporal.
- Exámenes Preliminares, Medición de Presión Arterial.
- Entrevista a Donantes.

■ Procedimiento de Promoción

- Promoción de la Donaciones Voluntarias.

■ Procedimientos Administrativos

- Reposición de Comprobante de Donación.

■ Procedimiento de Serología

- Serología de Sífilis.

■ Procedimiento de Inmunohepatología

- Determinación de Tipo Sanguíneo Inverso.
- Validación de Muestras.
- Preparación de Sangre Reconstruida o Modificada.

■ Procedimiento de Fraccionamiento

- Separación de Componentes Sanguíneos Empacados.
- Preparación de Plasma Fresco Congelado.
- Pool de Concentrado de Plaquetas.

■ Procedimiento de Control de Calidad de Equipo

- Control de Calidad de Baño María (Funcionamiento).
- Control de Calidad de Baño Seco (Toma de Temperatura).
- Control de Calidad de Rotadores Serológicos, Extractor de Plasma.

5. Políticas y Objetivos de la Calidad

Este numeral comprende la política y objetivos de la calidad que orientan al Banco de Sangre a realizar el servicio con calidad.

5.1 Política de Calidad

A continuación se define la Política de la Calidad que orientará al Banco de Sangre, con el objeto de contar con un marco de referencia para el establecimiento y funcionamiento de la calidad:

"Brindar servicios confiables, oportunos y permanentes con calidad y rapidez que satisfagan las necesidades de nuestros usuarios a través de la mejora continua de nuestro recurso humano y tecnológico".

El compromiso del Banco de Sangre para desarrollar la cultura de la calidad entre los miembros de esta unidad, se debe materializar a través de un programa permanente de concienciación, dirigido a la fomentación de los principios de Gestión de la Calidad. La Política del Banco de Sangre deberá ser difundida en esta unidad organizativa de acuerdo a los requisitos establecidos en la cláusula 5.3 de la Norma ISO 9001:2000. Esta Política se debe promover desde la Alta Dirección hacia todo el personal.

5.2 Objetivos de la Calidad

Para asegurar que se aplique una cultura de calidad en el servicio que ofrece el Banco de Sangre se han definido Objetivos

de la Calidad que puedan medirse, considerando que como mínimo lleven las siguientes condiciones:

- Qué la calidad en la prestación del servicio satisfaga las expectativas de los usuarios de este.
- Qué los servicios cumplan con los requisitos legales establecidos en el Reglamento del Banco de Sangre y Medicina Transfusional.
- Qué la calidad de los servicio se mejore a través de un Proceso de Revisión y Mejora Continua.

Los Objetivos Anuales de la Calidad se derivan de la Política de la Calidad y se han definido tomando en consideración la naturaleza y requisitos propios del servicio que ofrece el Banco de Sangre, los Objetivos de la Calidad se definen de la siguiente manera:

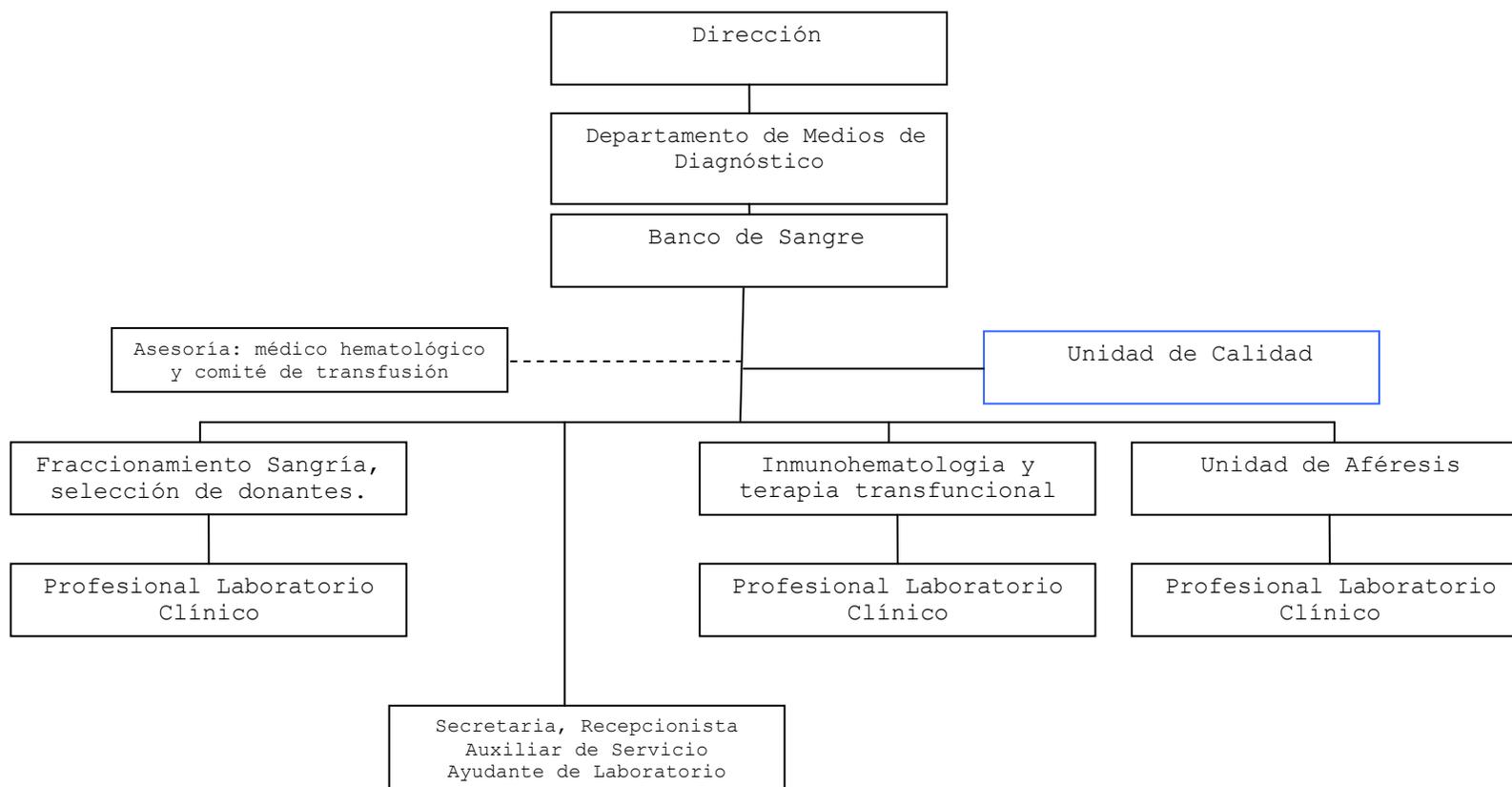
- Cumplir con la legislación nacional en lo que respecta al Banco de Sangre.
- Conocer los requisitos de los usuarios del servicio que ofrece el Banco de Sangre.
- Lograr en un 50% la captación de sangre y hemoderivados por medio de la afluencia de donantes.
- Desarrollar herramientas de apoyo que faciliten el prestar eficientemente el servicio.

- Lograr desarrollar sistemas más seguros, flexibles y de fácil conectividad con otros centros de captación.
- Capacitar al recurso humano en lo que respecta a la calidad en el servicio al usuario.
- Participar Institucionalmente en equipos de mejora y círculos de calidad.

6. Estructura Organizativa

El Banco de Sangre del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, esta conformado por trece unidades orgánicas, las cuales se presentan en el siguiente organigrama.

FIGURA 1
ORGANIGRAMA PROPUESTO DEL BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM



7. Procedimientos Documentados

En el Banco de Sangre se han documentado los procedimientos que se relacionan directamente con el servicio ofrecido a los usuarios, así como las actividades indirectas que se originan en la prestación del mismo. Estos procedimientos se encuentran en el Manual de Procedimientos (Ver Anexo 8).

8. Interacción de los Procedimientos del Sistema de Gestión de la Calidad.

Los procedimientos se han clasificado de la siguiente manera:

- **Procedimientos Principales:** Son los que se desarrollan directamente cuando se le brinda el servicio al usuario.
- **Procedimientos de Soporte:** Son los involucrados indirectamente en la prestación del servicio solicitado por los usuarios, estos influyen en la calidad de los macro-procesos principales.
- **Procedimiento de Medición, Análisis y Mejora:** Son aquellos desarrollados mediante herramienta de evaluación que permiten conocer el estado y mejora del Sistema de Gestión de la Calidad, de manera que sea evidente la evolución del servicio en pro de la satisfacción de los usuarios.

ANEXO 8



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DEL

SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD

PARA EL BANCO DE SANGRE

DEL HNNBB

BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2000

INDICE

CONTENIDO	PÁG.
Introducción	i
Alcance	1
PROCEDIMIENTOS	
Procedimiento Principales	2
■ Procedimiento de Colecta	
- Exámenes Preliminares (Peso Corporal).	3
- Medición de Presión Arterial	5
- Entrevista a Donantes	8
■ Procedimiento de Promoción	
- Promoción de la Donaciones Voluntarias.	12
■ Procedimientos Administrativos	
- Reposición de Comprobante de Donación.	16
■ Procedimiento de Serología	
- Serología de Sífilis.	19
■ Procedimiento de Inmunohematología	
- Determinación de Tipo Sanguíneo Inverso.	24
- Validación de Muestras	27
- Preparación de Sangre Reconstruida o Modificada	30
■ Procedimiento de Fraccionamiento	
- Separación de Componentes Sanguíneos	

Empacados	32
- Preparación de Plasma Fresco Congelado	36
- Pool de Concentrado de Plaquetas	40
■ Procedimiento de Control de Calidad de Equipo	
- Control de Calidad de Baño María (Funcionamiento).	42
- Control de Calidad de Baño Seco (Toma de Temperatura).	44
- Control de Calidad de Rotadores Serológicos, Extractor de Plasma	47
Procedimiento de Soporte.	49
■ Procedimiento de Control de los Documentos	50
■ Procedimiento de Control de los Registros.	52
■ Procedimiento de Requisición de Artículos	54
Procedimiento de Medición, Análisis y Mejora	56
■ Procedimiento de Medición de la Satisfacción del usuario Donantes (A)	57
■ Procedimiento de Medición de la Satisfacción del usuario Asistente de Enfermería (B)	59
■ Procedimiento de Auditoria Interna	61

■ Procedimiento de No Conformidades y	
Acciones Correctivas	63
■ Procedimiento de No Conformidades y	
Acciones Preventivas	65
Simbología Utilizada.	67

INTRODUCCIÓN

Este documento da cumplimiento al segundo nivel de la documentación que requiere el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), con el objeto de brindar los lineamientos para la ejecución de los macro-procesos y así contar con una forma detalla de cada una de las actividades que se realizan en el Banco de Sangre del HNNBB.

El Manual de Procedimientos se encuentra estructurado en tres niveles los cuales son: en primer lugar están los principales procesos, estos comprenden los Procedimientos de Colecta, Promoción, Serología, Inmunohematología, Fraccionamiento y Control de Calidad de Equipo; por otra parte, están los procedimientos de soporte entre los cuales se mencionan Requisición de Artículos, Control de los Documentos y Control de los Registros; finalmente, se presentan los procedimientos de medición, análisis y mejora, necesarios para mantener eficientemente la prestación del servicio que ofrece el Banco de Sangre los cuales son Medición de la Satisfacción del Usuario, No Conformidades y Acciones Correctivas, Acciones Preventivas y Auditoria Interna.

ALCANCE

El Manual de Procedimientos del Sistema de Gestión de la Calidad deberá ser utilizado para que el Banco de Sangre del HNNBB brinde el servicio a sus usuarios de manera que se satisfagan las expectativas de estos.

PROCEDIMIENTOS PRINCIPALES

	HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM BANCO DE SANGRE	
Elaborado por: Grupo de Tesis	HHBBCO03	Versión 1.0 Página 3 de 309
Aprobado por: Jefe de Banco de Sangre	PROCEDIMIENTO DE COLECTA EXAMENES PRELIMINARES (EVALUACIÓN DE PESO CORPORAL) PROCESO 1	Agosto/2004

1. Objetivo

Evaluar el peso del donante previo a la donación.

2. Alcance.

Médico o Licenciado en Laboratorio del área del Banco de Sangre.

3. Abreviaturas

No existen.

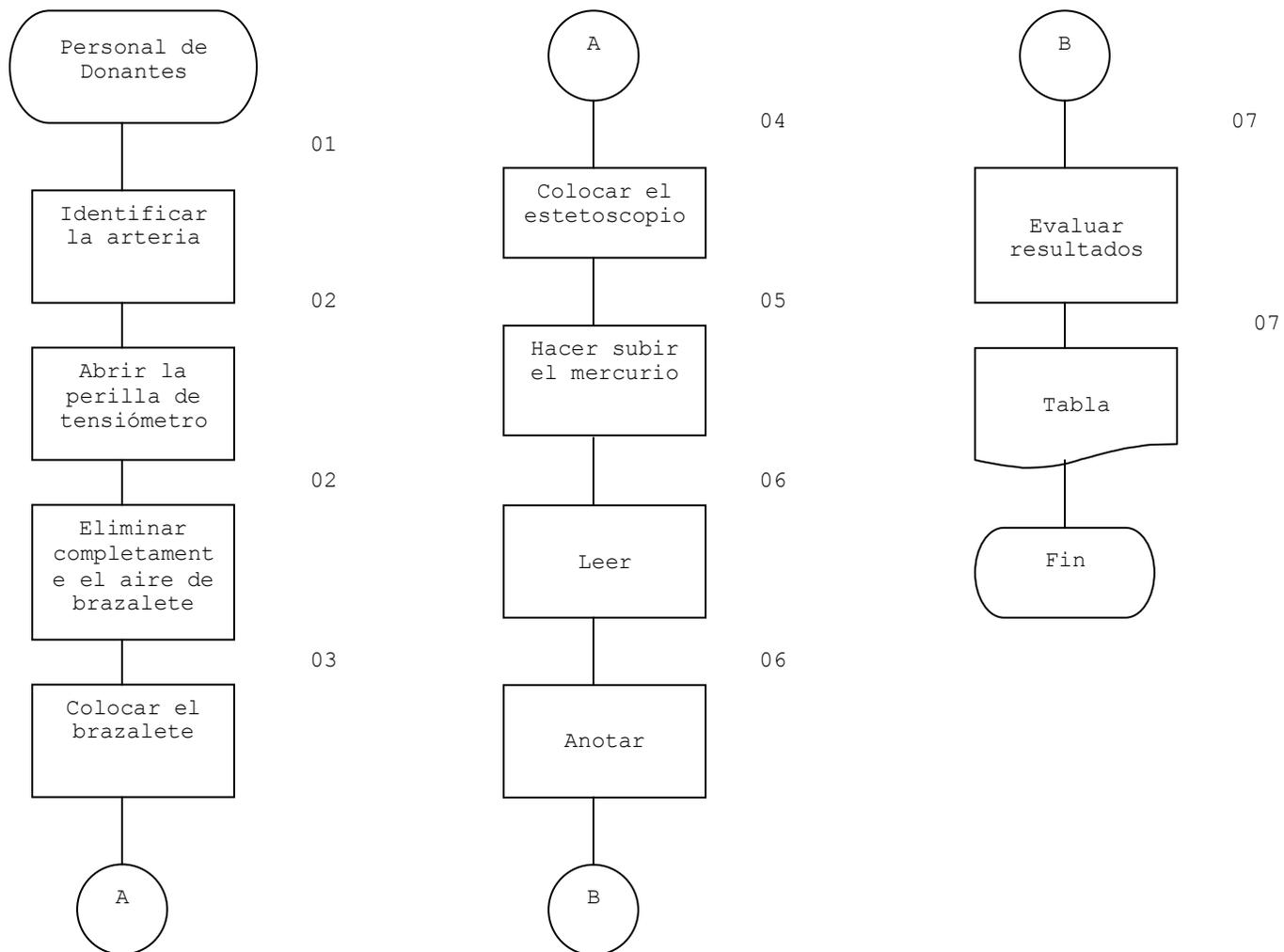
4. Procedimiento

01. El personal de donantes verifica que la báscula este bien calibrada.
02. El personal de Donante debe pedir al donante que retire de su cuerpo objetos pesados.
03. El personal de donantes debe ubicar en el centro de la báscula al donante.
04. El personal de donante debe anotar el peso en tarjeta de cartulina.
05. El personal de donante debe evaluar los resultados.

	HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM BANCO DE SANGRE	
Elaborado por: Grupo de Tesis	HHBCCO04	Versión 1.0 Página 5 de 309
Aprobado por: Jefe de Banco de Sangre	PROCEDIMIENTO DE COLECTA EXAMENES PRELIMINARES (MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL) PROCESO 2	Agosto/2004

<p>1. Objetivo</p> <p>Evaluar Presión Arterial antes de la donación.</p> <p>2. Alcance.</p> <p>Médico o Licenciado en Laboratorio del área del Banco de Sangre.</p> <p>3. Abreviaturas</p> <p>No existen.</p> <p>4. Procedimiento</p> <p>01. El personal de donante debe identificar la arteria del brazo en pliegue antecubital con dedo índice y medio.</p> <p>02. El personal de donante debe abrir la perilla del tensiómetro y eliminar completamente el aire del brazalete.</p> <p>03. El personal de donante debe colocar el brazalete en el brazo del donante y retirar manga de la ropa.</p> <p>04. El personal de donante debe colocar el estetoscopio en la arteria localizada.</p> <p>05. El personal de donante debe hacer subir el mercurio hasta la marca de 200 mm.</p> <p>06. El personal de donante debe abrir la perilla del tensiómetro a velocidad de 2 mmHg por segundo hasta escuchar el primer latido del pulso y anotar el dato en el numerador. Al dejar de detectar el pulso, leer y anotar la segunda medida de la presión en el denominador.</p> <p>07. El personal de donante debe evaluar los resultados.</p>
--

**PROCEDIMIENTO DE COLECTA
EXÁMENES PRELIMINARES A DONANTES (MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL)**



NO CONFORMIDAD

- Si los capilares se rompen o se sale la muestra de sangre del donante, el proceso de centrifugación se tiene que repetir y tomar otra muestra al donante.
- Donantes con datos anormales pasarlos rápidamente a entrevista para ser diferidos y recomendarle que lo vea el médico.
- Donantes de reposición que no tengan la referencia de trabajo social, introducirlo al sistema como donante altruista.
- Cuando la referencia de trabajo social no traiga número de registro del paciente, introducirlo al sistema como donante altruista.
- Si las referencias de trabajo social no contiene el servicio, obviar este parámetro.

	HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM BANCO DE SANGRE	
Elaborado por: Grupo de Tesis	HHBBCO06	Versión 1.0 Página 8 de 309
Aprobado por: Jefe de Banco de Sangre	PROCEDIMIENTO DE COLECTA ENTREVISTA A DONANTES PROCESO 3	Agosto/2004

1. Objetivo

Indagar todo el estado de salud presente y pasado del donante, indagar cual es su estilo de vida.

2. Alcance

Médico o Licenciado en Laboratorio del área del Banco de Sangre.

3. Abreviaturas

No existen

4. Procedimiento

01. El personal de entrevista debe revisar el resultado de peso, hematocrito, presión arterial realizándola en un lugar privado.

02. El personal de entrevista debe evaluar el aspecto físico de la persona.

03. El personal de entrevista debe revisar el cuerpo del donante para verificar que no tengan tatuajes, solicitándoles autorización para que los donantes masculinos se quiten la camisa.

04. El personal de entrevista debe clasificar al donante como apto, no apto o diferido, según criterios del Manual de Selección de Donantes.

05. El personal de entrevista debe firmar, fechar y sellar la referencia de trabajo social, anotando el nombre del donante y la palabra apto, no apto ó diferido en la parte superior de la boleta.

06. El personal de entrevista debe explicar al donante no apto ó diferido el motivo por el cual no donan.

07. El personal de entrevista debe entregarle el documento de identidad al donante no apto ó diferido.

	HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM BANCO DE SANGRE	
Elaborado por: Grupo de Tesis	HHBCO06	Versión 1.0 Página 9 de 309
Aprobado por: Jefe de Banco de Sangre	PROCEDIMIENTO DE COLECTA ENTREVISTA A DONANTES PROCESO 3	Agosto/2004

4. Procedimiento

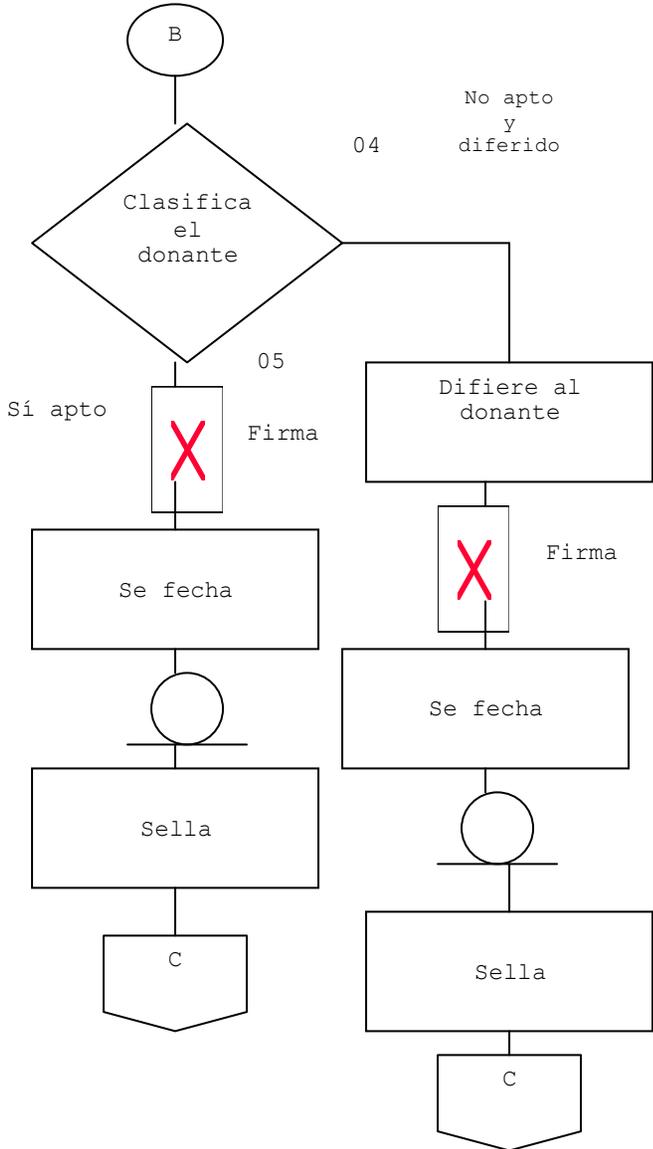
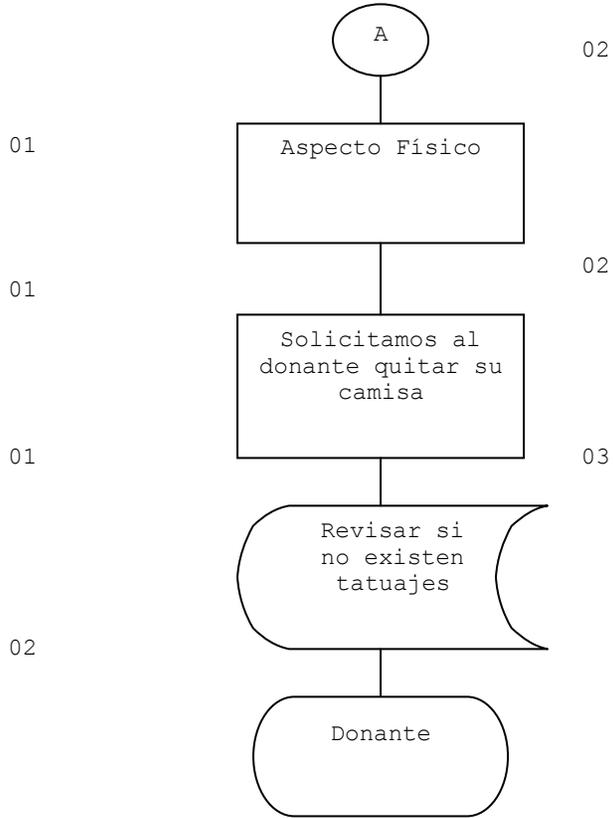
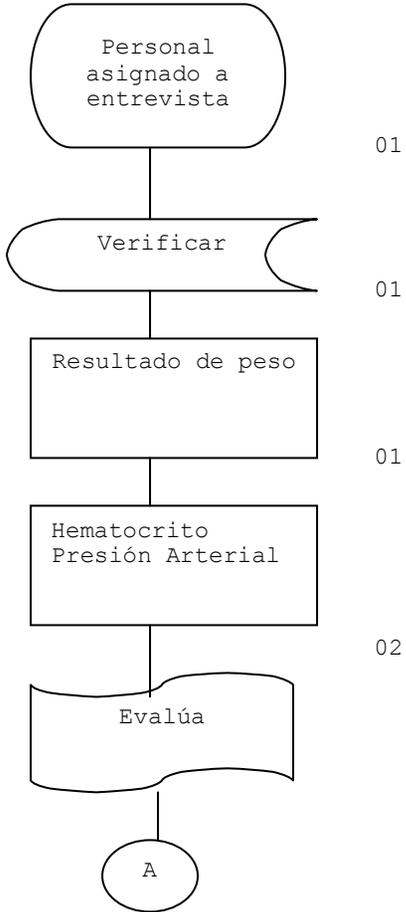
08. El personal de entrevista debe explicar y entregar a los donantes que son aptos la hoja de entrevista en la que está incluido el consentimiento informado para que lo firme.

09. El personal de entrevista debe regresar el documento de identidad al donante.

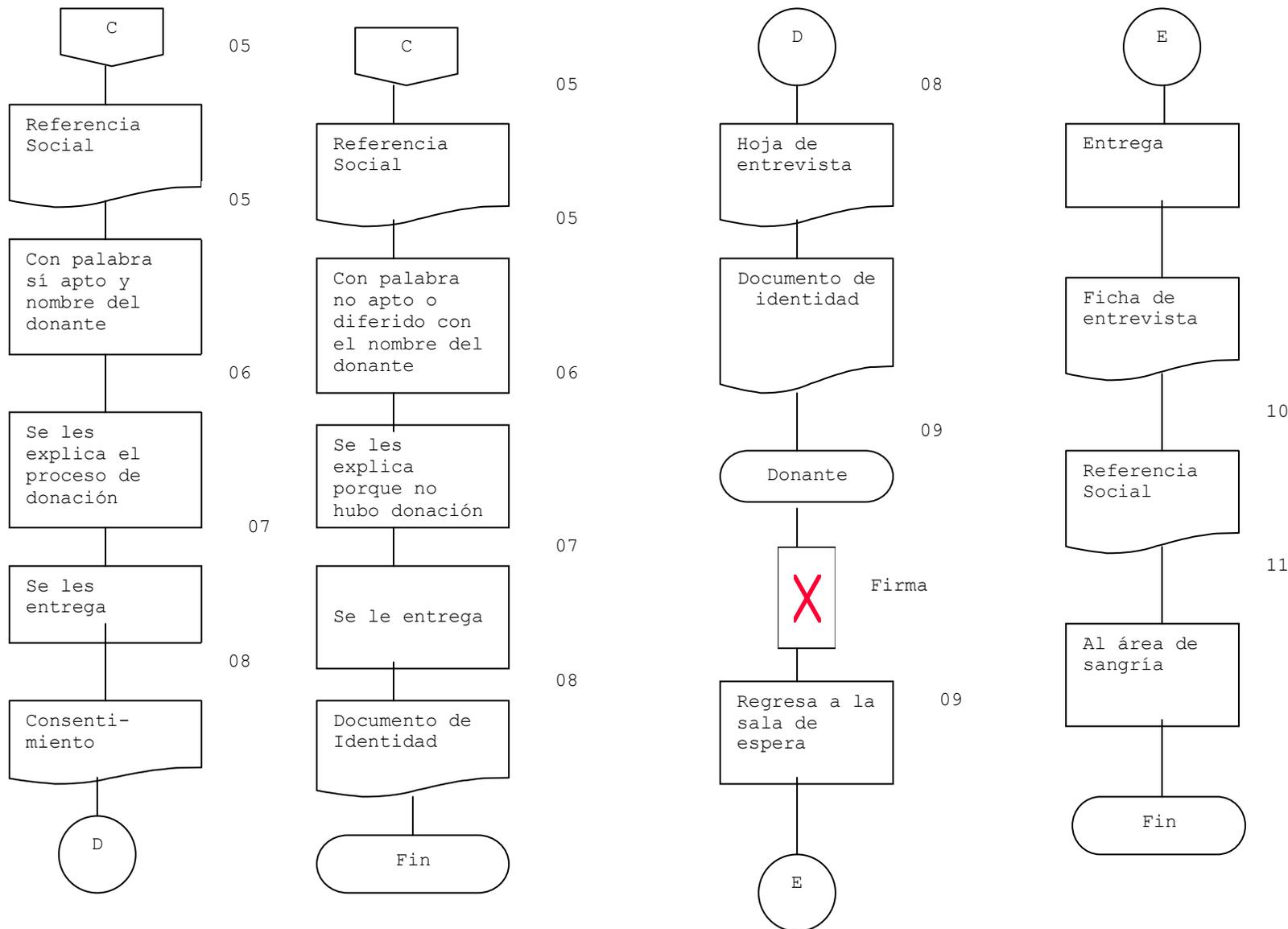
10. El donante debe firmar y regresar a sala de espera.

11. El personal de entrevista debe pasar referencia de trabajo social, la hoja de entrevista y el documento de identidad al área de sangría.

**PROCEDIMIENTO DE COLECTA
ENTREVISTA AL DONANTE**



PROCEDIMIENTO DE COLECTA ENTREVISTA AL DONANTE.



	HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM BANCO DE SANGRE	
Elaborado por: Grupo de Tesis	HHBBPr02	Versión 1.0 Página 12 de 309
Aprobado por: Jefe de Banco de Sangre	PROCEDIMIENTO DE PROMOCIÓN PROMOCIÓN DE LA DONACIÓN VOLUNTARIA PROCESO 4	Agosto/2004

1. Objetivo

Motivar la donación voluntaria altruista intra y extra hospitalaria a través de charlas, videos, panfletos y otros medios de comunicación.

2. Alcance.

Médico o Licenciado en Laboratorio del área del Banco de Sangre.

3. Abreviaturas

No existen.

4. Procedimiento

01. El Jefe de Consulta Externa todos los días a diferentes horas debe proyectar un video en la sala de espera, en la consulta externa para motivar a las personas que acompañan a los pacientes para convertirlos en donantes voluntarios de sangre.

02. El personal del Banco de Sangre entrega panfletos alusivos a la donación a la oficina de trabajo social y consulta externa para que los entreguen a los visitantes.

03. El personal asignado a donantes incentiva a las personas para que vuelvan a donar.

04. El personal asignado a donantes al obtener una respuesta positiva de la persona se debe de anotar a la persona en el libro "Llamado de Donantes" con nombre, fecha, dirección y teléfono.

05. Hacer llamado por teléfono a los 3 meses a la persona ó enviar una carta a través de la Administración del Hospital.

	HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM BANCO DE SANGRE	
Elaborado por: Grupo de Tesis	HHBPr02	Versión 1.0 Página 13 de 309
Aprobado por: Jefe de Banco de Sangre	PROCEDIMIENTO DE PROMOCIÓN. PROMOCIÓN DE LA DONACIÓN VOLUNTARIA PROCESO 4	Agosto/2004

4. Procedimiento

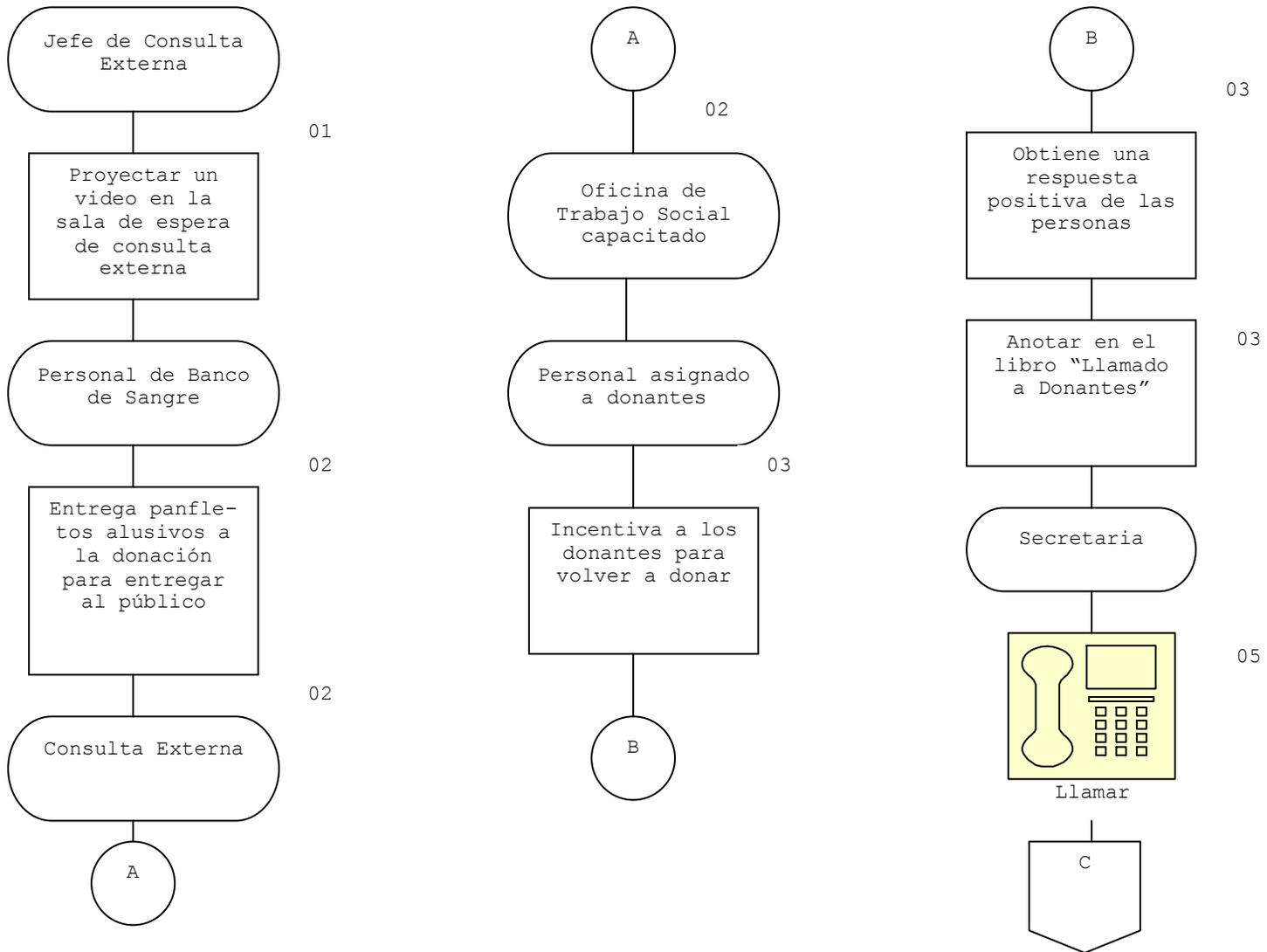
05. La Secretaria debe llamar por teléfono a los 3 meses a la persona ó enviar una carta a través de la Administración del Hospital.

06. El personal asignado a aféresis se dirige a las empresas a dar charlas sobre donación de plaquetas por aféresis.

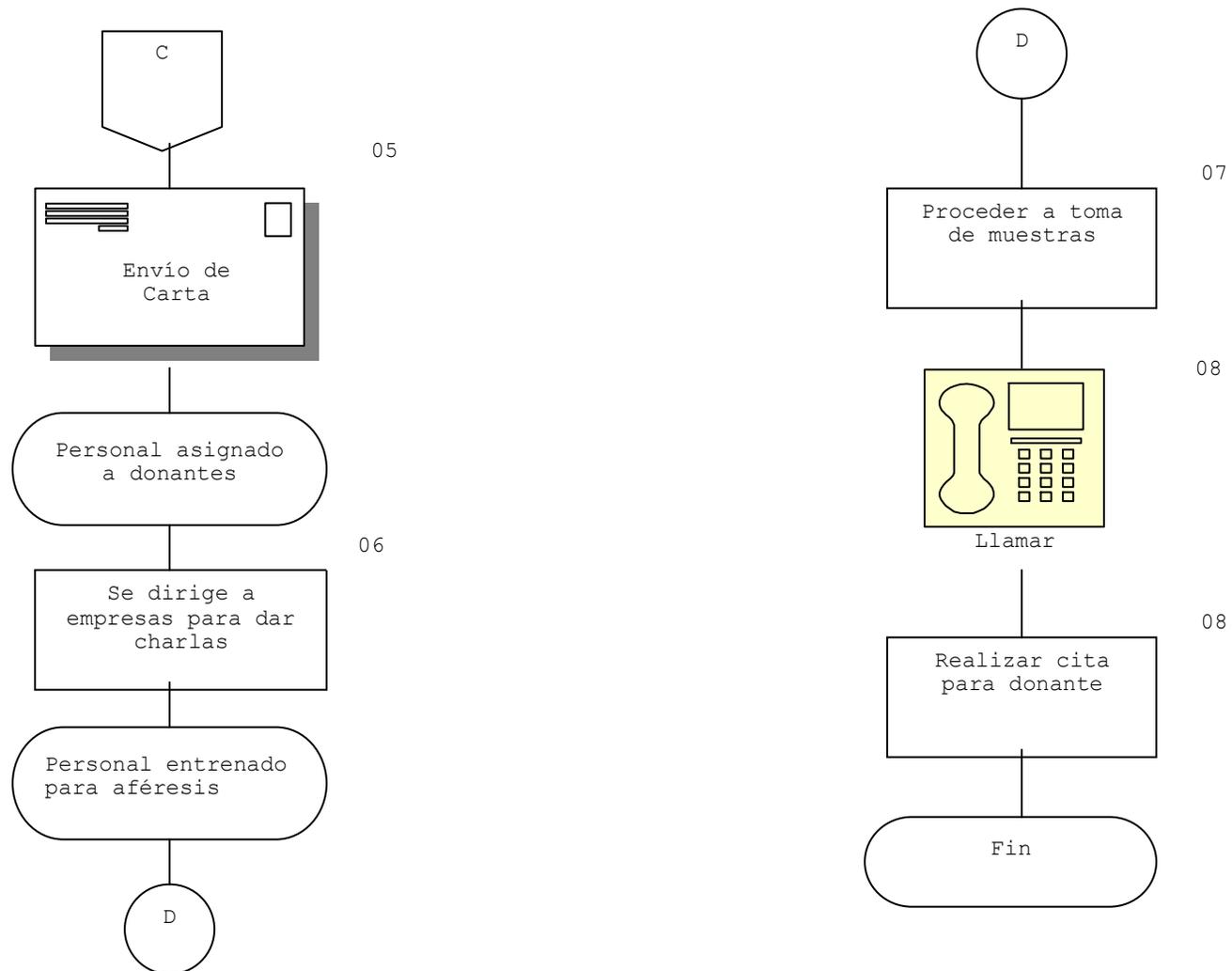
07. El personal entrenado en aféresis debe de proceder a la toma de muestras si existieran donantes voluntarios.

08. El personal entrenado en aféresis debe contactar por vía telefónica y realizar cita para donantes de plaquetas después de primera donación.

**PROCEDIMIENTO DE PROMOCIÓN
DONACIÓN VOLUNTARIA.**



PROCEDIMIENTO DE PROMOCIÓN
DONACIÓN VOLUNTARIA.



	HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM BANCO DE SANGRE	
Elaborado por: Grupo de Tesis	HHBADM01	Versión 1.0 Página 16 de 309
Aprobado por: Jefe de Banco de Sangre	PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS REPOSICIÓN DE COMPROBANTE DE DONACIÓN PROCESO 5	Agosto/2004

1. Objetivo

Entregar un documento al donante o al familiar del paciente en donde se haga constar que ya se donó sangre para el paciente y que no tiene el documento original en el momento por olvido o extravío.

2. Alcance.

Médico o Licenciado en Laboratorio del área del Banco de Sangre.

3. Abreviaturas

No existen

4. Procedimiento

01. Personal de Banco de Sangre debe preguntar el nombre del donante.

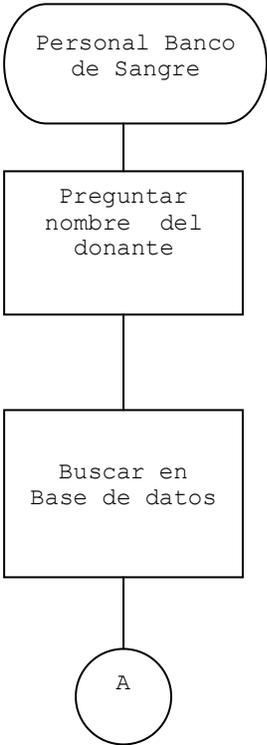
02. Personal de Banco de Sangre debe buscar en la base de datos.

03. Personal de Banco de Sangre al encontrar al donante en la base de datos, debe anotar en la parte posterior de la Referencia de Trabajo Social.

04. Personal de Banco de Sangre debe llenar completamente la constancia ó la referencia de Trabajo Social con los datos del paciente.

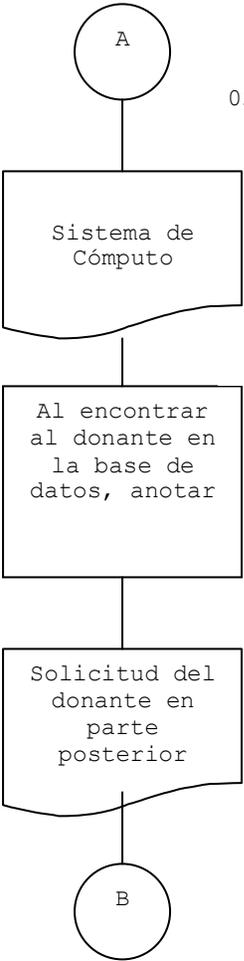
05. Personal de Banco de Sangre debe firmar y sellar constancia ó referencia de Trabajo Social.

**PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACIÓN
REPOSICIÓN DE COMPROBANTE DE DONACIÓN**



01

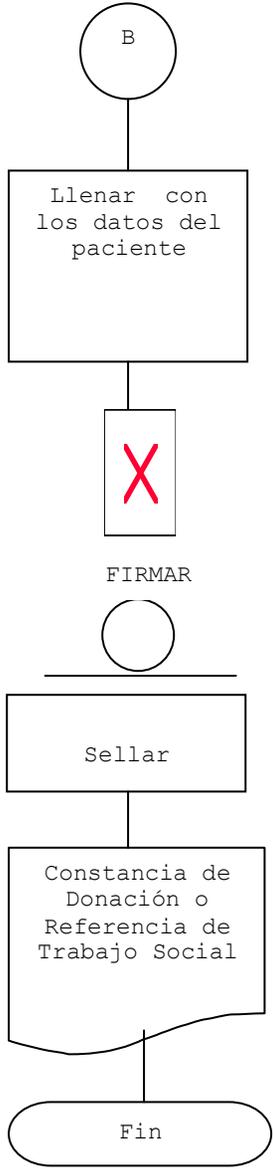
02 y 03



02 y 03

04

04



05

06

06

06

NO CONFORMIDAD

- Si el donante no se encuentra ni por nombre ni por fecha de donación, no entregar comprobante.

- Si no se encuentra el nombre del Donante en la base de datos, buscarlo por nombre de paciente. Si no se encuentra, motivar a la persona para que done y no entregar comprobante.

	HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM BANCO DE SANGRE	
Elaborado por: Grupo de Tesis	HHBIS01	Versión 1.0 Página 19 de 309
Aprobado por: Jefe de Banco de Sangre	PROCEDIMIENTO DE SEROLOGÍA. SEROLOGÍA DE SÍFILIS PROCESO 6	Agosto/2004

<p>1. Objetivo Determinar la presencia de anticuerpos reaginicos compatibles con existencia de Treponema Pallidum.</p> <p>2. Alcance. Médico o Licenciado en Laboratorio del área del Banco de Sangre.</p> <p>3. Abreviaturas No existen</p> <p>4. Procedimiento</p> <p>01. El personal encargado de donantes debe centrifugar las muestras por 20 minutos a 2000 rpm para obtener suero o plasma.</p> <p>02. El personal encargado de donantes debe separar la muestra colocando el suero o plasma en otro tubo plástico rotulado con el número de bolsa a la que corresponde el tubo piloto.</p> <p>03. El personal encargado de donantes debe elaborar mapa serológico en el orden que se tiran las muestras.</p> <p>04. El personal encargado de donantes debe rotular tarjeta blanca con los números correspondientes a las diferentes muestras que se colectaron durante el día incluyendo el control positivo, negativo y casero.</p> <p>05. El personal encargado de donantes debe colocar una gota de suero ó plasma en la tarjeta.</p> <p>06. El personal encargado de donantes debe colocar una gota de reactivo en la tarjeta con la aguja dispensadora en forma vertical sobre la gota de suero ó plasma.</p> <p>07. El personal encargado de donantes debe colocar la tarjeta en la cámara húmeda y rotar por ocho minutos a 100 rpm. en el rotador serológico.</p>
--

	HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM BANCO DE SANGRE	
Elaborado por: Grupo de Tesis	HHBIS01	Versión 1.0 Página 20 de 309
Aprobado por: Jefe de Banco de Sangre	PROCEDIMIENTO DE SEROLOGÍA SEROLOGÍA DE SÍFILIS PROCESO 6	Agosto/2004

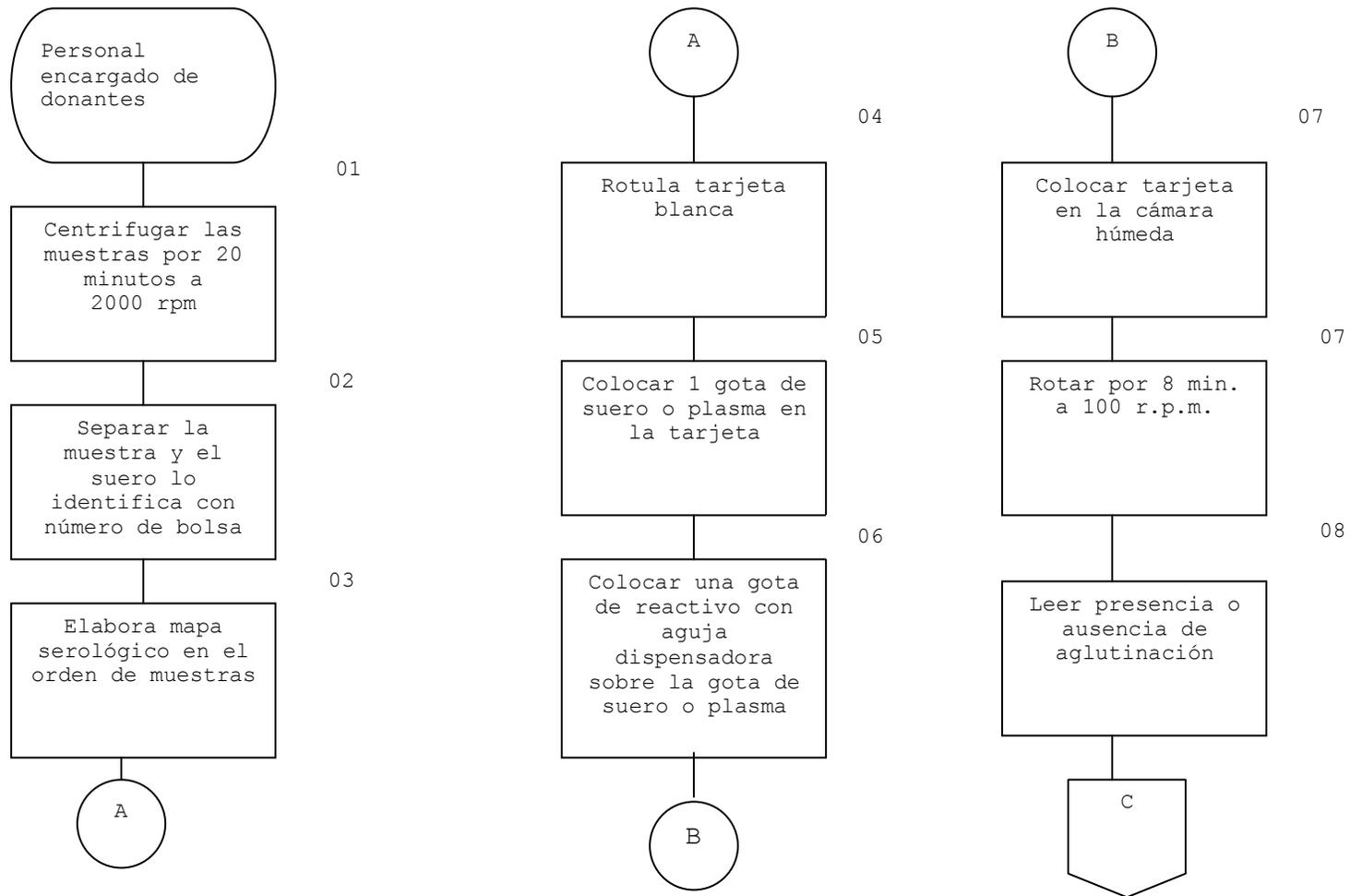
4. Procedimiento

08. El personal encargado de donantes debe leer presencia de aglutinación (reactiva) ó ausencia de aglutinación (no reactiva).

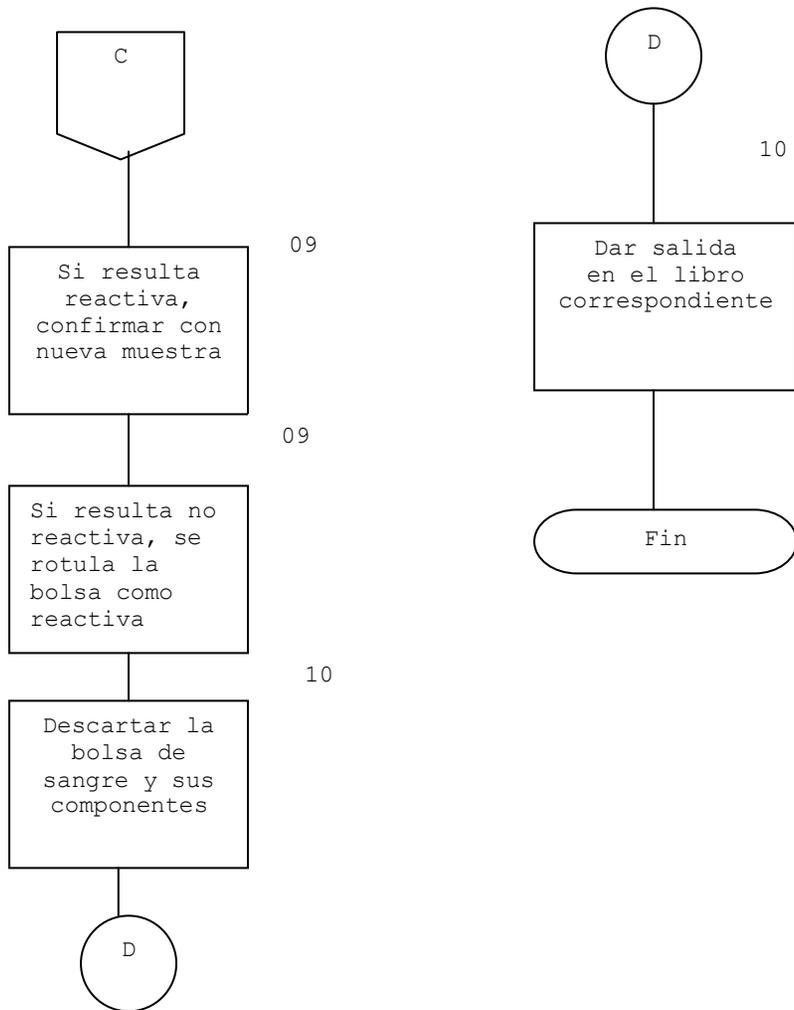
09. El personal encargado de donantes al encontrar aglutinación, no reactiva, se debe confirmar con nueva muestra de la bolsa y si resulta reactiva se rotula la bolsa como reactiva.

10. El personal encargado de donantes debe descartar la bolsa de sangre y sus componentes; para ello se le da salida en el libro de registro correspondiente.

PROCEDIMIENTO DE SEROLOGÍA DE SÍFILIS. R.P.R.



PROCEDIMIENTO DE SEROLOGÍA DE SÍFILIS. R.P.R.



NO CONFORMIDAD

- Sí la serología para sífilis está reactiva se repite la prueba tomando la muestra de plasma de la bolsa colectada.
- Sí el resultado es reactivo nuevamente se llena un tubo plástico con plasma de la bolsa colectada y se rotula el tubo con el número de la bolsa a la que corresponde y se le coloca R/R para control.
- Luego se descartarán todos los hemocomponentes de ese donante dándole salida en el libro correspondiente, firmando el responsable que realiza la prueba y descarta los hemocomponentes y un testigo parte del personal del Banco.
- El suero que se obtuvo del tubo piloto se retira y se descarta para evitar que le realicen las pruebas de tamizaje. Sería interesante correlacionar estos hallazgos con serología de HIV para reportar.
- Documentar en hoja de reporte epidemiológico.

	HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM BANCO DE SANGRE	
Elaborado por: Grupo de Tesis	HHBBIB03	Versión 1.0 Página 24 de 309
Aprobado por: Jefe de Banco de Sangre	PROCEDIMIENTO DE INMUNOHEMATOLOGÍA DETERMINACIÓN DE TIPEO SANGUÍNEO INVERSO PROCESO 7	Agosto/2004

1. Objetivo

Determinar la presencia de anticuerpos del sistema A-B-O en el suero o plasma de donantes o pacientes mayores de 2 años.

2. Alcance.

Médico o Licenciado en Laboratorio del área del Banco de Sangre.

3. Abreviaturas

No existen.

4. Procedimiento

01. El personal del Banco de Sangre debe rotular tres tubos (A-B-O).

02. El personal del Banco de Sangre debe colocar dos gotas de suero o plasma del donante o paciente en cada tubo.

03. El personal del Banco de Sangre debe agregar una gota de glóbulos rojos conocidos al 5% del grupo A-B-O respectivamente en cada tubo.

04. El personal del Banco de Sangre debe centrifugar los tubos por 15 segundos a 3,400rpm.

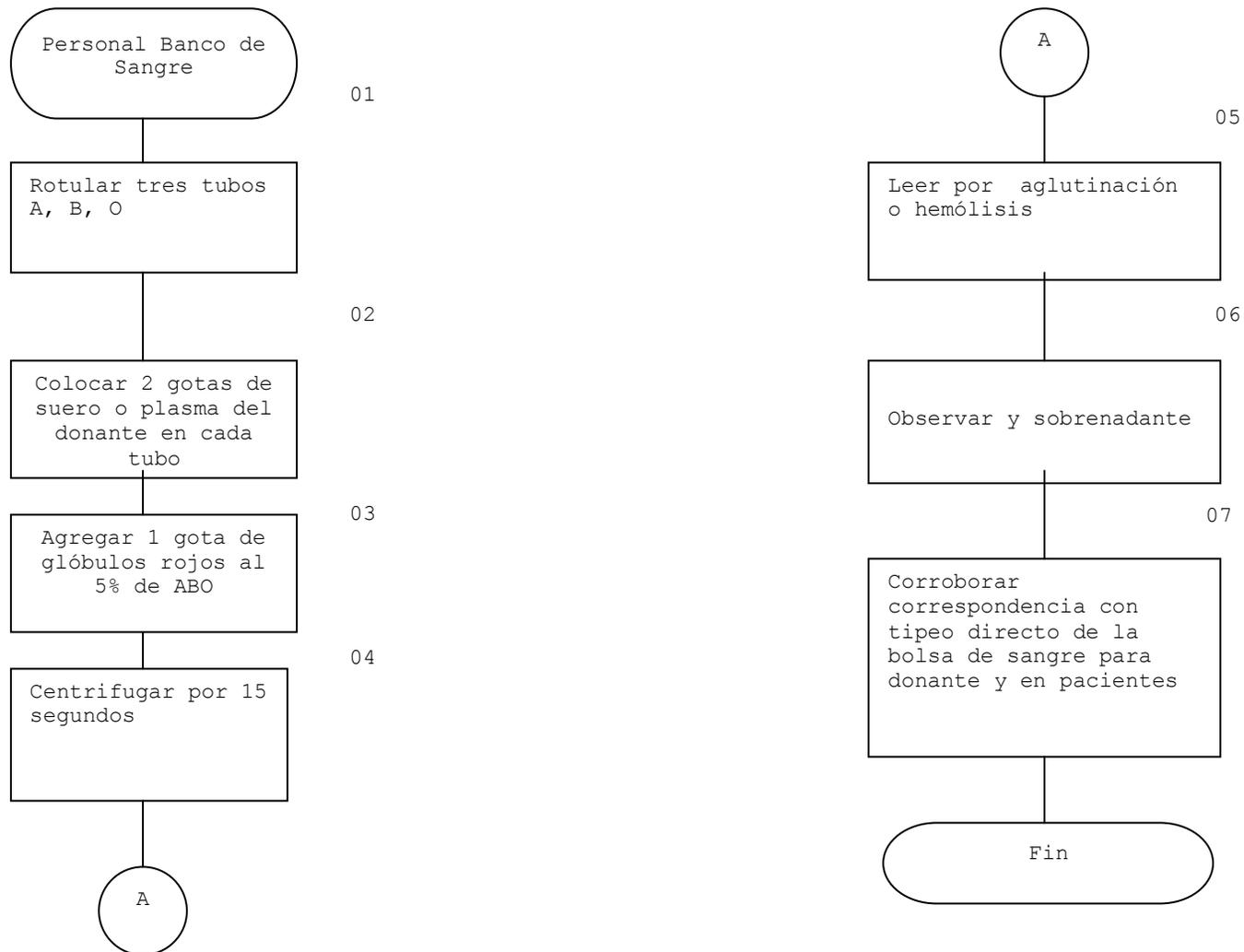
05. El personal del Banco de Sangre debe leer por aglutinación o por hemólisis, agitando suavemente los tubos.

06. El personal del Banco de Sangre debe observar el sobrenadante de cada tubo.

07. El personal del Banco de Sangre debe corroborar la correspondencia del tipeo directo de la bolsa de sangre, de la hoja de control sexológico e inmunohematológico, en el caso de donante.

En el caso del paciente buscar correspondencia con tipeo directo en la solicitud de transfusión o solicitud de exámenes.

PROCEDIMIENTO DE INMUNOHEMATOLOGÍA
DETERMINACIÓN DE TIPO INVERSO



NO CONFORMIDAD

- Cuando no hay correspondencia entre el tipeo directo e inverso:
- En caso de donantes obtener otra muestra de la bolsa y volver a realizar tipeo directo e inverso con esta nueva muestra, si el resultado es el mismo retipear las células A-B-O y volver a realizar el tipo inverso si la "discrepancia A-B-O". (En el caso de de paciente rechequear tipeo directo e inverso si el resultado es el mismo solicitar otra muestra y volver a realizar todo el proceso si el resultado es igual reportar como pendiente de clasificar).
- Si se detecta error en el tipeo directo corregir el dato en la bolsa, la hoja de control serológico e inmunológico y en la boleta de donante.

	HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM BANCO DE SANGRE	
Elaborado por: Grupo de Tesis	HHBBIH05	Versión 1.0 Página 27 de 309
Aprobado por: Jefe de Banco de Sangre	PROCEDIMIENTO DE INMUNOHEMATOLOGÍA VALIDACIÓN DE MUESTRAS PROCESO 8	Agosto/2004

1. Objetivo

Corroborar que la muestra corresponda al paciente a quien se le ha indicado la preparación de un hemocomponente o la realización de un análisis.

2. Alcance.

Médico o Licenciado en Laboratorio del área del Banco de Sangre.

3. Abreviaturas

No existen.

4. Procedimiento

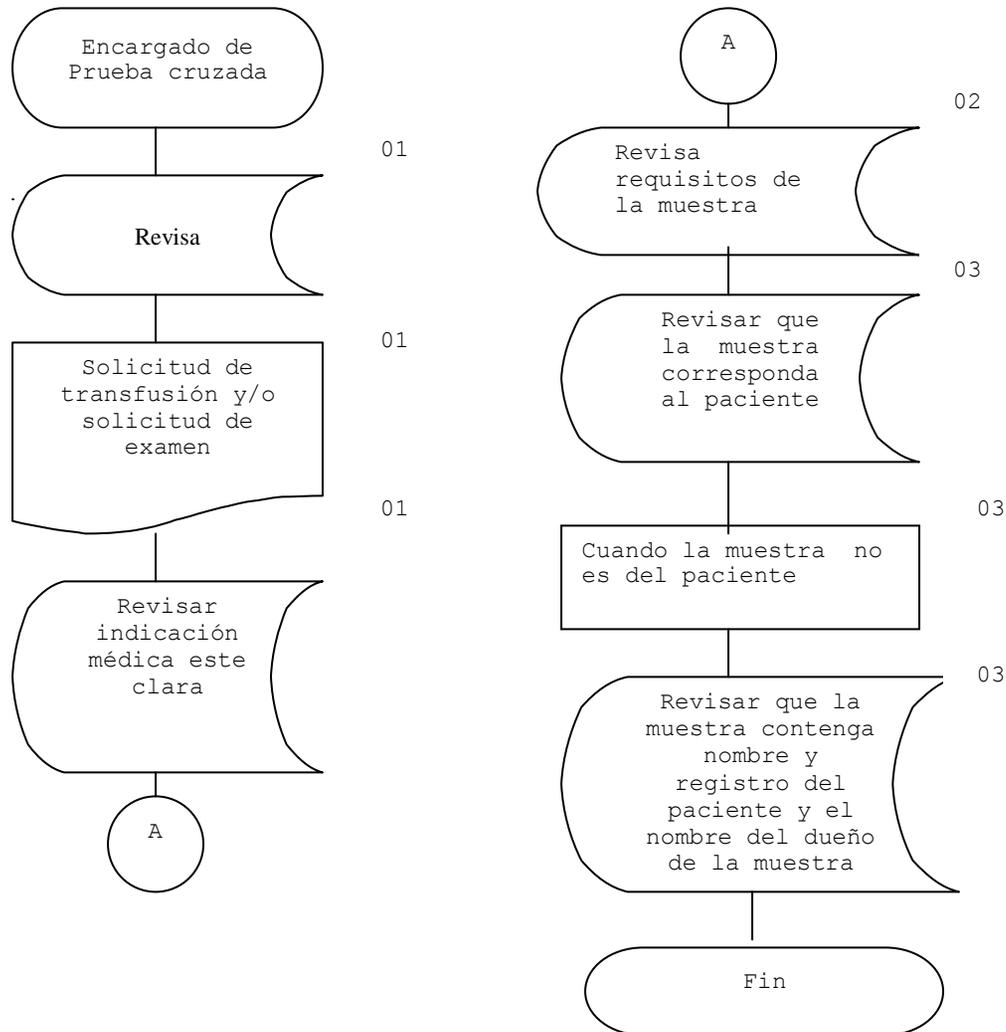
01. El personal de prueba cruzada debe revisar la solicitud de transfusión y/o solicitud de examen que contemple los siguientes parámetros:

- Nombre completo del paciente
- Número del registro
- Edad del paciente
- Diagnóstico del paciente
- Sello del servicio
- Firma y sello del medico
- Nombre del responsable de la toma de la muestra
- Fecha y hora de indicación
- Revisar que la indicación médica este clara sin manchones, borrones ni corrector

02. El personal de prueba cruzada debe revisar requisitos de la muestra. La muestra debe ser tomada con anti coagulante EDTA, mínimo 1 ml de sangre evaluando casos especiales, debe identificarse con nombre completo y número de registro.

03. El personal de prueba cruzada debe revisar que la muestra corresponde al paciente y no cuando corresponda revisar que la muestra contenga el nombre del dueño de la muestra y el nombre y registro del paciente.

**PROCEDIMIENTO DE INMUNOHEMATOLOGÍA
VALIDACIÓN DE MUESTRAS**



NO CONFORMIDAD.

- La identificación de muestra no coincide con los datos de solicitud completamente se retiene la muestra y se toma nueva muestra.
- Los datos de solicitud están equivocados se retiene la muestra y se corrobora con el expediente.
- Equivocación parcial en la identificación del tubo de muestra es el responsable de toma de muestra el que corrige error y firma el libro correspondiente.
- Datos incompletos en tubo y/o solicitud, el responsable de toma de muestra completa identificación y firma en el libro correspondiente.

	HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM BANCO DE SANGRE	
Elaborado por: Grupo de Tesis	HHBBIH16	Versión 1.0 Página 30 de 309
Aprobado por: Jefe de Banco de Sangre	PROCEDIMIENTO DE INMUNOHEMATOLOGÍA PREPARACIÓN DE SANGRE RECONSTITUIDA O MODIFICADA PROCESO 9	Agosto/2004

1. Objetivo

Resuspender los glóbulos rojos con su respectivo plasma u otro del mismo grupo sanguíneo o plasma AB.

2. Alcance.

Medico o Licenciado en Laboratorio del área del Banco de Sangre.

3. Abreviaturas

No existe.

4. Procedimiento

01. El encargado de prueba cruzada en el momento de despacho debe conectar el empacado con el plasma en el soldador de esterilidad.

02. El personal de prueba cruzada debe pasar el plasma a la bolsa de empacado.

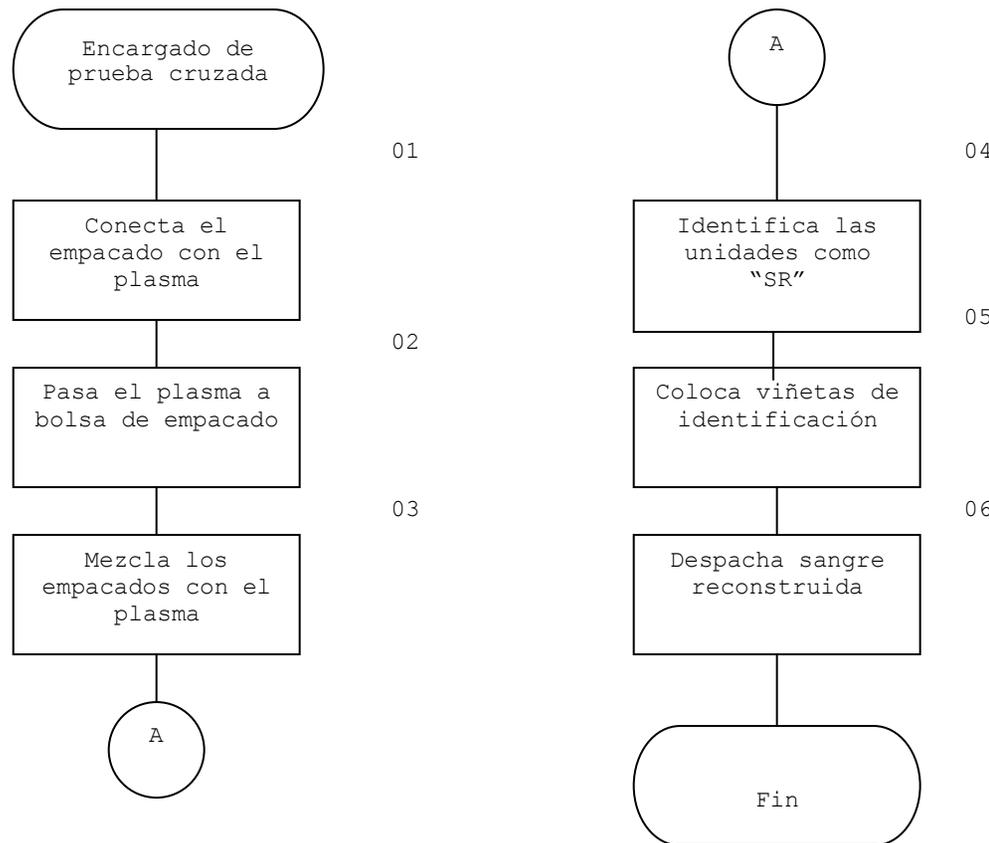
03. El personal de prueba cruzada debe mezclar los empacados con el plasma.

04. El personal de prueba cruzada debe identificar las unidades como "SR".

05. El personal de prueba cruzada debe colocar viñetas de identificación.

06. El personal de prueba cruzada debe despachar sangre reconstruida.

PROCEDIMIENTO DE INMUNOHEMATOLOGÍA
PREPARACIÓN DE SANGRE RECONSTRUIDA O MODIFICADA.



	HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM BANCO DE SANGRE	
Elaborado por: Grupo de Tesis	HHBBFr01	Versión 1.0 Página 32 de 309
Aprobado por: Jefe de Banco de Sangre	PROCEDIMIENTO DE FRACCIONAMIENTO SEPARACIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS PREPARACIÓN DE EMPACADOS PROCESO 10	Agosto/2004

1. Objetivo

Separar las células sanguíneas de la parte líquida de la sangre dejándolas suspendidas en una cantidad de plasma suficiente para que alcance un hematocrito de 65 a 75%.

2. Alcance.

Médico o Licenciado en Laboratorio del área del Banco de Sangre.

3. Abreviaturas

No existen.

4. Procedimiento

01. El personal asignado a fraccionamiento debe de mezclar la unidad.
02. El personal asignado a fraccionamiento debe retirar el exceso de glóbulos rojos de las vías de entrada de bolsa.
03. El personal asignado a fraccionamiento debe colocar las unidades de sangre dentro de las copas de la centrifugación.
04. El personal asignado a fraccionamiento debe nivelar usando balanza de dos platos y material blando.
05. El personal asignado a fraccionamiento debe centrifugar la sangre utilizando una "centrifugación pesada" ó "centrifugación fuerte" (alta velocidad con un tiempo predeterminado), en el programa de la centrifuga.
06. El personal asignado a fraccionamiento debe centrifugar de 1-6°C si va obtener plasma fresco y/o crio precipitado.
07. El personal asignado a fraccionamiento debe centrifugar a 22°C y centrifugación suave para obtener plasma rico en plaquetas.
08. El personal asignado a fraccionamiento debe sacar la bolsa ya centrifugada, tomándola de la parte superior con mucho cuidado evitando que se mezcle lo separado.

	HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM BANCO DE SANGRE	
Elaborado por: Grupo de Tesis	HHBBFr01	Versión 1.0 Página 33 de 309
Aprobado por: Jefe de Banco de Sangre	PROCEDIMIENTO DE FRACCIONAMIENTO SEPARACIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS (PREPARACIÓN DE EMPACADOS) PROCESO 10	Agosto/2004

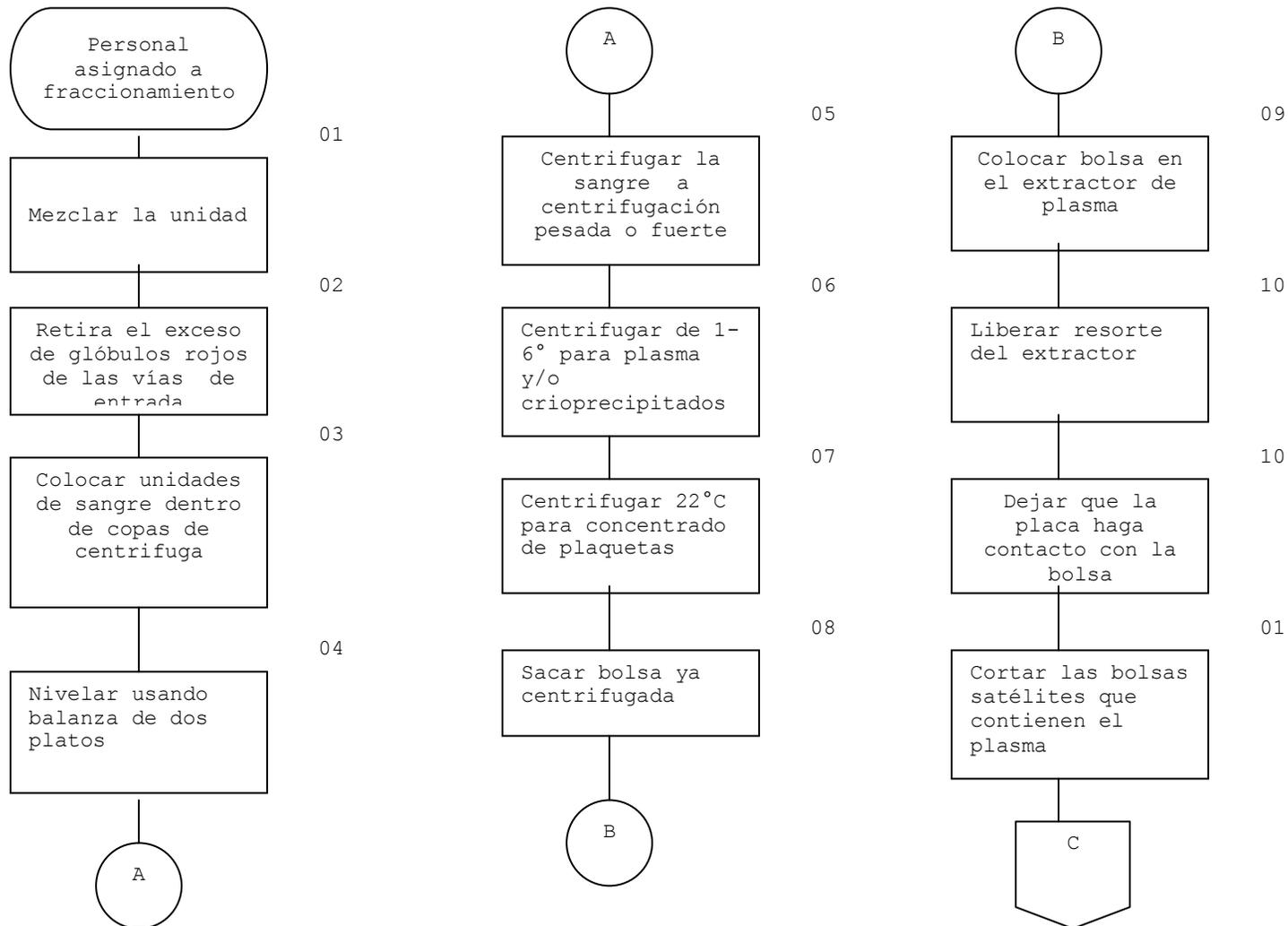
4. Procedimiento

09. El personal asignado a fraccionamiento debe colocar la bolsa en el extractor de plasma.

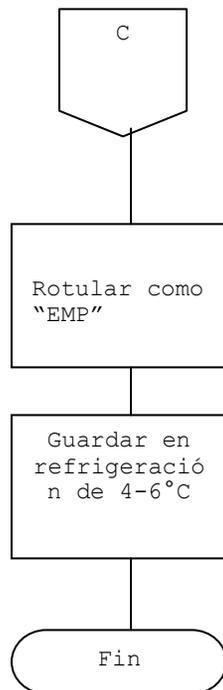
10. El personal asignado a fraccionamiento debe liberar el resorte del extractor dejando que la placa haga contacto con la bolsa suavemente.

11. El personal asignado a fraccionamiento debe cortar las bolsas satélites que contiene el plasma, rotular como "EMP" y guardar en refrigeración de 4-6°C.

**PROCEDIMIENTO DE FRACCIONAMIENTO
SEPARACIÓN DE COMPONENTES SANGUINEOS**



PROCEDIMIENTO DE FARCIONAMIENTO
SEPARACIÓN DE COMPONENTES SANGUINEOS.



	HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM BANCO DE SANGRE	
Elaborado por: Grupo de Tesis	HHBBFr02	Versión 1.0 Página 36 de 309
Aprobado por: Jefe de Banco de Sangre	PROCEDIMIENTO DE FRACCIONAMIENTO UNIDADES DE PLASMA FRESCO CONGELADO PROCESO 11	Agosto/2004

1. Objetivo

Separar la parte líquida de la sangre, para poder almacenarlo a 70°C.

2. Alcance.

Médico o Licenciado en Laboratorio del área del Banco de Sangre.

3. Abreviaturas

No existen

4. Procedimiento

01. El personal asignado a fraccionamiento debe utilizar unidades de sangre completa colectada en bolsas múltiples, sistema cerrado, con peso de 450 ml más ó menos 45 ml colectada en un tiempo no mayor de 12 minutos y que tenga menos de 6 horas de haber sido sangrada.

02. El personal asignado a fraccionamiento debe colocar las bolsas dentro de las copas de la centrifuga y nivelar en balanza de doble plato.

03. El personal asignado a fraccionamiento debe colocar las copas dentro de la centrifuga y procede a una "centrifugación pesada" a una temperatura de 1-6 °C ó centrifugación suave a 22°C para obtener plasma fresco rico en plaquetas.

04. El personal asignado a fraccionamiento debe sacar la bolsa con cuidado, tomándola de la parte superior evitando deteriorar la interfase de los hematíes y plasma.

05. El personal asignado a fraccionamiento debe colocar en el extractor de plasma, romper el sello y exprimir el plasma a bolsa satélite.

	HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM BANCO DE SANGRE	
Elaborado por: Grupo de Tesis	HHBBFr02	Versión 1.0 Página 37 de 309
Aprobado por: Jefe de Banco de Sangre	PROCEDIMIENTO DE FRACCIONAMIENTO UNIDADES DE PLASMA FRESCO CONGELADO PROCESO 11	Agosto/2004

4. Procedimiento

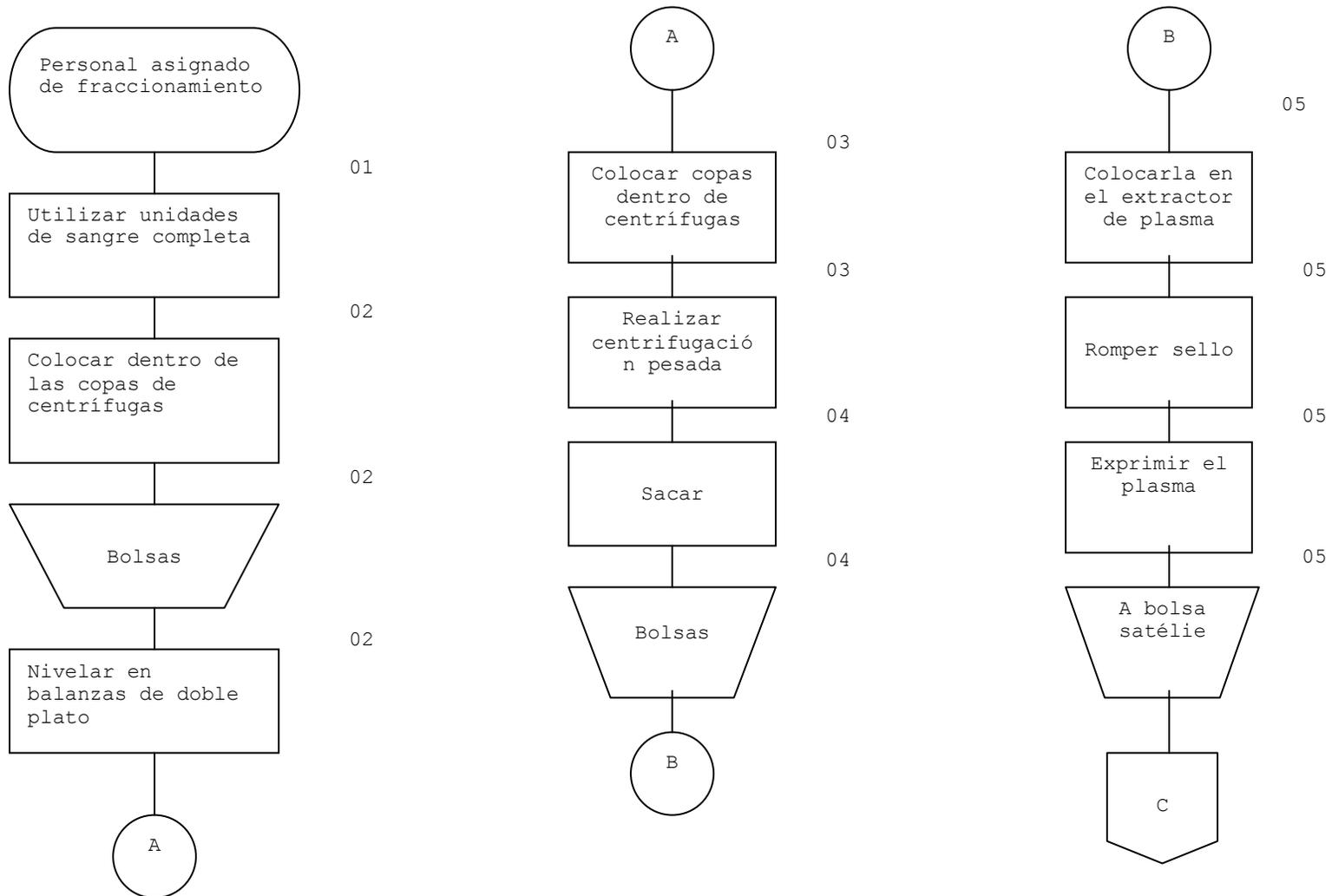
06. El personal asignado a fraccionamiento debe sellar la tubuladura con sellador eléctrico, hacer 3 sellos.

07. El personal asignado a fraccionamiento debe revisar que las bolsas estén igualmente identificadas y cortar en el sello del centro.

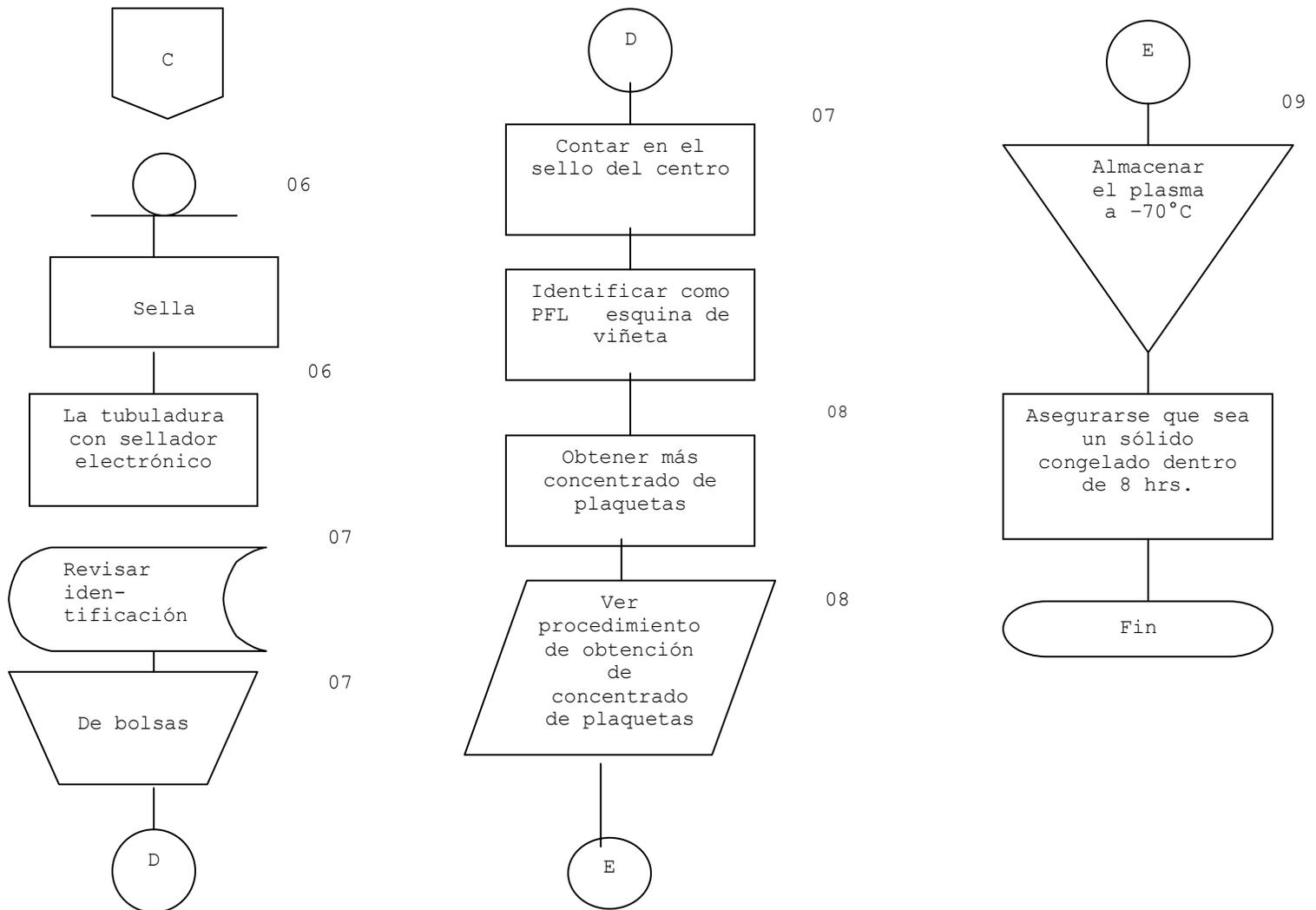
08. El personal asignado a fraccionamiento si desea obtener un concentrado de plaquetas puede volver a centrifugar.

09. El personal asignado a fraccionamiento debe almacenar el plasma a 70°C asegurando que sea un sólido congelado dentro de las 8 horas de la flebotomía.

**PROCEDIMIENTO DE FRACCIONAMIENTO
PREPARACIÓN UNIDADES DE PLASMA FRESCO CONGELADO.**



**PROCEDIMIENTO DE FRACCIONAMIENTO
PREPARACIÓN DE UNIDADES DE PLASMA FRESCO CONGELADO**



	HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM BANCO DE SANGRE	
Elaborado por: Grupo de Tesis	HHBBFr05	Versión 1.0 Página 40 de 309
Aprobado por: Jefe de Banco de Sangre	PROCEDIMIENTO DE FRACCIONAMIENTO POOL DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS PROCESO 12	Agosto/2004

1. Objetivo

Unir concentrados de plaquetas del mismo grupo para hacer dosis única para un paciente determinado.

2. Alcance.

Médico o Licenciado en Laboratorio del área del Banco de Sangre.

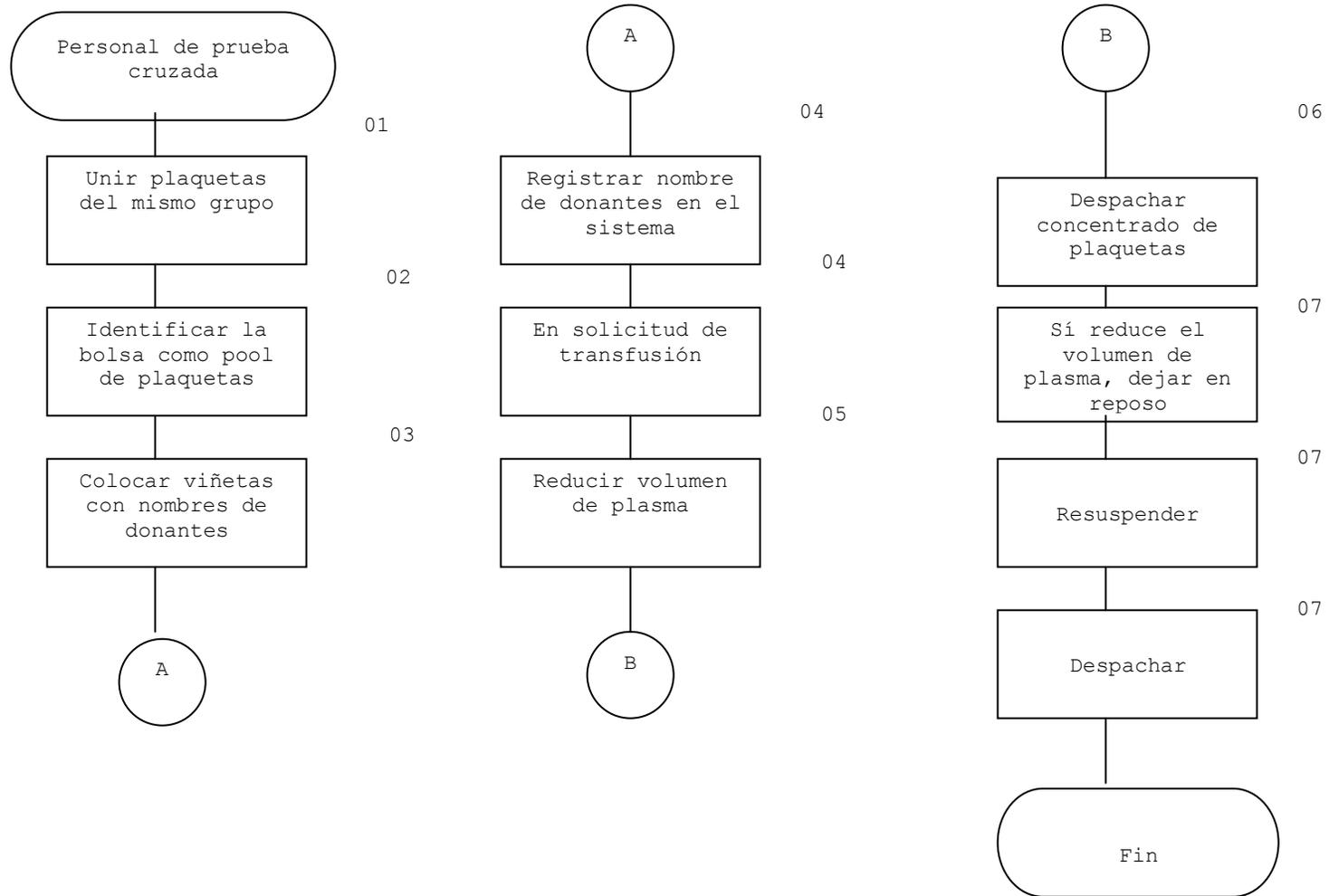
3. Abreviaturas

No existen

4. Procedimiento

01. El personal de prueba cruzada debe unir plaquetas del mismo grupo en el soldador de esterilidad.
02. El personal de prueba cruzada debe identificar las bolsas como Pool de plaquetas.
03. El personal de prueba cruzada debe colocar viñetas con el nombre de todos los donantes.
04. El personal de prueba cruzada debe registrar en solicitud de transfusión el nombre de todos los donantes y en el sistema.
05. El personal de prueba cruzada debe reducir volumen de plasma según sea indicación médica.
06. El personal de prueba cruzada debe despachar concentrado de plaquetas.
07. El personal de prueba cruzada si se reduce el volumen de plaquetas debe dejar en reposo una hora, resuspender y despachar.

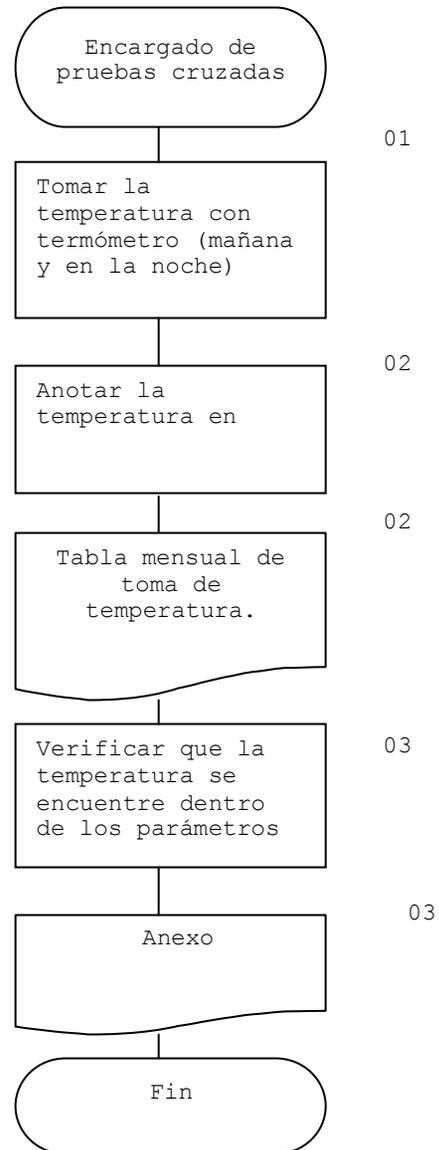
**PROCEDIMIENTO DE FRACCIONAMIENTO
POOL DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS**



	HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM BANCO DE SANGRE	
Elaborado por: Grupo de Tesis	HHBCC02	Versión 1.0 Página 42 de 309
Aprobado por: Jefe de Banco de Sangre	PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE CALIDAD DE EQUIPOS BAÑO MARIA (FUNCIONAMIENTO) PROCESO 13	Agosto/2004

<p>1. Objetivo: Mantener el control mínimo necesario para el buen funcionamiento del equipo de baño maría.</p> <p>2. Alcance. Médico o Licenciado en Laboratorio del área del Banco de Sangre.</p> <p>3. Abreviaturas No existen.</p> <p>4. Procedimiento</p> <p>01. El encargado de prueba cruzada debe tomar la temperatura con un termómetro una vez en la mañana y otra por la noche.</p> <p>02. El encargado de prueba cruzada debe anotar la temperatura en la tabla mensual de toma de temperatura.</p> <p>03. El encargado de prueba cruzada debe verificar que la temperatura este dentro de los parámetros adecuados.</p>
--

PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE CALIDAD DE EQUIPOS.
CONTROL DE CALIDAD DEL BAÑO MARIA (FUNCIONAMIENTO) .



	HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM BANCO DE SANGRE	
Elaborado por: Grupo de Tesis	HHBCC04	Versión 1.0 Página 44 de 309
Aprobado por: Jefe de Banco de Sangre	PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE CALIDAD DE EQUIPOS BAÑO DE SECO (TEMPERATURA) PROCESO 14	Agosto/2004

1. Objetivo

Controlar la temperatura del baño seco para incubar las tarjetas de gel.

2. Alcance

Médico o Licenciado en Laboratorio del área del Banco de Sangre.

3. Abreviaturas

No existen.

4. Procedimiento

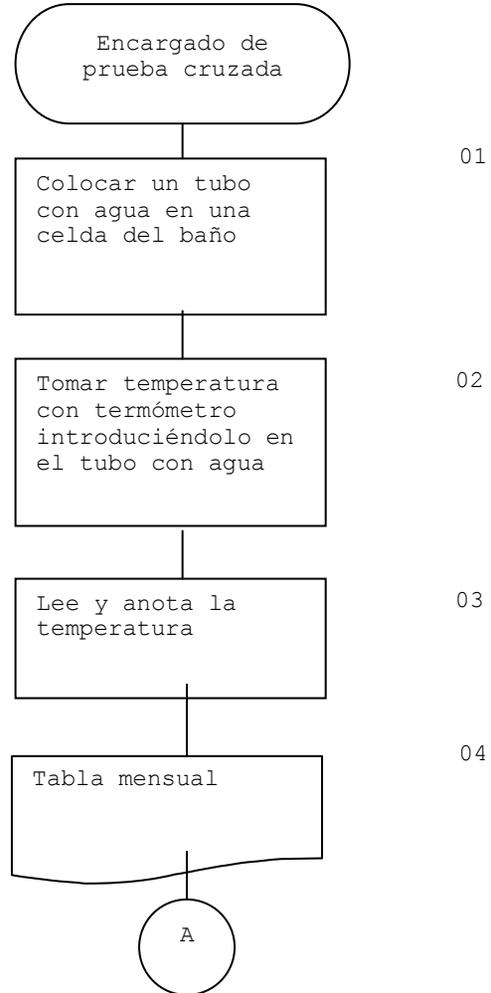
01. El encargado de prueba cruzada debe colocar un tubo con agua en una celda del baño.

02. El encargado de prueba cruzada debe tomar la temperatura utilizando un termómetro, introduciéndolo en el tubo con agua.

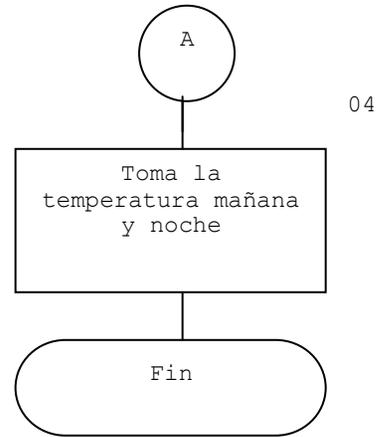
03. El encargado de prueba cruzada debe leer y anota la temperatura en la tabla mensual.

04. El encargado de prueba cruzada debe tomar la temperatura en la mañana y en la noche.

PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE CALIDAD DE EQUIPOS
BAÑO SECO (TOMA DE TEMPERATURA).



PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE CALIDAD DE EQUIPOS
BAÑO SECO (TOMA DE TEMPERATURA).



	HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM BANCO DE SANGRE	
Elaborado por: Grupo de Tesis	HHBCC06	Versión 1.0 Página 47 de 309
Aprobado por: Jefe de Banco de Sangre	PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE CALIDAD DE EQUIPOS ROTADORES SEROLÓGICOS Y EXTRACTOR DE PLASMA PROCESO 15	Agosto/2004

1. Objetivo

Mantener descontaminado los rotadores y extractores.

2. Alcance.

Médico o Licenciado en Laboratorio del área del Banco de Sangre.

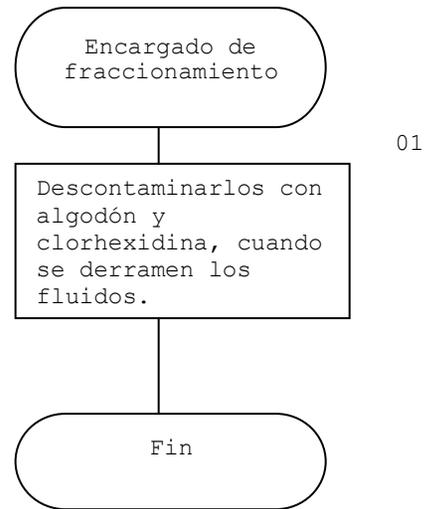
3. Abreviaturas

No existen.

4. Procedimiento

01. El encargado de fraccionamiento, cuando los extractores de plasma y los rotadores serológicos tienen contacto con los fluidos sanguíneos por el rompimiento de los segmentos o las bolsas debe de procede a descontaminarlos con algodón y clorhexidina.

**PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE CALIDAD DE EQUIPOS
ROTADORES SEROLÓGICOS, EXTRACTORES DE PLASMA.**



*PROCEDIMIENTOS
DE
SOPORTE*

	HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM BANCO DE SANGRE	
Elaborado por: Grupo de Tesis	SGC-0016	Versión 1.0 Página 50 de 309
Aprobado por: Jefe de Banco de Sangre	PROCEDIMIENTOS DE CONTROL DE DOCUMENTOS PROCESO 16	Agosto/2004

1. Objetivo

Mantener controlado los documentos que se utilizan y se generan en el servicio del Banco de Sangre del HNNBB.

2. Alcance.

Médico o Licenciado en Laboratorio del área del Banco de Sangre.

3. Abreviaturas

No existen

4. Procedimiento

01. El archivista del Banco de Sangre debe de elaborar los documentos generados por la prestación del servicio del Banco de Sangre entre los cuales están: Entrevista al donante, Fraccionamiento de las unidades, Entrega de unidades, Etiquetado de unidades, etc.

02. El archivista del Banco de Sangre debe imprimir el documento en físico para autorización.

03. El archivista del Banco de Sangre debe de autorizar dichos documentos mediante, firma, sello y fecha.

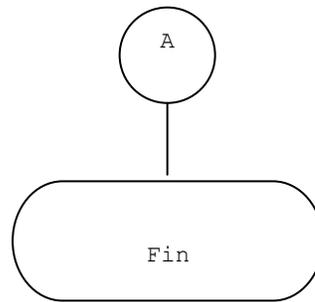
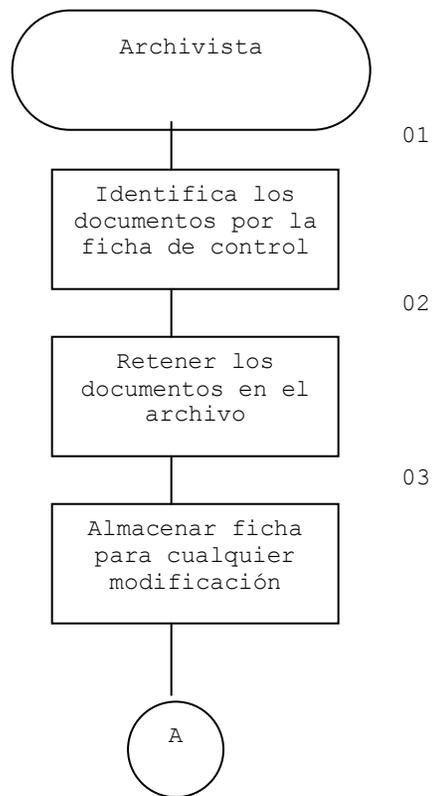
04. El archivista del Banco de Sangre debe llenar ficha de control de documento (Ver Anexo 13), luego entregar documento si el usuario y el proceso lo requiere.

05. El archivista del Banco de Sangre debe archivar la ficha de control de documentos junto con los documentos generados de la operación.

	HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM BANCO DE SANGRE	
Elaborado por: Grupo de Tesis	SGC-0017	Versión 1.0 Página 52 de 309
Aprobado por: Jefe de Banco de Sangre	PROCEDIMIENTOS DE CONTROL DE LOS REGISTROS PROCESO 17	Agosto/2004

<p>1. Objetivo</p> <p>Establecer cómo se identifica, accesa, archiva, conserva y modifica cada registro para demostrar la aplicación del Sistema de Gestión de la Calidad del Banco de Sangre del HNNBB.</p> <p>2. Alcance.</p> <p>Médico o Licenciado en Laboratorio del área del Banco de Sangre.</p> <p>3. Abreviaturas</p> <p>No existen.</p> <p>4. Procedimiento</p> <p>01. El archivista del Banco de Sangre debe identificar cada uno de los documentos registrados de los procedimientos del Banco de Sangre, mediante la ficha de control de documentos.</p> <p>02. El archivista del Banco de Sangre debe retener los documentos en físico en el archivo del Banco de Sangre para llenar ficha de registro de calidad propuesta (Ver Anexo 14).</p> <p>03. El archivista del Banco de Sangre debe almacenar dicha ficha para cualquier modificación que pueda surgir en el registro.</p>
--

PROCEDIMIENTO DE SOPORTE
CONTROL DE LOS REGISTROS



	HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM BANCO DE SANGRE	
Elaborado por: Grupo de Tesis	SGC-0018	Versión 1.0 Página 54 de 309
Aprobado por: Jefe de Banco de Sangre	PROCEDIMIENTOS DE SOPORTE REQUISICIÓN DE ARTÍCULOS PROCESO 18	Agosto/2004

1. Objetivo

Adquirir los artículos necesarios para el Banco de Sangre del HNNBB para brindar el servicio eficientemente.

2. Alcance.

Médico o Licenciado en Laboratorio del área del Banco de Sangre.

3. Abreviaturas

No existen.

4. Procedimiento

01. El personal designado por el Banco de Sangre debe verificar la existencia en almacén y detectar necesidades.

02. El personal designado por el Banco de Sangre debe digitar datos en el formato de solicitud de artículos, el cual se imprime original y copia para ser firmado por el solicitante.

03. El personal designado por el Banco de Sangre debe trasladar al jefe del Banco de Sangre para su autorización.

04. El Jefe del Banco de Sangre debe firmar y autorizar solicitud y devolver al jefe del Banco de Sangre para su autorización.

05. El personal designado por el Banco de Sangre debe recibir solicitud, luego llevar a la unidad de adquisiciones y contrataciones (UAC).

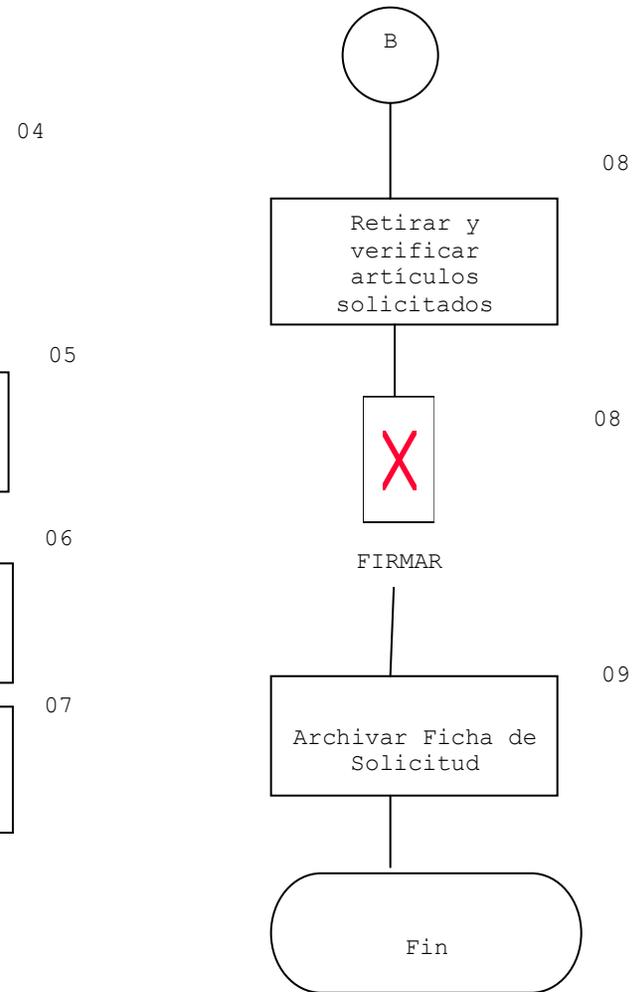
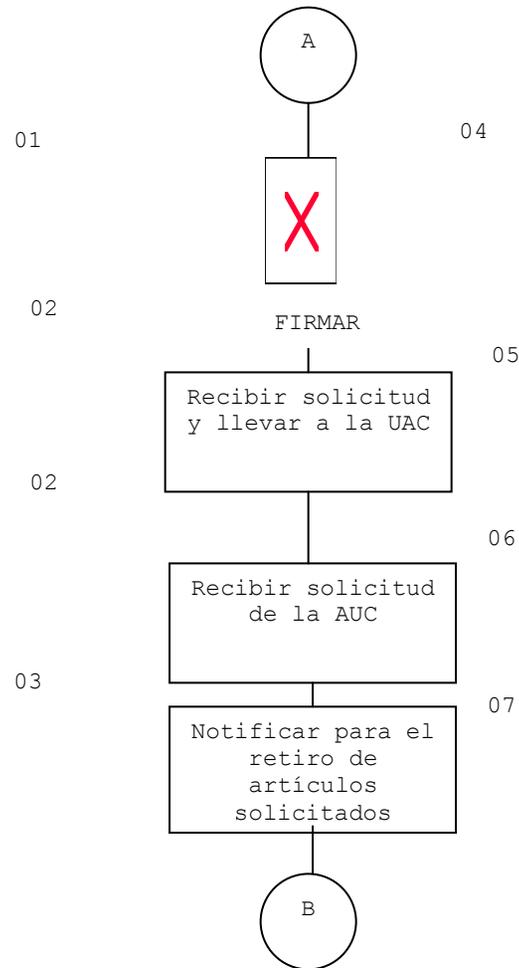
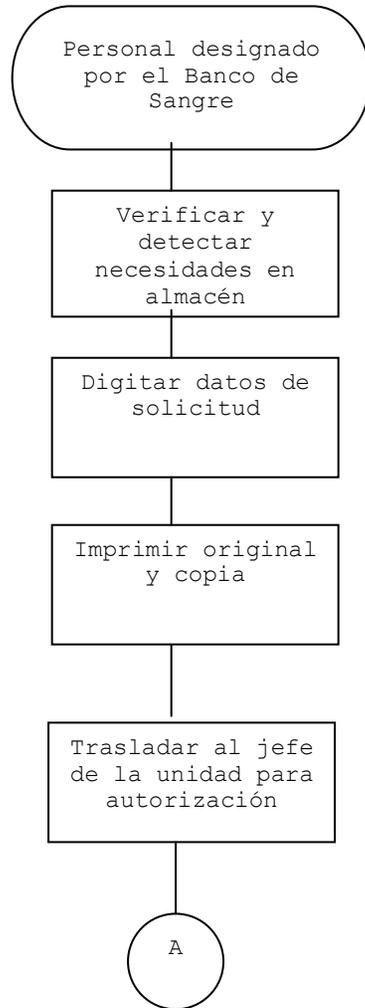
06. La Unidad de Adquisiciones y Contrataciones debe recibir solicitud.

07. La Unidad de Adquisiciones y Contrataciones debe notificar para retirar los artículos de solicitados y entregar copias.

08. El ordenanza debe retirar artículos solicitados y verificar que la información de la solicitud coincida con el pedido y firma de recibido.

09. El personal designada por el Banco de Sangre debe archivar copia de solicitud.

**PROCEDIMIENTO DE SOPORTE
REQUISICIÓN DE ARTÍCULOS**



*PROCEDIMIENTO
DE
MEDICIÓN,
ANÁLISIS
Y
MEJORA*

	HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM BANCO DE SANGRE	
Elaborado por: Grupo de Tesis	SGC-0019-A	Versión 1.0 Página 57 de 309
Aprobado por: Jefe de Banco de Sangre	PROCEDIMIENTOS DE MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO (DONANTE) PROCESO 19-A	Agosto/2004

1. Objetivo:

Medir la satisfacción del usuario en el servicio brindado, así como también, identificar los requisitos que éste solicita en el servicio de donación.

2. Alcance.

Médico o Licenciado en Laboratorio del área del Banco de Sangre.

3. Abreviaturas

No existe.

4. Procedimiento

01. El personal del Banco de Sangre al final del proceso de donación, debe entregar encuesta al donante seleccionado para ser contestada y explicar el objetivo de esta.

02. El donante debe contestar la encuesta y devolverla a la persona designada por el Banco de Sangre.

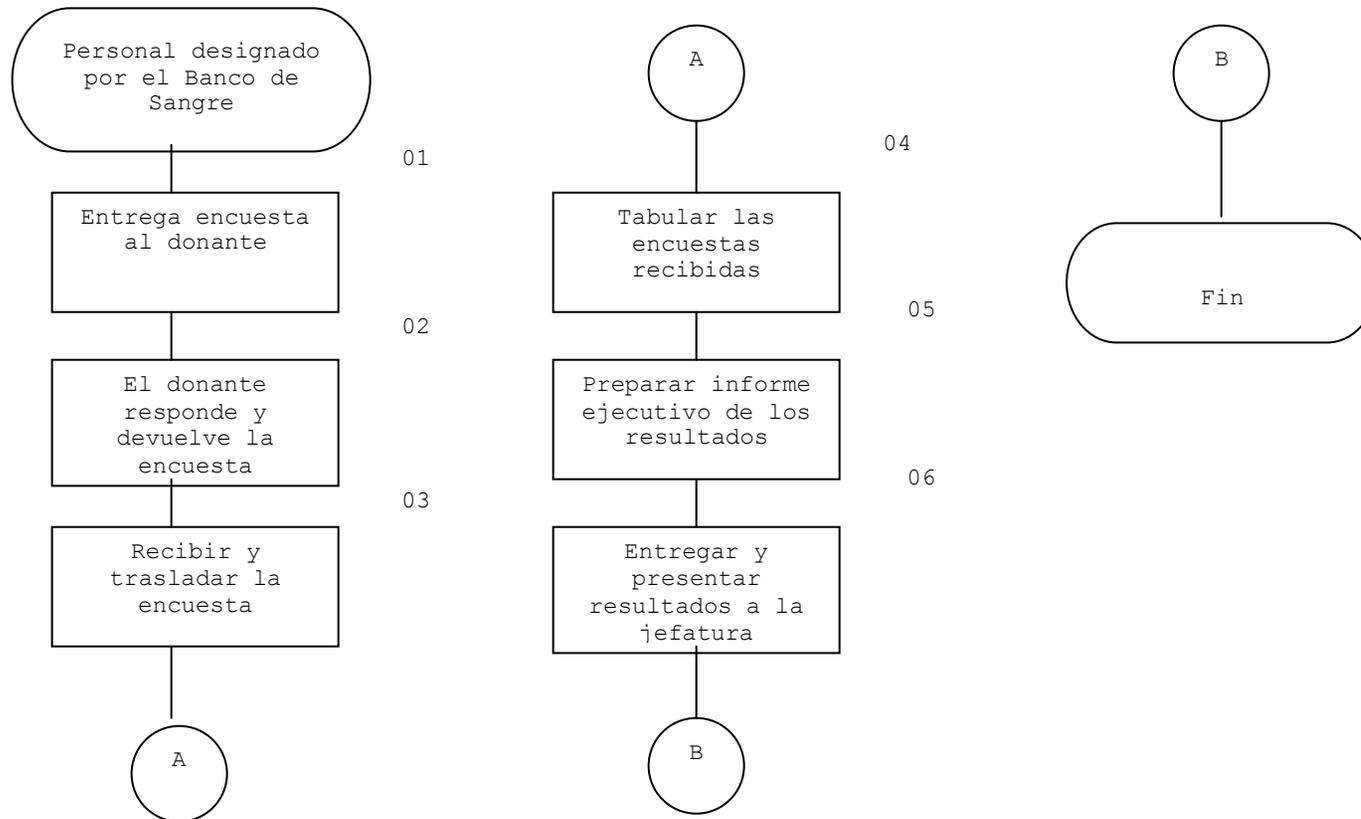
03. El personal del Banco de Sangre recibe y traslada la encuesta para ser tabulada.

04. La persona designada por el Banco de Sangre tabula las encuestas a fin de obtener resultados cuantitativos.

05. La persona designada por el Banco de Sangre prepara informe ejecutivo de los resultados, el cual debe resumir los requisitos que el donante solicita y deberá presentarlo a los interesados.

06. Entregar y presentar resultados a la Jefatura del Banco de Sangre para tomar medidas correspondientes.

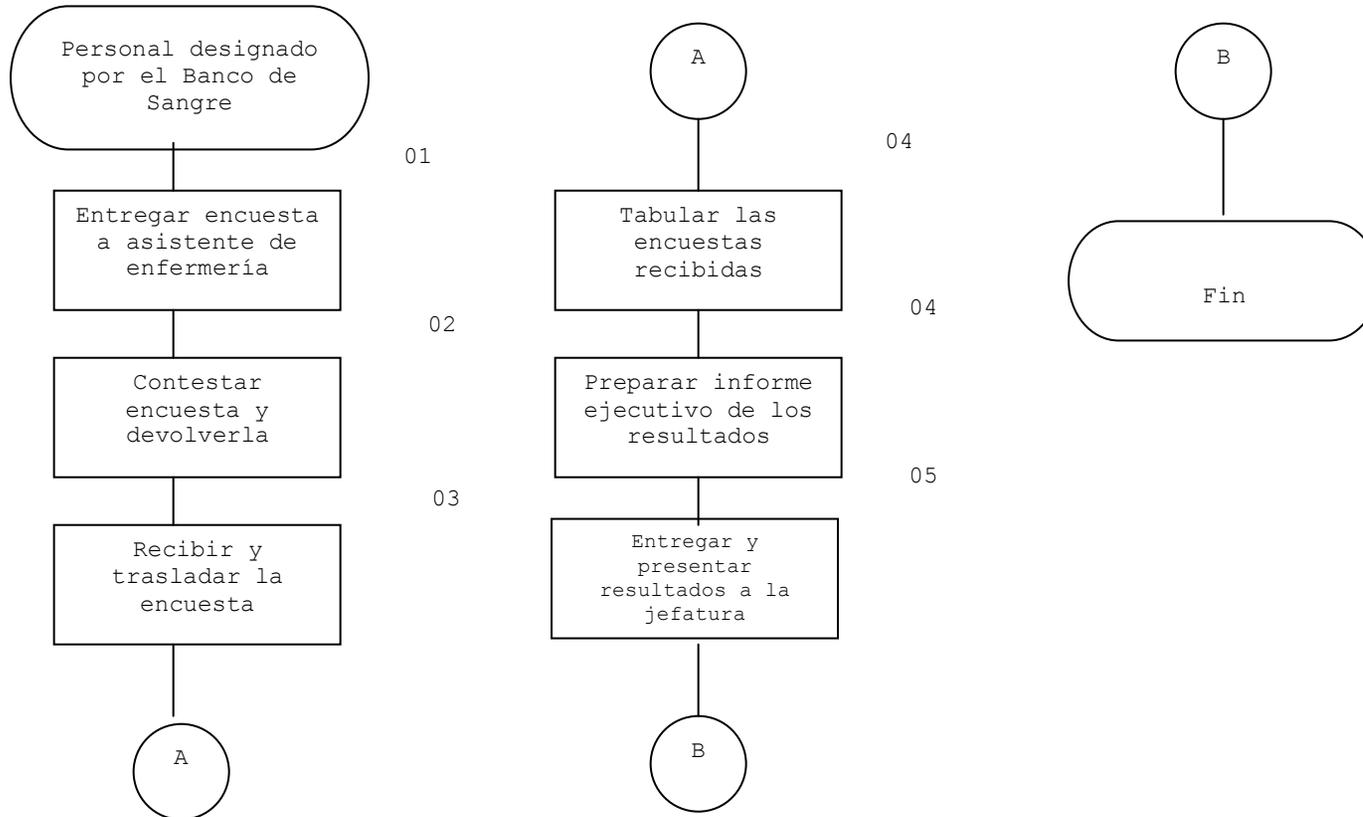
PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA
MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO (DONANTE)



	HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM BANCO DE SANGRE	
Elaborado por: Grupo de Tesis	SGC-0019-B	Versión 1.0 Página 59 de 309
Aprobado por: Jefe de Banco de Sangre	PROCEDIMIENTOS DE MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO (ASISTENTE DE ENFERMERIA) PROCESO 19-B	Agosto/2004

<p>1. Objetivo: Medir la satisfacción del usuario en el servicio brindado, así como también, identificar los requisitos que éste solicita en el servicio de donación.</p> <p>2. Alcance. Médico o Licenciado en Laboratorio del área del Banco de Sangre.</p> <p>3. Abreviaturas No existen.</p> <p>4. Procedimiento</p> <p>01. El personal del Banco de Sangre en ventanilla de despacho de hemoderivados debe entregar encuesta a la asistente de enfermería para que la conteste y explicar el objeto de esta (Ver Anexo 14).</p> <p>02. La asistente de enfermería contesta encuesta y la devuelve al personal del Banco de Sangre.</p> <p>03. El personal del Banco de Sangre recibe y traslada la encuesta para ser tabulada.</p> <p>04. La persona designada por el Banco de Sangre tabula las encuestas a fin de obtener resultados cuantitativos.</p> <p>05. La persona designada por el Banco de Sangre prepara informe ejecutivo de los resultados, el cual debe resumir los requisitos que la asistente de enfermería solicita y deberá presentarlo a los interesados.</p> <p>06. Entregar y presentar resultados a la Jefatura del Banco de Sangre para tomar medidas correspondientes.</p>

PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA
MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO (ASISTENTE DE ENFERMERIA)



	<p align="center">HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM BANCO DE SANGRE</p>	
<p>Elaborado por: Grupo de Tesis</p>	<p align="center">SGC-0020</p>	<p align="right">Versión 1.0 Página 61 de 309</p>
<p>Aprobado por: Jefe de Banco de Sangre</p>	<p align="center">PROCEDIMIENTOS DE MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA AUDITORIA INTERNA PROCESO 20</p>	<p align="right">Agosto/2004</p>

1. Objetivo:

Evaluar el Sistema de Gestión de la Calidad del Banco de Sangre del HNNBB e identificar oportunidades de mejora.

2. Alcance.

Médico o Licenciado en Laboratorio del área del Banco de Sangre.

3. Abreviaturas

SGC. Sistema de Gestión de la Calidad.

4. Procedimiento

01. El encargado del SGC propuesto por el Banco de Sangre deberá reunir al equipo interno de auditoria e informar el área a auditar.

02. El equipo de auditoria interna realiza examen, aplicando las herramientas técnicas necesarias.

03. El equipo de auditoria interna debe emitir solicitud de acciones correctivas que corresponden a cada no conformidad detectada durante la auditoria.

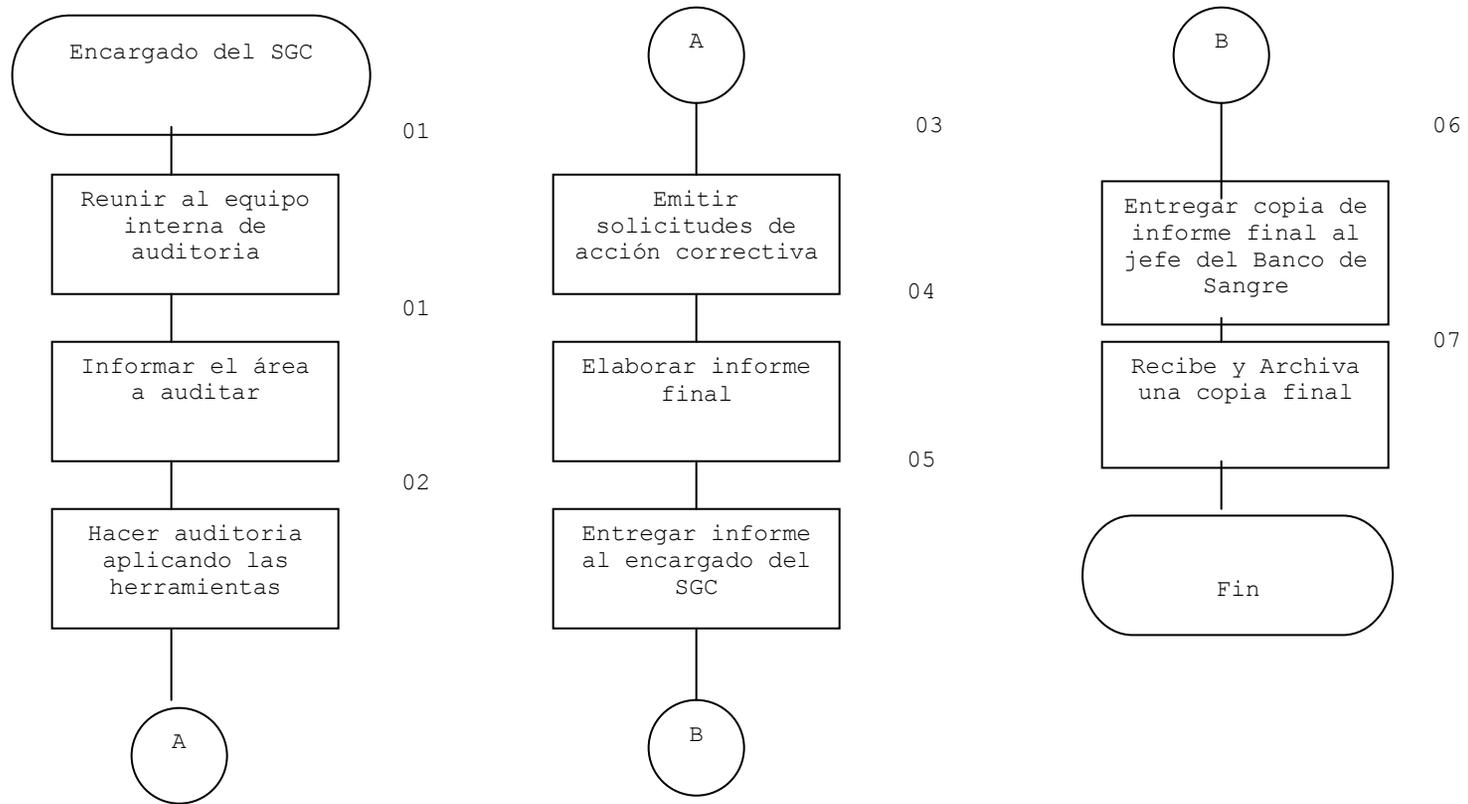
04. El equipo de auditoria interna debe elaborar informe final que deberá comprender las actividades desarrolladas y las no conformidades que se hubieran detectado.

05. El equipo de auditoria interna debe de entregar al encargado del SGC el informe final junto con las solicitudes de acciones correctivas, en una reunión de cierre en la que se acordará la fecha de implementación de las acciones correctivas.

06. El encargado del SGC debe entregar copia del informe final al Jefe del Banco de Sangre.

07. El Jefe del Banco de Sangre recibe y archiva la copia del informe final, supervisando que se realicen las acciones correctivas.

PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA
AUDITORIA INTERNA



	HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM BANCO DE SANGRE	
Elaborado por: Grupo de Tesis	SGC-0021	Versión 1.0 Página 63 de 309
Aprobado por: Jefe de Banco de Sangre	PROCEDIMIENTOS DE MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA ACCIONES CORRECTIVAS PROCESO 21	Agosto/2004

1. Objetivo:

Definir la metodología a seguir para la identificación, evaluación, tratamiento y control de no conformidades, en el servicio que presta el Banco de Sangre del HNNBB y así establecer acciones correctivas para solucionar la deficiencia encontrada y evitar su repetición.

2. Alcance.

Médico o Licenciado en Laboratorio del área del Banco de Sangre.

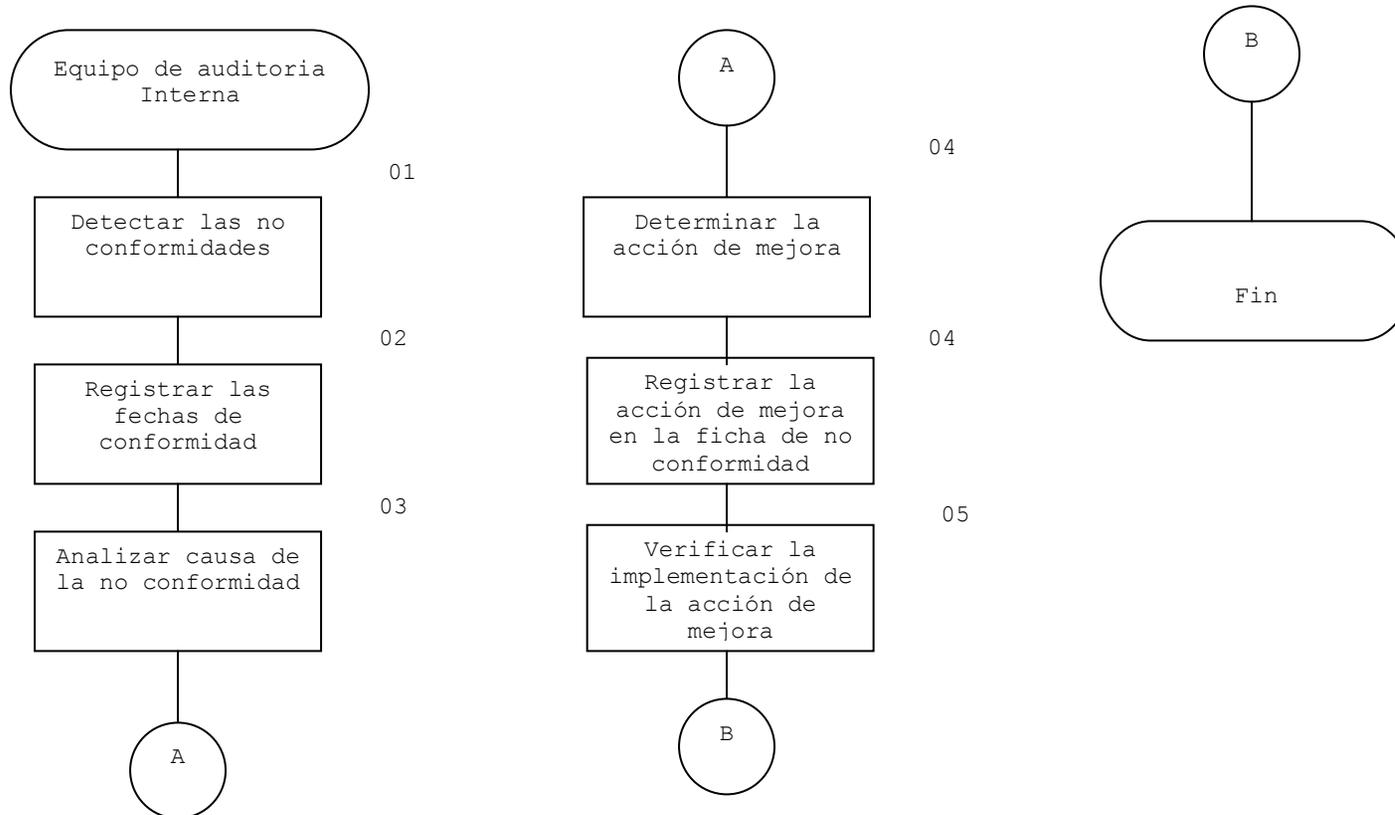
3. Abreviaturas

No existen.

4. Procedimiento

01. El equipo de auditoria interna detecta las no conformidades.
02. El equipo de auditoria interna registra en ficha de no conformidad (Ver Anexo 16), la no conformidad detectada.
03. El equipo de auditoria interna analiza la causa de la no conformidad.
04. El equipo de auditoria interna determina la acción de mejora (correctiva) a implementar, y registra a la vez una misma ficha.
05. El equipo de auditoria interna verifica la implementación de la acción de mejora.

PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA
ACCIONES CORRECTIV



	<p align="center">HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM BANCO DE SANGRE</p>	
<p>Elaborado por: Grupo de Tesis</p>	<p align="center">SGC-0022</p>	<p align="right">Versión 1.0 Página 65 de 309</p>
<p>Aprobado por: Jefe de Banco de Sangre</p>	<p align="center">PROCEDIMIENTOS DE MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA ACCIONES PREVENTIVAS PROCESO 22</p>	<p align="right">Agosto/2004</p>

1. Objetivo:

Establecer las acciones preventivas a realizar ante la aparición potencial de no conformidades en el servicio que ofrece el Banco de Sangre del HNNBB.

2. Alcance.

Médico o Licenciado en Laboratorio del área del Banco de Sangre.

3. Abreviaturas

SGC. Sistema de Gestión de la Calidad.

4. Procedimiento

01. El encargado del SGC propuesto por el Banco de Sangre registra la posible mejora o el riesgo detectado, identificando documentos o el proceso afectado.

02. El encargado del SGC dicta las acciones preventivas necesarias para efectuar la mejora o evitar la ocurrencia de la no conformidad.

03. El encargado del SGC nombra el responsable/es para la aplicación de las acciones preventivas.

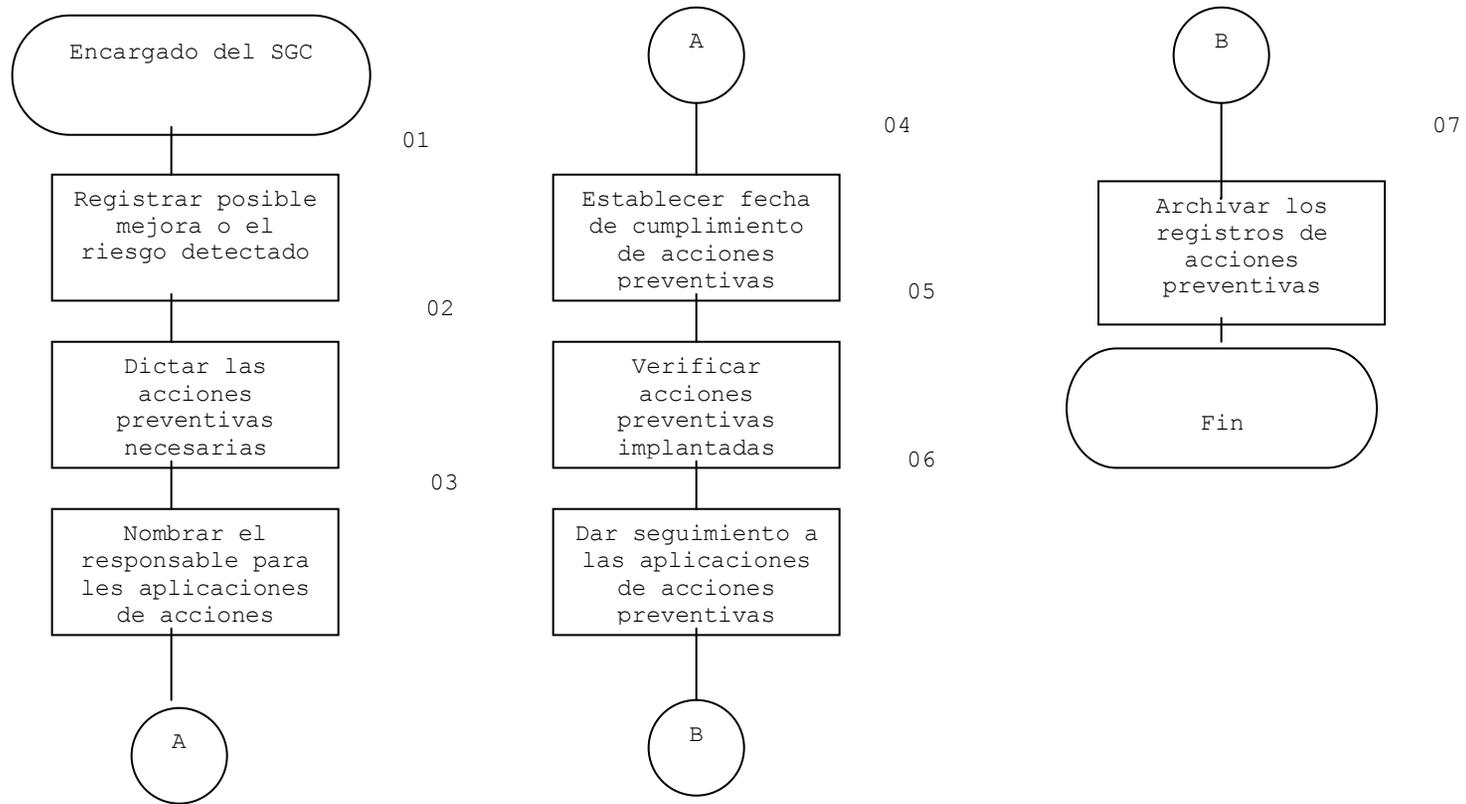
04. El encargado del SGC establece fechas de cumplimiento para la aplicación de las acciones preventivas.

05. El encargado del SGC verifica las acciones preventivas implantadas.

06. El encargado del SGC debe dar seguimiento a la aplicación de acciones preventivas.

07. El Jefe del Banco de Sangre debe archivar los registros de las acciones preventivas tomadas.

PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA
ACCIONES PREVENTIVAS



SIMBOLOGIA IBM UTILIZADA.**SIMBOLO****REPRESENTA****INICIO, FIN, UNIDAD XX, ENCARGADO XX.**

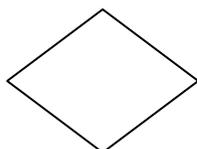
SE UTILIZA PARA INICIAR EL PROCEDIMIENTO, SE OCUPA PARA INDICAR CUANDO LAS ACCIONES PASAN DE UNA UNIDAD A OTRA, CUANDO INTERVIENE EL JEFE O ENCARGADO DE ALGUNA AREA.

**ACCION, OPERACIÓN, PASO, ETC.**

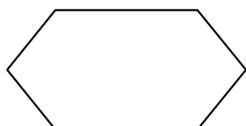
INDICA LAS ACCIONES QUE REALIZAN LAS UNIDADES O PERSONAS INVOLUCRADAS EN EL PROCEDIMIENTO.

**DOCUMENTOS DEL BANCO DE SANGRE, BOLETAS, TARJETAS, ETC.**

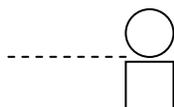
APARECE POR PRIMERA VEZ CUANDO ESTE ES ELABORADO O POR SEGUNDA O MÁS VECES EN EL DIAGRAMA.

**DECISION O ALTERNATIVA.**

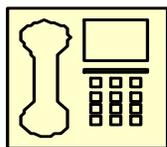
INDICA UN PUNTO DENTRO DEL FLUJO EN DONDE SE DEBE TOMAR UNA DECISION ENTRE DOS O MAS ALTERNATIVAS.

**REVISION.**

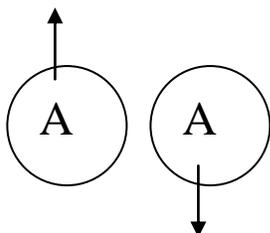
SE UTILIZA CUANDO SE EFECTUA UNA REVISION, INSPECCION, ETC.

**SELLO.**

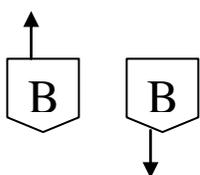
REPRESENTA QUE SE DEBE COLOCAR UN SELLO DE RECIBIDO, CANCELADO, ETC. A UN DOCUMENTO.

**COMUNICACIÓN.**

REPRESENTA LA TRANSMISION DE INFORMACION DE UN LUGAR A OTRO MEDIANTE DE LINEAS TELEFONICAS.



CONECTORES DE SALIDA Y ENTRADA ENTRE RENGLONES DE LA MISMA PAGINA, EN LA QUE CONTINUA EL DIAGRAMA DEL FLUJO.



CONECTORES DE ENTRADA Y SALIDA ENTRE RENGLONES DE LA MISMA PAGINA A OTRA, EN LA QUE CONTINUA EL DIAGRAMA DE FLUJO.

**VERIFICACION, REVISION E INSPECCION.**

INDICA QUE ALGUNOS DE LOS PROCEDIMIENTOS NECESITAN VERIFICACION, REVICION E INSPECCION POR PARTE DEL PERSONAL DEL BANCO DE SANGRE.

**FIRMAR, AUTORIZAR.**

REPRESENTA QUE LOS DOCUMENTOS DEBEN ESTAR FIRMADOS POR LOS REPRESENTANTES AUTORIZADOS DEL BANCO DE SANGRE.

**ENVIO DE CARTA.**

INDICA QUE SE ENVIA CORRESPONDENCIA FUERA DEL BANCO DE SANGRE.



ANEXO 9



INSTRUCCIONES DE TRABAJO PARA EL BANCO DE SANGRE DEL HNNBB

1. PROCEDIMIENTO DE COLECTA

■ EVALUACIÓN DE PESO CORPORAL

RESPONSABLE: Personal de Donantes

TÉCNICAS DE TRABAJO:

- + Verificación de báscula bien calibrada.
- + Pedir al donante que retire de su cuerpo objetos pesados.
- + Ubicar en el centro de la báscula al donante.
- + Anotar el peso en tarjeta de cartulina.
- + Evaluar resultado.

■ MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL

RESPONSABLE: Personal de Donantes

TÉCNICAS DE TRABAJO:

- + Identificar la arteria del brazo en pliegue antecubital con dedo índice y medio.
- + Abrir la perilla del tensiómetro y eliminar completamente el aire del brazalete.

- + Colocar el brazalete en el brazo del donante. Retirar manga de la ropa.
- + Colocar el estetoscopio en la arteria localizada.
- + Hacer subir el mercurio hasta la marca de 200 mm.
- + Abrir la perilla del tensiómetro a velocidad de 2 mmHg por segundo hasta escuchar el primer latido del pulso y anotar el dato en el numerador. Al dejar de detectar el pulso, leer y anotar la segunda medida de la presión en el denominador.
- + Evaluar resultado.

■ ENTREVISTA A DONANTE

RESPONSABLE: Personal de Entrevista

TÉCNICAS DE TRABAJO:

- + Revisar el resultado de peso, hematocrito, presión arterial, realizándola en un lugar privado.
- + Evaluar el aspecto físico de la persona.
- + Revisar el cuerpo del donante es decir que no tengan tatuajes, solicitándoles autorización para que los donantes masculinos se quiten la camisa.
- + Clasificar al donante como apto, no apto o diferido, según criterios del Manual de Selección del Donante.

- + Firma, fecha y sello en la referencia de trabajo social, anotando el nombre del donante y la palabra apto, no apto o diferido en la parte posterior de la boleta.
- + Explicar al donante no apto o diferido el motivo por el cual no pueden donar.
- + Entregarle el documento de identidad al donante no apto o diferido.
- + Explicar y entregar a los donantes que son aptos la hoja de entrevista en la que está incluido el consentimiento de ellos para que firmen este documento.
- + Regresar el documento de identidad al donante.
- + El donante debe firmar y regresar a la sala de espera.
- + El responsable de la entrevista debe mandar la referencia de trabajo social, la hoja de entrevista y el documento de identidad al área de sangría.

2. PROCEDIMIENTO DE PROMOCIÓN

■ PROMOCIÓN DE LA DONACIÓN VOLUNTARIA

RESPONSABLE: Jefe de Consulta Externa, personal de Banco de Sangre, de donantes, de aféresis y Secretaria.

TÉCNICAS DE TRABAJO:

- + El Jefe de Consulta Externa, todos los días a diferentes horas debe proyectar un video en la sala de espera de

Consulta Externa para motivar a las personas que acompañan a los pacientes para que sean donantes voluntarios.

- ✚ El personal del Banco de Sangre debe de entregar panfletos alusivos a la donación a la Oficina de Trabajo Social y Consulta Externa para que sean entregados a los visitantes.
- ✚ El personal de donantes debe incentivar a las personas para que vuelvan a donar.
- ✚ El personal de donantes, deben anotar en el "Libro llamado de donantes" el nombre, fecha, dirección y teléfono de las personas que desean donar.
- ✚ La Secretaria debe de llamar por teléfono o enviar una carta cada 3 meses a los donantes voluntarios.
- ✚ El personal de aféresis se encarga de contactar a empresas para dar charlas sobre donación de plaquetas por aféresis.
- ✚ El personal de aféresis debe de proceder a la toma de muestra si existieran donantes voluntarios.
- ✚ El personal de aféresis debe seguir contactando por vía telefónica y citas a aquellos donantes de plaquetas que anteriormente han colaborado.

3. PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

■ REPOSICIÓN DE COMPRABANTE DE DONANTE

RESPONSABLE: Personal de Banco de Sangre.

TÉCNICAS DE TRABAJO:

- ✚ Preguntar el nombre del donante.
- ✚ Buscar en la base de datos.
- ✚ Al encontrar el nombre del donante en la base de datos, anotarlo en la parte superior de la referencia de trabajo social.
- ✚ El responsable debe de llenar completamente la constancia o la referencia de trabajo social con los datos del paciente.
- ✚ Se debe de firmar y sellar la constancia o referencia de trabajo social.

4. PROCEDIMIENTO DE SEROLOGÍA

■ SEROLOGÍA DE SÍFILIS

RESPONSABLE: Personal encargado de donantes.

TÉCNICAS DE TRABAJO:

- ✚ Se debe centrifugar las muestras por 20 minutos a 2000 rpm, para obtener suero o plasma.
- ✚ Se debe separar la muestra colocando el suero o plasma en otro tubo plástico rotulado con el número de bolsa a la que corresponde el tubo piloto.
- ✚ Se debe elaborar mapa serológico en el orden que se tiran las muestras.

- ✚ Se rotula la tarjeta blanca con los números correspondientes a las diferentes muestras que se colectaron durante el día, incluyendo el control positivo, negativo y casero.
- ✚ Se debe colocar una gota de suero o plasma en la tarjeta.
- ✚ Se debe colocar una gota de reactivo en la tarjeta con la aguja dispensadora en forma vertical sobre la gota de suero o plasma.
- ✚ Se debe colocar la tarjeta en la cámara húmeda y rotar por 8 minutos a 100 rpm, en el rotador serológico.
- ✚ Se tiene que leer la presencia de aglutinación (reactiva) o ausencia de aglutinación (no reactiva).
- ✚ Al obtener la presencia de alguna no reactiva, se confirma con nueva muestra de la bolsa y si resulta reactiva se rotula la bolsa como reactiva.
- ✚ Se debe descartar la bolsa de sangre y sus componentes; para ello se le da salida en el libro de registro correspondiente.

5. PROCEDIMIENTO DE INMUNOHEMATOLOGÍA

■ DETERMINACIÓN DE TIPEO SANGUÍNEO INVERSO

RESPONSABLE: Personal del Banco de Sangre.

TÉCNICAS DE TRABAJO:

- ✚ Se tienen que rotular tres tubos (A-B-O).
- ✚ Se debe colocar dos gotas de suero o plasma del donante o paciente en cada tubo.
- ✚ Se tiene que agregar una gota de glóbulos rojos conocidos al 5% del grupo A-B-O respectivamente en cada tubo.
- ✚ Se debe centrifugar los tubos por 15 segundos a 3400 rpm.
- ✚ Se tiene que leer por aglutinación o por hemólisis, agitando suavemente los tubos.
- ✚ Se tiene que observar el sobrenadante en cada tubo.
- ✚ Se debe corroborar la correspondencia del tipeo directo de la bolsa de sangre, de la hoja de control serológico e inmunohematológico.

■ **VALIDACIÓN DE MUESTRAS**

RESPONSABLE: Personal de Prueba Cruzada.

TÉCNICAS DE TRABAJO:

- ✚ Se tiene que revisar la solicitud de transfusión y/o solicitud de examen.
- ✚ Se deben de revisar los requisitos de la muestra.
- ✚ Se debe que la muestra corresponde al paciente y cuando no corresponda revisar que la muestra contenga el nombre del dueño de la muestra y el nombre de registro del paciente.

■ PREPARACIÓN DE SANGRE RECONTRUIDA O MODIFICADA

RESPONSABLE: Encargado de Prueba Cruzada.

TÉCNICAS DE TRABAJO:

- ✚ Se debe de conectar el empacado con el plasma en el soldador de esterilidad.
- ✚ Se tiene que pasar el plasma a la bolsa de empacado.
- ✚ Se tienen que mezclar los empacados con el plasma.
- ✚ Se debe de identificar las unidades como "SR".
- ✚ Se tiene que colocar viñeta de identificación.
- ✚ Se debe despachar sangre reconstruida.

6. PROCEDIMIENTOS DE FRACCIONAMIENTO

■ PREPARACIÓN DE UNIDADES DE PLASMA FRESCO CONGELADO

RESPONSABLE: Personal asignado a fraccionamiento.

TÉCNICAS DE TRABAJO:

- ✚ Se debe utilizar unidades de sangre completa colectada en bolsas múltiples, sistema cerrado, con peso de 450 ml., más o menos 45 ml., colectada en un tiempo no mayor de 12 minutos y que tenga menos de 6 horas de haber sido sangrada.
- ✚ Se debe colocar bolsas dentro de las copas de la centrífuga y nivelar en la balanza de doble plato.

- + Se tiene que colocar las copas dentro de la centrífuga y procede a una centrifugación pesada a una temperatura de 1-6°C o centrifugación suave a 22°C para obtener plasma fresco rico en plaquetas.
- + Se tiene que sacar la bolsa con cuidado tomándola de la parte superior evitando deteriorar la interfase de Hematíes y plasma.
- + Se debe colocar en el extractor de plasma, romper el sello y exprimir el plasma a bolsa satélite.
- + Se debe sellar la tubuladura con sellador eléctrico, hacer 3 sellos.
- + Revisar que las bolsas estén igualmente identificadas y cortar en el sello del centro.
- + Si desea obtener un concentrador de plaquetas puede volver a centrifugar.
- + Se tiene que almacenar el plasma a 70°C asegurando que sea un sólido congelado dentro de las 8 horas de la flebotomía.

■ SEPARACIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS

RESPONSABLE: Personal asignado a fraccionamiento.

TÉCNICAS DE TRABAJO:

- + Se debe de mezclar la unidad de sangre.
- + Se debe de retirar el exceso de glóbulos rojos de las vías de entrada de la bolsa.

- + Se debe de nivelar usando balanza de dos platos y material blando.
- + Se tiene que centrifugar la sangre usando una centrifugación pesada o centrifugación fuerte en el programa de la centrífuga.
- + Se tiene que centrifugar de 1-6°C si va ha obtener plasma fresco y/o crioprecipitado.
- + Se debe de centrifugar a 22°C y centrifugación suave para obtener plasma rico en plaquetas.
- + Se debe de sacar la bolsa ya centrifugada tomándola en la parte superior con mucho cuidado, evitando que se mezcle lo separado.
- + Se tiene que colocar la bolsa en el extractor de plasma.
- + Se tiene que liberar el resorte del extractor dejando que la placa haga contacto con la bolsa suavemente.
- + Se tiene que cortar las bolsas satélites que contienen el plasma, rotulando como "EMP" y guardar en refrigeración de 4-6°C.

■ POOL DE CONCENTRADA DE PLAQUETAS

RESPONSABLE: Personal de Prueba Cruzada.

TÉCNICAS DE TRABAJO:

- + Se tienen que unir plaquetas del mismo grupo en el soldador de esterilidad.

- ✚ Se deben de identificar las bolsas como pool de plaquetas.
- ✚ Se tienen que colocar viñetas con el nombre de todos los donantes.
- ✚ Se tienen que registrar las solicitudes de transfusión el nombre de todos los donantes y en sistema.
- ✚ Se debe de reducir el volumen de plasma según indicación médica.
- ✚ Se debe de despachar el concentrado de plaquetas.
- ✚ Si se reduce el volumen de plasma dejar en reposo una hora, resuspender y despachar.

7. PROCEDIMIENTOS DE CONTROL DE CALIDAD DE EQUIPO

■ CONTROL DE CALIDAD DE BAÑO MARIA (FUNCIONAMIENTO)

RESPONSABLE: Encargado de Prueba Cruzada.

TÉCNICAS DE TRABAJO:

- ✚ Se tiene que tomar la temperatura con un termómetro una vez en la mañana y otra por la noche.
- ✚ Se tiene que anotar la temperatura.
- ✚ Se tiene que verificar que la temperatura este dentro de los parámetros adecuados.

■ CONTROL DE CALIDAD DE BAÑO SECO (TOMA DE TEMPERATURA)

RESPONSABLE: Encargado de Prueba Cruzada.

TÉCNICAS DE TRABAJO:

- ✚ Se tiene que colocar un tubo con agua en una celda del baño.
- ✚ Se tiene que tomar la temperatura utilizando un termómetro, introduciéndolo en el tubo con el agua.
- ✚ Se debe de leer y tomar la temperatura en la tabla mensual.

Se debe de tomar la temperatura en la mañana y en la noche.

■ **CONTROL DE CALIDAD DE ROTADORES SEROLÓGICOS Y EXTRACTOR DE PLASMA**

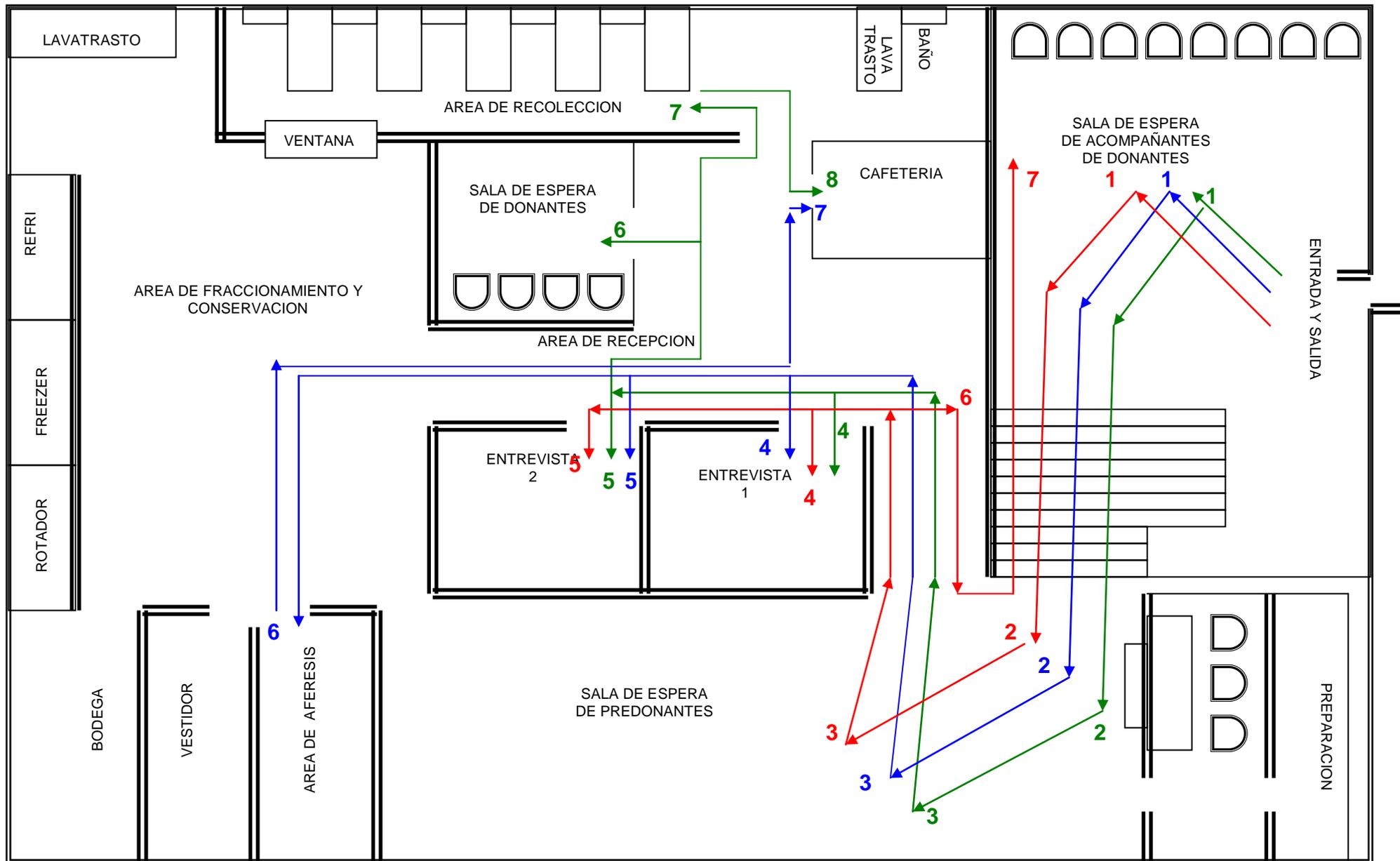
RESPONSABLE: Encargado de Fraccionamiento.

TÉCNICAS DE TRABAJO:

- ✚ Cuando los extractores del plasma y los rotadores serológicos tienen contacto con los fluidos sanguíneos por el rompimiento de los segmentos o las bolsas se procede a descontaminarlos con algodón y clorhexidina.

ANEXO 10

DIAGRAMA DE RECORRIDO DE DONANTES RECHAZADOS Y DE AFÉRESIS (Situación Propuesta)



- DONANTE DE SANGRE
- DONANTE RECHAZADO
- DONANTE DE AFERESIS

SECUENCIA DE LAS OPERACIONES

Paso 1: Sala de espera de acompañantes de donantes.

Paso 2: Sala de preparación.

Paso 3: Sala de espera de predonantes.

Paso 4: Entrevista 1.

Paso 5: Entrevista 2.

Paso 6: Área de aféresis (→ Donante de plaqueta)

Sala de espera de donantes (→ Donante de sangre)

Se retira (→ Donante rechazado)

Paso 7: Cafetería (→ Donante de plaqueta)

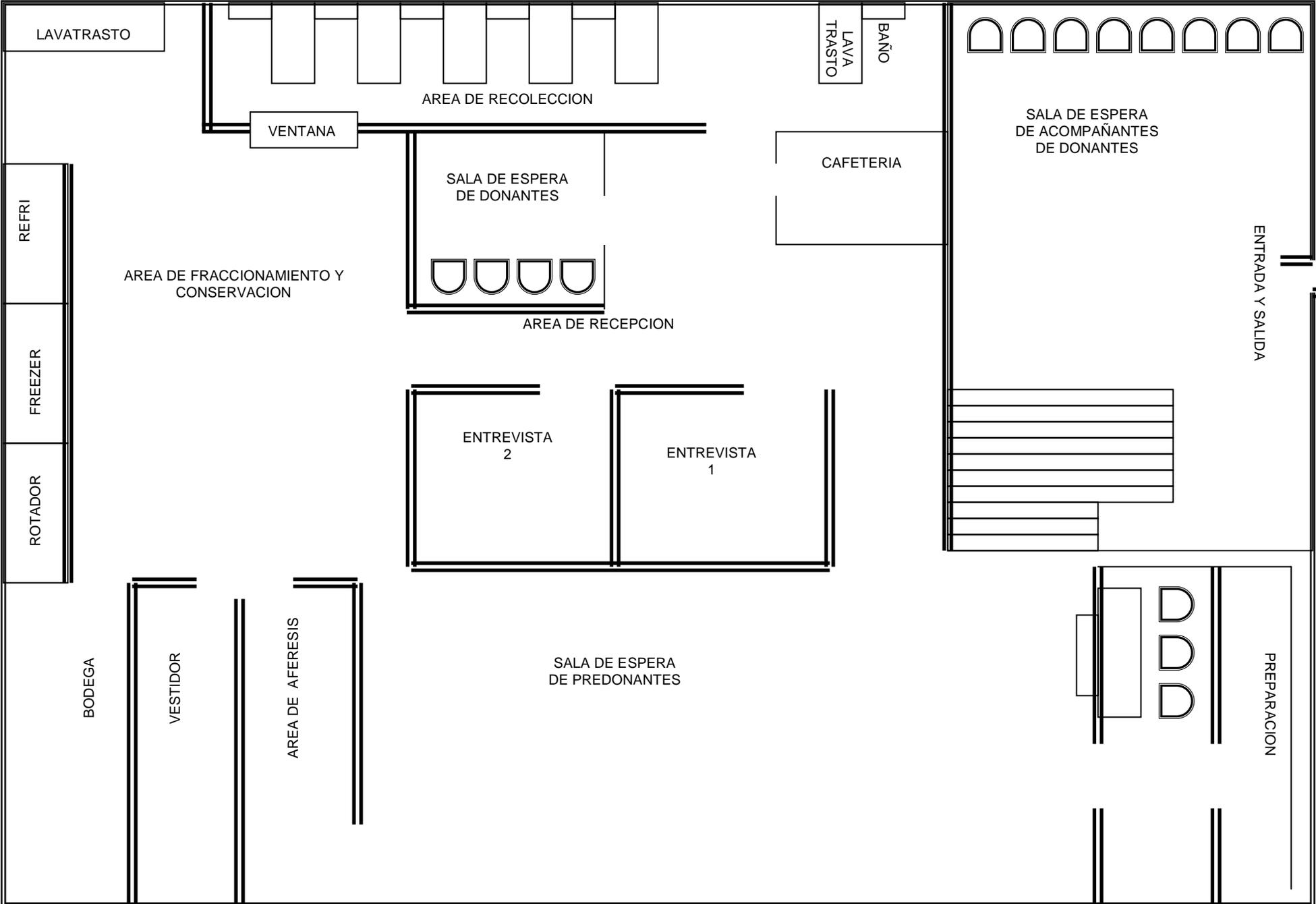
Área de recolección (→ Donante de sangre)

Se retira (→ Donante rechazado)

Paso 8: Cafetería (→ Donante de sangre)

ANEXO 11

DISTRIBUCIÓN DE LA PLANTA DEL BANCO DE SANGRE DEL HNNBB (Situación Propuesta)



ANEXO 13

LISTA DE REGISTROS DE CALIDAD DEL BANCO DE SANGRE DEL HNNBB

No.	DOCUMENTO	CÓDIGO	RESPONSABLE DEL ARCHIVO	TIEMPO DE MANTENIMIENTO (AÑOS)
CONSULTAS AL DOCUMENTO			CORRECCIONES AL DOCUMENTO	
CÓDIGO: _____			CÓDIGO: _____	
FECHA	NOMBRE	FECHA	NOMBRE	FIRMA

ANEXO 14

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

BANCO DE SANGRE

ENCUESTA DEL GRADO DE SATISFACCIÓN SOBRE LA ATENCIÓN RECIBIDA.

INDICACIONES:

- Solicitamos su colaboración para mejorar la atención que le prestamos en cada donación.
- Señale con un círculo la puntuación que usted considera que merece cada servicio y deposite la encuesta en el buzón de sugerencia.
- Las encuestas serán tratadas anónimamente, la parte con los datos del donante se recortará antes de leer las encuestas.

PREGUNTAS:

1. ¿Qué impresión tiene usted de la atención recibida?

Muy buena Buena Regular Mala Muy mala

2. ¿Cómo considera que le informaron sobre su donación?

Muy bien Bien Regular Mal Muy mal

3. ¿Cómo considera que le atendió el personal?

Muy bien Bien Regular Mal Muy mal

4. ¿Le han tardado en atenderle?

Demasiado Mucho Bastante Poco Nada

5. ¿Qué opina del local de extracción?

Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo

6. ¿Cómo considera la higiene de las instalaciones?

Muy buena Buena Regular Mala Muy mala

7. ¿Desea añadir alguna observación o sugerencia?

Sexo: F M **Edad:** _____ **Años** **No. de donaciones** _____

Nombre _____ No. de Donante _____

Muchas gracias por su colaboración

ANEXO 15

FICHA DE NO CONFORMIDADES ACCIONES DE MEJORA

No. de Registro_____

Fecha de Incidencia_____

Fecha del Informe_____

Subrayar el área en que se haya producido:

1. ADMINISTRACIÓN/COMPRAS 2. PROMOCION 3. FRACCIONAMIENTO 4.
TRANSPORTE 5. EXTRACCIÓN 6.ATENCIÓN AL USUARIO 7.OTROS
(Especificar)

ASUNTO:

CIRCUNSTANCIAS:

la persona o de las personas que han intervenido en la incidencia), sólo de hecho.

1. Fecha de la Incidencia: Fecha en la que tuvieron lugar los hechos descritos y la **Fecha del Informe:** Fecha en que se detectó la incidencia y se procedió a su descripción por escrito.

2. Asunto: Expresar en una sola frase de qué se trata.

3. Circunstancias: Descripción objetiva y pormenorizada de los hechos que dieron lugar a la incidencia detectada.

4. Errores Detectados: Análisis subjetivo de cuales fueron los errores o las circunstancias que condujeron al error.

5. Medidas Adoptadas: Medidas que se tomaron para resolver ese caso concreto y medidas adoptadas para evitar un nuevo error por las mismas causas.

6. Firma e Identificación de quien detecta la incidencia.