

**UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
ESCUELA DE POSTGRADO ALTAGORA**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN HEMOTERAPIA Y
BANCO DE SANGRE**



TESIS

**MONITORIZACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA GARANTÍA
DE CALIDAD Y LAS ACCIONES DE CONTROL GERENCIAL
EN EL BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL REGIONAL
LAMBAYEQUE 2022.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE**

Autor:

TM. TAPIA ABANTO SÁNCHEZ, Juan Alcibíades

Asesora: Dra. LAZO PÉREZ, María Aurelia

ORCID. <https://orcid.org/0000-0002-8291-6949>

Pimentel, Perú, Año. 2023



DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, **DRA. MARÍA AURELIA LAZO PÉREZ**, asesor (a) del Programa/École de SEGUNDA ESPECIALIDAD EN HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE; he realizado el debido control de originalidad de la investigación, el mismo que está dentro de los porcentajes establecidos para el nivel de pregrado/posgrado, según la Directiva de similitud vigente en la UDCH; además certifico que la versión que hace entrega es la versión final del informe cuyo Título es: "MONITORIZACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA GARANTÍA DE CALIDAD Y LAS ACCIONES DE CONTROL GERENCIAL EN EL BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEGUE 2022"; presentado por el (la) estudiante

TAPIA ABANTO SÁNCHEZ, JUAN ALCIBÍADES

Se deja constancia que la investigación antes indicada tiene un índice de similitud del 17%, verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el software de similitud TURNITIN de la Universidad Particular de Chiclayo.

Por lo que se concluye que, cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con lo establecido en la Directiva sobre el nivel de similitud de productos acreditables de investigación vigente.

Pimentel, 24 de enero del 2024

A handwritten signature in black ink, appearing to be "M. Lazo", written over a horizontal dotted line.

.....
DRA. MARÍA AURELIA LAZO PÉREZ
ASESORA

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación esta dedicado a Dios
sin cuya intervención nada es posible.

A mis hijos, cuyo amor puro sirve de
bálsamo para cualquier dolencia o desanimo.

A mis padres, y demás familiares por su
paciencia y comprensión.

AGRADECIMIENTOS

Mi gratitud a la Dra. Lazo Pérez, quien asumió su rol de tutora para el presente trabajo de una manera proactiva y eficaz, a las siguientes instituciones: Universidad Particular de Chiclayo, ente formativo de los Tecnólogos Médicos de la Región Lambayeque, de igual manera al Hospital Regional Lambayeque, institución donde cada vez más profesionales se capacitan y suman esfuerzos para apoyar activamente en el mejoramiento constante de los servicios de salud que se brindan.

ÍNDICE

Hoja de firmas de asesor y revisores ¡Error! Marcador no definido.

Dedicatoria iv

Agradecimientos ¡Error! Marcador no definido.

Índice vi

Resumen viii

Abstract ix

Introducción 1

CAPÍTULO I 2

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN: 2

1.1. Realidad Problemática. 2

1.2. Formulación del Problema. 3

1.3. Justificación e Importancia de la Investigación. 3

1.4. Objetivos de la Investigación. 4

CAPÍTULO II 5

MARCO TEÓRICO-CIENTÍFICO. 5

2.1. Antecedentes de Investigación. 5

2.2. Base Teórico-Científico. 9

2.3. Hipótesis. 12

2.3.1. Hipótesis General 12

2.3.2. Hipótesis Específicas 13

2.4. Variables. 13

2.5. Definición de las Variables.	13
2.6. Operacionalización de las Variables.	15
2.7. Matriz de Consistencias.	16
CAPÍTULO III	17
MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	17
3.1. Tipo de Investigación.	17
3.2. Diseño de Investigación.	17
3.3. Población y Muestra.	17
Criterios de inclusión	17
Criterios de exclusión	17
3.4. Materiales, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.	17
3.5. Validación y Confiabilidad de los instrumentos.	20
3.6. Métodos y Procedimientos para la Recolección de Datos.	20
3.7. Análisis Estadísticos y Representación de los Resultados.	20
CAPÍTULO IV	21
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.	21
4.1. Presentación y Análisis de la Información	21
4.2. Discusión de Resultados.	40
Conclusiones	45
Recomendaciones.	47
Referencias bibliográficas	48
ANEXOS	Error! Marcador no definido.

Resumen

Los servicios de Banco de Sangre deben cumplir con los protocolos de calidad durante el proceso de selección de los donantes de sangre, su recolección, procesamiento y, almacenamiento de sangre. A su vez garantizar la seguridad en la distribución de las unidades y sus hemocomponentes. El propósito de esta investigación es determinar la relación entre la garantía de calidad y las acciones del control gerencial en el Banco de Sangre del Hospital Regional Lambayeque en el 2022. Entre los resultados obtenidos en este estudio cuantitativo no experimental están: Los aspectos relacionados con el control gerencial y la necesidad de monitorear las garantías de calidad; se demostró que existían insuficiencias en todos los ítems contemplados en la investigación, dentro de ellos el de mayor insuficiencia es el relacionado con la estructura organizacional con un 57.89% (11), el sistema de comunicación con resultados similares y el control de calidad con 52.63% (10), los resultados de estos aspectos manifiestan que todos exceden al 50%, al analizar los otros ítems sus resultados se muestran en el orden superior al 40% como es el caso del aspecto relacionado con la dotación de personal con 47.36% (10) y la capacitación, el 42.10 (8) de los participantes manifiestan que no se cumple este criterio. Lo que permite concluir que: existe una la relación directamente proporcional entre la garantía de calidad y el control gerencial, por lo que se reconoce la necesidad de establecer en los Bancos de Sangre el control gerencial sistemático de cada uno de los aspectos contemplados en la

investigación, como una vía para identificar las fortalezas e insuficiencias que se puedan presentar en la práctica clínica y monitorear el cumplimiento de cada uno de los indicadores de calidad.

Palabras Claves: Garantía de Calidad; Control Gerencial; Calidad de los procesos

Abstrac

Blood bank services must comply with quality protocols during the selection process of blood donors, their collection, processing, and blood storage. At the same time, guarantee the safety in the distribution of the units and their blood components. The purpose of this research is to determine the relationship between quality assurance and management control actions in the Blood Bank of the Lambayeque Regional Hospital in 2022. Among the results obtained in this non-experimental quantitative study are: Aspects related to managerial control and the need to monitor quality guarantees, showed that there were deficiencies in all the items considered in the investigation, among them the one with the greatest insufficiency is the one related to the organizational structure with 57.89% (11), the system of communication with similar results and quality control with 52.63% (10), the results of these aspects show that they all exceed 50%, when analyzing the other items their results are shown in the order of more than 40% as is the case of the aspect related to staffing with 47.36% (10) and training, the participants state that this criterion is not met 42.10 5 (8) state it. Which allows us to conclude that: there is a directly proportional relationship between quality assurance and managerial control, so the need to establish systematic managerial control of each of the aspects contemplated in the investigation is recognized in the Blood Banks, as a way to identify the strengths and weaknesses that may arise in clinical practice and monitor compliance with each of the quality indicators.

Keywords: Quality Assurance; Management Control; Process quality

Introducción

Dentro de los Objetivos del Desarrollo Sostenible contenidos en la Agenda 2030, específicamente el número tres está destinado a la necesidad de garantizar el cuidado de la salud, garantizando una vida sana, la educación para la salud y sobre todo la calidad de los procedimientos médicos. (1)

La dinámica del desarrollo obliga a todos a pensar en establecer determinados estándares para garantizar la calidad de los procesos en sentido general, es una realidad que esta estandarización conlleva a garantizar mayor competitividad entre los servicios y en el caso particular de salud lleva a garantizar su calidad; surgiendo este concepto y concibiéndolo como herramienta o vía para garantizar en todos los servicios y en el caso particular del servicio de Banco de Sangre con mayor persistencia y responsabilidad. (2)

En el Banco de Sangre, se trabaja con productos biológicos y se distribuye a los diferentes servicios de salud para la aplicación de los procedimientos transfusionales, los cuales son cada vez más recurrentes. Es por lo que en estos centros se aplican las medidas de calidad en función de la satisfacción de los pacientes, garantizando al máximo la aplicación de los protocolos de bioseguridad. (2)

En cada uno de los países se encaminan las políticas de salud en función de lograr la cobertura sanitaria, aparejado con este interés se trabaja para garantizar la infraestructura, los suministros médicos, la atención de salud, la accesibilidad a ellos y por supuesto la atención segura, rápida, efectiva todo lo cual es consecuente con la preparación del personal para la aplicación de los procedimientos clínicos establecidos y con la monitorización de los aspectos que conllevan a la calidad del servicio. (3)

Los servicios de Banco de Sangre deben cumplir con los protocolos de calidad durante el proceso de selección de los donantes de sangre, su recolección, procesamiento y, almacenamiento. A su vez garantizar la seguridad en la distribución de las unidades y sus hemocomponentes.

En estos servicios se deben establecer como medidas de seguridad documentos que registren el control de cada uno de los procesos que se lleven a cabo, en cuanto a la recolección, procesamiento, almacenamiento, distribución y transfusión de sangre y componentes sanguíneos (4)

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN:

1.1. Realidad Problemática.

Los servicios de Banco de Sangre tienen un grupo de indicadores que deben cumplir para garantizar la calidad de todo el proceso de donación, comenzando por la selección del donante hasta llegar al almacenamiento de las unidades de sangre para garantizar la disponibilidad de sangre y hemoderivados según las necesidades.

Es sabido que durante la práctica transfusional se corre el riesgo de adquirir infecciones graves relacionadas con el virus del VIH, la hepatitis, sífilis entre otros. Con el propósito de garantizar la calidad de la sangre, en estos centros se establecen indicadores para cada etapa del proceso de práctica clínica transfusional segura, incluidas las relativas a la gestión de la sangre del paciente. Es sabido que la aplicación metódica del sistema de gestión de calidad, en el que se incluyen las buenas prácticas, documentación, capacitación de todo el personal y evaluación de la calidad es fundamental. (5)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), trazó acciones con el propósito de garantizar la disponibilidad de sangre y de sus hemoderivados de manera segura en todos los países. No obstante, la concientización y sensibilización sobre la necesidad de los procesos de mejora permanente encaminados al desarrollo de acciones que contribuyan a la seguridad y disponibilidad de unidades de sangre y sus hemoderivados, no se comporta de la misma manera lo que conlleva a la inseguridad del paciente y a la constante preocupación entre los profesionales de salud.

Hoy la realidad es que existen insuficiencias en cuanto al rigor en la aplicación de las normativas y políticas internacionales y nacionales relacionadas con los sistemas reglamentados, lo que conlleva a que se presenten problemas en el predominio de las donaciones voluntarias, las cuales son consideradas las más seguras dentro de los diferentes tipos de donaciones.

Por otro lado, otras de las insuficiencias es la gestión de la calidad en la aplicación de los procedimientos clínicos para el procesamiento de los ensayos de cribado, la detección del grupo sanguíneo y de la compatibilidad; el uso clínico inadecuado de la sangre; y una financiación nacional insuficiente para garantizar la seguridad de la sangre. (6)

Por lo que se identifica el siguiente problema científico

1.2. Formulación del Problema.

1.2.1. Problema General.

¿Qué relación existe entre la garantía de calidad y las acciones del control gerencial en el Banco de Sangre del Hospital Regional Lambayeque 2022?

1.2.2. Problemas Específicos.

1. ¿Cuál es el diagnóstico del cumplimiento de la garantía de calidad en el Banco de Sangre del Hospital Regional Lambayeque 2022?

2. ¿Qué resultados se obtendrán del diagnóstico del cumplimiento de las acciones del control gerencial en el Banco de Sangre del Hospital Regional Lambayeque 2022?

3. ¿Cuáles son las insuficiencias que se presentan en el control de la garantía de calidad y de las acciones del control gerencial en el Banco de Sangre del Hospital Regional Lambayeque 2022?

1.3. Justificación e Importancia de la Investigación.

En la actualidad la práctica clínica transfusional es muy utilizada en la atención médica para salvar vidas o contribuir a mejorar la calidad de vida de muchos de los pacientes; en este sentido los servicios de Banco de Sangre ofrecen

la posibilidad de garantizar la disponibilidad y calidad de la sangre y sus hemoderivados

La monitorización de los indicadores de calidad en el servicio de Banco de Sangre es un elemento fundamental para que los donantes se sientan seguros. Por la importancia que tiene este aspecto en esta área es que este estudio tiene pertinencia, ya que con su desarrollo se identificarán las principales insuficiencias y se tomarán medidas para mejorar la seguridad de los profesionales de salud que laboran en este servicio, la de los pacientes y la de los donantes.

Además, los resultados aportarán datos actualizados sobre la normalización y los indicadores de calidad en este servicio; las insuficiencias presentadas y las conclusiones a las que se arribaron contribuirán al desarrollo de otras investigaciones, sobre el conocimiento de la importancia que reviste la aplicación y cumplimiento de indicadores estandarizados para el servicio de Banco de Sangre.

Por otra parte, esta investigación es un referente teórico ya que brinda información actualizada sobre el objeto de estudio y la necesidad de establecer planes de mejora continua en estos servicios por la importancia que tienen para la práctica médica.

1.4. Objetivos de la Investigación.

1.4.1. Objetivo General.

Determinar la relación entre la garantía de calidad y las acciones del control gerencial en el Banco de Sangre del Hospital Regional Lambayeque en el 2022

1.4.2. Objetivos Específicos

1. Diagnosticar el cumplimiento de la garantía de calidad en el Banco de Sangre del Hospital Regional Lambayeque en el 2022

2. Establecer el cumplimiento de las acciones del control gerencial en el Banco de Sangre del Hospital Regional Lambayeque en el 2022

3. Identificar las insuficiencias que se presentan en el control de la garantía de calidad y de las acciones del control gerencial en el Banco de Sangre del Hospital Regional Lambayeque.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO-CIENTÍFICO.

2.1. Antecedentes de Investigación.

(Silva Ballester, Bencomo Hernández, Díaz Albelo, Rodríguez Betancourt, Castañeda Gueimonde, Ballester Santovenia, 2018), en Cuba publicaron su investigación relacionada con los resultados de un programa de hemovigilancia, Los investigadores se trazaron como propósito la identificación de los resultados relacionados con la implementación del programa de hemovigilancia, para lo que desarrollaron un estudio descriptivo. Con la aplicación del programa se logró elevar el conocimiento que tenían sobre medicina transfusional de los profesionales de salud que trabajaban en el Banco de Sangre, las conclusiones a las que arribaron comprenden la afirmación de que el programa que se aplicó es aplicable en otras instituciones en función de lograr la seguridad y calidad transfusional. (7)

En Bogotá Colombia los investigadores (Cuervo Gutiérrez, Ramírez Hernández, Sierra Ramírez. 2019), realizaron una investigación relacionada con un estudio de caso en un servicio de una Institución de Salud en Bogotá. El objetivo de la investigación se relacionó con la identificación de un servicio crítico, del área de laboratorio clínico. Los resultados que se obtuvieron versan en cuanto a que después de la aplicación los profesionales de salud, entienden la necesidad de adoptar las buenas prácticas y la GPC para reducir riesgos y optimizar los recursos y los hemocomponentes tomando las siguientes medidas: conformar un grupo de evaluación y control, búsqueda de guías prácticas, tamización con revisión sistemática, evaluación de calidad de las guías preseleccionadas, ajuste de las recomendaciones para su implementación. (8)

En Quito Ecuador (González Rodríguez, 2021), sustentó su tesis de investigación sobre el diseño de un sistema de gestión basado en las normas de NTE INEN ISO/IEC 17025:2018, esta aplicación se realizó en una unidad de referencia de Bancos de Sangre que se dedica a la investigación dirigida a la salud en la región de América Latina y el Caribe. El objetivo de esta investigación se reconoce en la implementación de un sistema encaminado a la gestión que se fundamenta en las normas NTE INEN ISO/IEC 17025:2018. Para lo cual se desarrolló un estudio descriptivo no experimental, con el que se obtuvieron las siguientes conclusiones, la implementación de la norma NTE INEN ISO/IEC 17025:2018, contribuye a la calidad a partir de la demostración de los procedimientos clínicos del Banco de Sangre. (9)

En esta misma línea en Ecuador la investigadora (Guayacán Fúquene, 2021), publicó su investigación sobre los modelos de gestión de calidad que se aplican en los Bancos de Sangre y servicios transfusionales, el objetivo planteado se relacionó con la evaluación de la aplicación de los requisitos técnicos, administrativos que responden a la calidad de las instituciones, los resultados que se obtuvieron reconocen que se realizaron críticas positivas sobre sistemas que se aplican de calidad, se demostró a su vez que los modelos de gestión de calidad implementados lograron que los profesionales de salud que trabajan en ellos adquieran confianza en el producto que obtienen y que entregan según las solicitudes. Con su aplicación cumplen con las normativas, la adquisición de certificaciones, todo lo que lleva a la seguridad de los pacientes transfundidos. (10)

Por otro lado, en México (Migliarino, 2022), investigó sobre los indicadores de calidad que se necesitan en un Banco de Sangre; el propósito de la investigadora fue identificar cuáles son los indicadores para garantizar la mejora, los cuales son elementos claves para alcanzar la eficacia de los resultados de la aplicación del sistema de gestión de la calidad, lo que conllevaría a disminuir los errores. Los resultados que se obtuvieron en esta investigación representan que la identificación de los indicadores para evaluar la calidad de los procesos de un servicio de Banco de Sangre es primordial para identificar los indicadores que con

su evaluación aportaría información efectiva. Se debe tomar en cuenta que cada indicador que se aplique debe tener predeterminado que representen la institución en el control de todos los procesos. (11)

La sistematización realizada le permite al investigador, entender la importancia del control de calidad en los servicios de Banco de Sangre, lo que lo motiva a profundizar en estos aspectos en el Perú.

En Huánuco, Perú la investigadora (Montes Hajar, 2021) presentó una investigación que la dirigió hacia el cumplimiento de los requisitos de garantía de calidad y las acciones que se realizan en función del control gerencial, para este estudio el objetivo de investigación fue relacionar la correspondencia entre la gestión de la calidad y el control que se debe realizar de ella, para lo que se desarrolló un estudio cuantitativo, correlacional, prospectivo y transversal. Los resultados que se obtuvieron muestran que existe una relación entre los aspectos que garantizan la calidad y la calidad de los resultados de la aplicación de los procedimientos clínicos de laboratorio: Entre estos factores están los profesionales que laboran en este espacio, su organización, los equipos y materiales de los que se dispone, la documentación que se debe tener de todos los procedimientos y, la conformación de un comité transfusional de hemovigilancia. La estadística demuestra que hay significancia de ($p \leq 0,05$); los resultados del indicador relacionado con la infraestructura y el control gerencial [$3,161$; $gl = 1$; $p = 0,075$]. (12)

. En Lima (Quispe Chacón, 2022), presentó una investigación sobre los aspectos relacionados con la calidad de la atención en los servicios de Banco de Sangre y la satisfacción que sienten los pacientes, el objetivo que se propuso el investigador fue el de realizar un análisis sobre las percepciones que tienen los usuarios que asistieron a este servicio, para lo que se realizó un estudio descriptivo correlacional, a las conclusiones que se llegaron correspondieron al reconocimiento de que es una realidad demostrada que si existe una relación significativa entre los aspectos que se están estudiando, todo esto lleva a incrementar los niveles de satisfacción. (13)

Por otro lado, en Tacna (Huayta Osco, 2022), desarrolló una investigación sobre la calidad de los concentrados de plaquetas, en medición basal, quinto y séptimo día, en un Banco de Sangre, para profundizar en este estudio el autor se trazó el objetivo de demostrar si existen diferencias en los porcentajes de las unidades de plaquetas que se consideran aptas para el uso terapéutico bajo los parámetros de calidad según medición basal, 5 y 7 días de antigüedad. La aplicación del protocolo de medición de los concentrados de plaquetas según las normatividades y los indicadores permitió evaluar la calidad de estos en cada uno de los días que se midió, lo que le permitió a la investigadora llegar a la siguiente conclusión, que si existe diferencia entre estas mediciones y, que su aplicación garantiza la seguridad del paciente que es sometido a las prácticas transfusionales. (14)

En Piura (Benites Correa, 2022), investigó sobre los análisis y mejora del proceso operativo del servicio de donación de sangre aplicando simulación discreta, en esta investigación el investigador se planteó el propósito de identificar todos los subprocesos dentro del flujo de operaciones del Banco de Sangre, los cuales pueden ser mejorados a partir de aplicar una simulación para reducir los tiempos de atención en el servicio de Banco de Sangre y con esto lograr la satisfacción del paciente. Es bueno aseverar que con el desarrollo de la simulación se mejoran los procesos por lo que se llega a la conclusión de que con la aplicación de simulaciones de pequeños procesos se puede mejorar la calidad en la atención de los pacientes; los resultados obtenidos de la encuesta Servqual que se le aplicó al 65.93% de los donantes afirmaron tener insatisfacciones en algunos aspectos y el 12.59% afirmaron no tener ninguna satisfacción con los procesos que se desarrollaron. (15)

En Lambayeque (Kelly, Santa Cruz Quiroz, Vásquez-Mejía, Soto-Cáceres, Díaz-Vélez, Díaz-Silva, 2019), estos investigadores publicaron sus resultados con el propósito de realizar una valoración sobre índices de calidad de las prescripciones de las transfusiones sanguíneas realizadas y conocer los principales diagnósticos. Para lo que se desarrolló un estudio transversal, se

obtuvieron los siguientes resultados relacionados con que los mayores errores en la prescripción se encontraron en un 36,0%, los investigadores llegaron a la conclusión de las prescripciones sanguíneas de calidad se valoraron como inadecuadas en un 26,5%. (16)

2.2. Base Teórico-Científico.

Calidad de atención al cliente

Es la atención que se le da a los clientes o usuarios en función de resolver o minimizar sus problemáticas, en consecuencia, se sugiere ajustarse a los enfoques y protocolos de la institución. Para esta evaluación se establecen estándares en correspondencia con la naturaleza de la atención en la institución de salud y esta se relaciona con el servicio que brinde a la accesibilidad, rapidez, seguridad, efectividad, infraestructura y ambiente comunicativo y empático que se genere para el usuario, la familia y el profesional de salud. (17)

Control de calidad.

Para los servicios de Banco de Sangre se entiende como el cumplimiento de los procedimientos y buenas prácticas en la obtención y clasificación del tipo de sangre en las unidades donadas y el tamizaje que se le aplica a cada una de estas, para identificar los marcadores infecciosos en los cuales se puede encontrar el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), los virus de la hepatitis, sífilis. (14)

En cuanto a la dimensión calidad de la atención tomando en cuenta los elementos tangibles, se puede apreciar que son aquellos ambientes que se logran en los espacios de oficina, las apariencias físicas de los profesionales de salud, los hardware y, todo el material que se relaciona con la calidad facultad y material de correspondencia.

La fiabilidad en los Bancos de Sangre se refiere a las probabilidades que existen para garantizar que el personal cumpla con los estándares de calidad

establecidos. Se refiere también a la capacidad de respuesta rápida oportuna y eficiente.

Tener un sistema de información actualizado y seguro que le permite ayudar a los clientes y garantizar su confianza y validez.(18)

Tipo de control

- Control preventivo en el servicio de Banco de Sangre, se le llama al control preliminar, se les considera a las acciones que se dirigen hacia el potencial humano de salud que trabaja en este servicio. En este aspecto también se toman en cuenta los materiales, el financiamiento y todos los aspectos organizativos de la administración y gestión. Se debe entender el control preventivo como todas aquellas acciones que se realizan para garantizar la contratación de profesionales capacitados y competentes, las que se desarrollan para mantener la actualización de los profesionales y todas aquellas que se realizan en función de conformar un pronóstico lo más certero posible de la situación del problema salud enfermedad y del manejo de los riesgos de la institución y el entorno. (19)
- El control reparativo. Son todas aquellas acciones que van encaminada a solucionar o resolver las insuficiencias que se van presentando en los distintos equipos y que pueden ser detectados por los profesionales que los utilizan y lo comunican al departamento que se encarga de su mantenimiento. (20)
- El control correctivo. Son las disposiciones que se toman para controlar los resultados de la actividad desarrollada, por lo general se realiza cuando existe la retroalimentación de los procesos.

Este control tiene como desventaja que se identifican las insuficiencias cuando se recopila toda la información, es decir después que se desarrolló la actividad. (14)

Nivel de calidad

- Requisitos generales: Se refiere a las actividades que se destinan a la gestión del potencial humano. Estas actividades comprenden desde su selección, contratación, inducción, retención, desarrollo y ces/despida de los empleados del servicio de Banco de Sangre. (21)

- En cuanto a los requisitos relacionados con la infraestructura: Se refieren a las instalaciones que cumplen con las condiciones necesarias para poder desarrollar el servicio con calidad y de acuerdo a los estándares requeridos. (22)

En este mismo rubro se encuentran los aspectos relacionados con la infraestructura física, la cual se conforma con los establecimientos públicos que proporcionan los servicios básicos a los pacientes, en este caso se encuentran los Hospitales. (22)

En el aspecto de la infraestructura social y económica, son aquellas que vienen a ser los hospitales, puestos médicos, Centros de Salud.(22)

- En el caso del Comité de Transfusión: Se dedica a los controles y el desarrollo de acciones de hemogilancia, con el objetivo de preservar la seguridad del paciente y de los donantes. Además de que le presta atención a todos los aspectos que tienen que ver con la manipulación de las unidades donadas y con la aplicación de los procederes para la aplicación de los procedimientos clínicos de Banco de Sangre. Este órgano es una herramienta para trabajan en función de la calidad del servicio de salud. (23)

- La hemovigilancia son las acciones que componen el sistema de supervisión y alerta, que está comprendido a partir de la selección de los posibles donante, pasando por todas las etapas protocolizadas hasta llegar a su destino de acuerdo a las necesidades, se basa en la recolección y control de todas a información además de su análisis a lo largo de todo el proceso transfusional. (23)

- Conformación de la plantilla de personal: Se entiende como el proceso en el que se gestiona el personal de salud que va a desempeñarse en el servicio de banco de sangre, en esta conformación se aplican las pautas del proceso administrativo.
- La selección del equipamiento y el mobiliario de acuerdo a las necesidades del servicio es fundamental tanto para el desempeño de los profesionales del servicio como para los pacientes, influyendo en la satisfacción de ambos grupos y en la calidad de la atención. (24)
- En el caso de la documentación y registro de todos los procesos según lo establecido por las normas ISO 9000:2005. Entiéndase por documentación toda la información que puede guardarse en físico ya sea escrita en forma de gráficos o tablas, en fotos, videos o cualquier otra manera que pueda significar una evidencia. Mientras que cuando se habla de registros es el documento que contiene todos los resultados que se obtienen durante el desarrollo de los procesos y también tiene un significado de evidencia del desarrollo de los procesos. (25)
- Autoevaluación. Se realiza con el propósito de autoinspección con el objetivo de autocontrolar la aplicación y cumplimiento de los procedimientos clínicos del servicio de Banco de Sangre. Además de evaluar las Buenas Prácticas en la manufacturación y entrega de los fabricantes tanto de la tecnología biomédica como de los reactivos. Contribuye de manera precisa al control de calidad. (26)
- El aspecto relacionado con el almacenamiento, es considerado de importancia ya que va desde el almacenamiento de insumos hasta el almacenamiento de unidades de sangre donadas y de hemocomponentes. (10)

2.3. Hipótesis.

2.3.1. Hipótesis General

Si se determina la relación entre la garantía de calidad y las acciones del control gerencial en el Banco de Sangre del Hospital Regional de Lambayeque, permitirá que se establezcan medidas para garantizar la calidad.

2.3.2. Hipótesis Específicas

1. El diagnóstico del cumplimiento de la garantía de la calidad en el Banco de Sangre del Hospital Regional de Lambayeque, contribuirá a identificar las insuficiencias en el servicio.

2. La monitorización del cumplimiento de las acciones del control gerencial en el Banco de Sangre del Hospital Regional de Lambayeque, permitirá que se tomen medidas para garantizar la calidad del servicio.

3. Al identificar las insuficiencias que se presentaron en el control de la garantía de la calidad y de las acciones del control gerencial en el Banco de Sangre del Hospital Regional de Lambayeque, contribuirá a tomar medidas.

2.4. Variables.

2.4.1. Identificación de las Variables.

2.4.1.1. Variable Independiente.

Monitorización del cumplimiento de la garantía de calidad

2.4.1.2. Variable Dependiente.

Acciones de control gerencial

2.5. Definición de las Variables.

2.5.1. Definición Conceptual.

Monitorización del cumplimiento de la garantía de calidad. Son las acciones que se realizan para verificar la eficiencia y la eficacia de determinado proceso mediante la identificación de insuficiencias y debilidades y, en consecuencia, se recomiendan medidas para corregir los resultados negativos.

Acciones de control gerencial en el banco de sangre. Las acciones relacionadas con el control de calidad, se corresponden con la implementación de

medidas, estrategias, programas, mecanismos, herramientas y técnicas, para lograr alcanzar la calidad de los servicios, y la seguridad de la atención. Cuando se hace se trata de garantizar la calidad, se hace referencia a la implementación de una estrategia para asegurar el cuidado y mejora continua.

Sociodemográfica. Es la información socioeconómica y cultural de una población, con su análisis se puede identificar determinados comportamientos.

2.5.2. Definición Operacional.

Monitorización del cumplimiento de la garantía de calidad. Son las operaciones y, conjunto de reglas, medidas y recomendaciones que se establecen con el propósito de lograr la calidad y seguridad de los procedimientos de Banco de Sangre destinados a la obtención de la calidad, en este control se toman en cuenta los aspectos operacionales. Es posible medirla con indicadores contextualizados.

Acciones de control gerencial en el banco de sangre. Se puede identificar como el proceso de control gerencial, mediante el cual el servicio de Banco de Sangre asegura que sus procesos se desarrollen con calidad. Estas acciones se desarrollan de manera coordinada y colaborativa, es evaluable a partir de indicadores establecidos.

Sociodemográfica. Son datos que a partir de su medición e interpretación se pueden definir o predecir conductas, estados de salud.

2.6. Operacionalización de las Variables.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Evaluación	Instrumentos
Monitorización del cumplimiento de la garantía de calidad	Son las acciones que se realizan para verificar la eficiencia y la eficacia de determinado proceso mediante la identificación de insuficiencias y debilidades y, en consecuencia, se recomiendan medidas para corregir los resultados negativos.	Son las operaciones y, conjunto de reglas, medidas y recomendaciones que se establecen con el propósito de lograr la calidad y seguridad de los procedimientos de banco de sangre destinados a la obtención de la calidad, en este control se toman en cuenta los aspectos operacionales. Es posible medirla con indicadores contextualizados.	Requisitos de garantía de la calidad de la unidad de Transfusión sanguínea	Nivel de calidad Requisitos generales Dotación de personal y organización Infraestructura Dotación de equipo y material Documentación y registro Almacenamiento Comité de Transfusión Hemovigilancia Auto inspección y auditorías	107- 115= Cumple ≤ 106= No cumple 12 - 14 = Cumple ≤ 11 = No cumple 25 - 27 = Cumple ≤ 24 = No cumple 3 - 4 = Cumple ≤ 2 = No cumple 11- 12 = Cumple ≤ 10 = No cumple 9- 10 = Cumple ≤ 8= No cumple 8- 9= Cumple ≤ 7 = No cumple 16- 17= Correcta ≤ 15= No cumple 7- 8= Cumple ≤ 6= No cumple 13- 14= Cumple ≤ 12= No cumple	Cuestionario de medición de los requisitos de la garantía de calidad y el control gerencial de la unidad de transfusión
Acciones de control gerencial en el banco de sangre	Las acciones relacionadas con el control de calidad, se corresponden con la implementación de medidas, estrategias, programas, mecanismos, herramientas y técnicas, para lograr alcanzar la calidad de los servicios, y la seguridad de la atención. Cuando se hace se trata de garantizar la calidad, se hace referencia a la implementación de una estrategia para asegurar el cuidado y mejora continua.	Se puede identificar como el proceso de control gerencial, mediante el cual el servicio de banco de sangre asegura que sus procesos se desarrollen con calidad. Estas acciones se desarrollan de manera coordinada y colaborativa, es evaluable a partir de indicadores establecidos.	Control gerencial	Preventivo Reparativo. Correctivo.	106- 115 = Preventivo 96- 105= Reparativo	Guía de entrevista de las características generales
Sociodemográfica	Es la información socioeconómica y cultural de una población, con su análisis se puede identificar determinados comportamientos.	Son datos que a partir de su medición e interpretación se pueden definir o predecir conductas, estados de salud.	Social, cultural y laboral	Edad Nivel escolar Experiencia Laboral	20 a 30---, 31 a 40 __ 41 a 50. __, 51 a 60. __ Téc. __, Lic. __, Mg. __, Esp de II. __, Dr. C. __. 1 a 3 años __, 4 a 6 años. __ 7 años o más.	

2.7. Matriz de Consistencias.

P. GENERAL	O. GENERAL	H. GENERAL
¿Qué relación existe entre la garantía de calidad y las acciones del control gerencial en el Banco de Sangre del Hospital Regional Lambayeque en el 2022?	Determinar la relación entre la garantía de calidad y las acciones del control gerencial en el Banco de Sangre de un Hospital de Regional de Lambayeque en el 2022	La determinación de la relación entre la garantía de calidad y de las acciones del control gerencial en el Banco de Sangre del Hospital Regional de Lambayeque, permitirá que se establezcan medidas para garantizar la calidad.
P. ESPECÍFICOS	O. ESPECÍFICOS	H. ESPECÍFICOS
<p>1. ¿Cuál es el diagnóstico del cumplimiento de la garantía de calidad en el Banco de Sangre del Hospital Regional Lambayeque en el 2022?</p> <p>2. ¿Qué resultados se obtendrán del diagnóstico del cumplimiento de las acciones del control gerencial en el Banco de Sangre del Hospital Regional Lambayeque 2022?</p> <p>3. ¿Cuáles son las insuficiencias que se presentaron en el control de la garantía de calidad y de las acciones del control gerencial en el Banco de Sangre del Hospital Regional Lambayeque 2022?</p>	<p>1. Diagnosticar el cumplimiento de la garantía de calidad en el Banco de Sangre del Hospital Regional Lambayeque en el 2022.</p> <p>2. Establecer el cumplimiento de las acciones del control gerencial en el Banco de Sangre del Hospital Regional Lambayeque en el 2022.</p> <p>3. Identificar las insuficiencias que se presentaron en el control de la garantía de calidad y de las acciones del control gerencial en el Banco de Sangre del Hospital Regional Lambayeque.</p>	<p>1. El diagnóstico del cumplimiento de la garantía de la calidad en el Banco de Sangre del Hospital Regional de Lambayeque, contribuirá a identificar las insuficiencias en el servicio.</p> <p>2. La monitorización del cumplimiento de las acciones del control gerencial en el Banco de Sangre del Hospital Regional de Lambayeque, permitirá que se tomen medidas para garantizar la calidad del servicio.</p> <p>3. Al identificar las insuficiencias que se presentaron en el control de la garantía de la calidad y de las acciones del control gerencial en el Banco de Sangre del Hospital Regional de Lambayeque, contribuirá a tomar medidas.</p>

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de Investigación.

El estudio que se desarrolló fue prospectivo, descriptivo, explicativo. Con el que se determinó, la existencia de una relación entre la garantía de calidad y las acciones que se desarrollan para el control gerencial.

3.2. Diseño de Investigación.

Cuantitativo no experimental, en el que las variables no fueron manipuladas

3.3. Población y Muestra.

En la investigación se trabajó con los 19 trabajadores que conformaron el universo poblacional del servicio de Banco de Sangre del Hospital Regional de Lambayeque.

Criterios de inclusión

- Trabajadores que permanecieron todo el periodo de tiempo comprendido por el año 2022 y, que a su vez se comprometieron a participar en la investigación la cual se relacionó con el servicio de Banco de Sangre del Hospital Regional de Lambayeque.

Criterios de exclusión

- Trabajadores que por la situación epidemiológica no trabajaron en ese periodo de tiempo en el servicio de Banco de sangre o que no quieren participar.

3.4. Materiales, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.

La información que se necesitó se recolectó a partir de los registros que se

guardan en los archivos los cuales están establecidos según los indicadores que se estandarizan para garantizar la calidad. Estos registros recogen a su vez los resultados de las buenas prácticas en la aplicación de los procedimientos clínicos en la extracción, tamizaje y almacenamiento. Para completar la información se consultaron fuentes primarias para el sustento teórico de la investigación.

Se utilizó el método de la entrevista para lo cual se aplica la guía de entrevista para la recolección de información se incluirá en los anexos (Ver anexos 2, 3)

Guía de entrevista de las características generales (Anexo 02). Para la recolección de la información consta de 6 ítems, los cuales se dividen en dos dimensiones las cuales se relacionan con la dimensión social, cultural y laboral.

Cuestionario de medición de los requisitos de calidad y el control gerencial de la unidad de Transfusión (Anexo 03). Vale aclarar que el instrumento que se seleccionó ha sido aplicado en España con este mismo propósito.(27)

Este instrumento está formado por nueve dimensiones, se contó con los datos relacionados con la selección del personal, y la organización que asume el administrador, la infraestructura, material, el equipamiento y los registros y documentación que se debe tener disponible para los controles que se deben llevar para el control de los procesos de almacenamiento, hemovigilancia, Comité de Transfusión, auditorías y autoinspección.

Se contemplan 114 ítems, los cuales tienen como criterio de evaluación los siguientes: $94 - 111 = \text{cumple}$ y $\leq 93 = \text{no cumple}$.

En cuanto a los criterios evaluativos de las certificaciones y autorizaciones de $12 - 14 = \text{cumple}$ y $\leq 11 = \text{no cumple}$.

La dotación del personal y su organización se evaluó bajo el siguiente criterio: $24 - 27 = \text{Cumple}$ y $\leq 23 = \text{No cumple}$.

Para la evaluación de la infraestructura se asumió de 3 – 4 = Cumple y ≤ 2 = No cumple.

Dotación de equipos y materiales 11– 12 = Cumple y ≤ 10 = No cumple. Cumplimiento de documentación y registro de 9– 10 = Cumple y ≤ 8 = No cumple. En el cumplimiento del almacenamiento de 8– 9= Cumple y ≤ 7 = No cumple. En la evaluación sobre el cumplimiento de los de Comité de Transfusión 16– 17= Cumple y ≤ 15 = No cumple.

En cuanto a la hemovigilancia de 7– 8= Cumple y ≤ 6 = No cumple. cumplimiento de auto-inspección y auditorías de 13– 14= Cumple y ≤ 12 = No cumple.

Respecto a la valoración del control gerencial de los requisitos generales, la valoración general es de 315 – 342 = preventivo, de 210 – 228 = reparativo y 106 – 114 = correctivo.

Y la valoración específica es como sigue: control gerencial de los requisitos generales de 33 – 42 = Preventivo, 24 – 32 = Reparativo y ≤ 23 = Correctivo.

Control gerencial de la dotación del personal y organización de 66 – 81 = Preventivo, 51 – 65, = Reparativo y ≤ 50 = Correctivo.

Control del estado de la infraestructura de 3 – 4 = Preventivo, 2 = Reparativo y 1 = Correctivo. Control gerencial de la dotación de equipos y materiales de 27–36= Preventivo, 18–26= Reparativo y ≤ 17 = Correctivo.

Control gerencial de documentación y registro de 24–30 = Preventivo, 18- 23= Reparativo y ≤ 17 = Correctivo.

Control gerencial de almacén de 15–24= Preventivo, 6-14= Reparativo y ≤ 5 = Correctivo. Control gerencial de los de Comité de Transfusión de 42–51= Preventivo, 33-41= Reparativo y ≤ 32 = Correctivo.

Control gerencial de hemovigilancia de 15–24=Preventivo, 6-14= Reparativo y ≤ 5 = Correctivo. Control gerencial de auto-inspección y auditorías de 36– 42= Preventivo, 30-35= Reparativo y ≤ 29 = Correctivo.

3.5. Validación y Confiabilidad de los instrumentos.

El instrumento seleccionado se aplicó por el Ministerio de Salud de España y en el Perú a partir su contextualización se aplicó en Huancayo con una primera aplicación como prueba piloto, con el propósito de revisar la claridad de la redacción de cada uno de los ítems contemplados. (12)

3.6. Métodos y Procedimientos para la Recolección de Datos.

Se realizó la búsqueda y recolección de la información a partir de que se solicitó autorización a los directivos del Hospital. Se solicitó el consentimiento informado de los participantes, a los cuales se les explicó el propósito de la investigación, una vez firmado el consentimiento se aplicaran los cuestionarios para la recolección de datos. La recolección de datos se realizó según el cronograma establecido.

3.7. Análisis Estadísticos y Representación de los Resultados.

Se organizó la información en un documento Excel, y se procesó mediante el paquete estadístico SPSS V25, previa prueba de normalidad.

En el análisis estadístico se realizó, se realizó un estudio descriptivo de las variables en estudio a partir del cálculo de frecuencia y porcentajes. Este resultado se obtuvo organizado en tablas, que ayudaron a la comprensión lógica de los resultados.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

4.1. Presentación y Análisis de la Información

Variable Sociodemográfica.

Tabla 1. Distribución porcentual de las características sociales, culturales y laborales.

Características sociales, culturales y laborales	n = 19	
	N°	%
Edad		
20 a 30	0	0
31 a 40	6	31.6
41 a 50	11	57.9
51 a 60	2	10.5
Género		
Masculino	10	52.6
Femenino	9	47.4
Nivel escolar		
Téc	5	26.3
Lic.	14	73.7
Mg._	0	0
Esp de II.	0	0
Dr. C. ___.	0	0
Experiencia Laboral		
1 a 3 años	4	21
4 a 6 años	1	5.3
7 años o más	14	73.7
Total	19	100.00%

Fuente: Elaboración propia

La tabla 1 muestra el resultado que se obtuvo sobre las características sociales, culturales y desde el punto de vista laboral de los profesionales que participan en esta investigación, se observó que de 20 a 30 años no se encuentra ningún profesional, en el rango de 51 a 60 años solo se encuentran el 10.5%(2), en 41 a 50 años el porcentaje de presencialidad es de 57.9% (11) y en el rango

de 31 a 40 años el porcentaje es de 31.6% (6)

De este análisis se pudo identificar que 52.6%(10) pertenecían al sexo masculino y el 47.4%(9) al sexo femenino. En cuanto al nivel de escolaridad de los 19 profesionales que conformaron la población 73.7% (14) son Licenciados y el 26.3% (%) son técnicos en los niveles de Especialistas, Maestros o Doctores en Ciencias no se ubicaron ninguno de los profesionales.

La experiencia laboral de estos 19 profesionales se distribuye de la siguiente manera, el 73.7% (14) de ellos tienen 7 o más años de experiencia en esta área del laboratorio, mientras que el 21% (4) tiene una experiencia laboral que oscila entre el año y los tres años y el 5.3% (1) reconoce que su experiencia laboral está en el rango de los cuatro años a los seis años.

Variable. Monitorización del cumplimiento de la garantía de calidad

Tabla 2. Distribución porcentual del cumplimiento de los requisitos generales de la calidad.

Cumplimiento de los requisitos generales de la calidad	N = 19			
	Cumple		No cumple	
	N°	%	N°	%
Certificaciones y autorizaciones	11	57.89	8	42.10
Definición de políticas e instrumentos de calidad	9	47.36	10	52.63
Normas y documentos de planificación	12	63.15	7	36.84

Fuente: Elaboración propia

El análisis estadístico sobre los requisitos generales de la calidad, muestra que 57.89%(11) alegan que se cumple con todo lo relacionado con las certificaciones y autorizaciones correspondientes al área y el 42.10% (8); en el segundo aspecto que se relaciona con la definición de políticas e instrumentos de calidad el 47.36%(9) manifiestan que si se cumple mientras que el 52.63% (10)

afirman que no se cumple. En cuanto a las normas y documentos de planificación el 63.15%(12) alegan que si se cumplen y el 36.84%(7) entienden que no se cumplen.

Tabla 3. Distribución porcentual de la evaluación del cumplimiento de la calidad de los requisitos generales.

Evaluación del cumplimiento de los requisitos generales	N = 19	
	N°	%
Cumple	11	57.89
No cumple	8	42.10

Fuente: Elaboración propia

Los resultados de la evaluación del cumplimiento de los requisitos generales muestran que 57.89% (11) de los participantes refieren que, si se cumple, mientras que el 42.10% (8) manifiestan que no se cumple con los requisitos, el porcentaje que admite que se cumple con los requisitos excede al 50%, por lo que se debe trabajar en función de implementar planes de mejora en todos los aspectos.

Tabla 4. Distribución porcentual del cumplimiento de la calidad de la dotación de personal y organización.

Cumplimiento de la calidad de la dotación de personal y organización	N = 19			
	Cumple		No cumple	
	N°	%	N°	%
Dotación de personal	10	52.63	9	47.36
Estructura organizacional	8	42.10	11	57.89
Sistema de comunicación	8	42.10	11	57.89
Control de calidad	9	47.36	10	52.63
Capacitación	11	57.89	8	42.10

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 4. los resultados se comportan de la siguiente manera: en el ítem sobre la dotación de personal el 52.63%(10) manifiestan que se cumplen con la selección correcta, además de que están los que se requieren para atender todas las áreas, en el caso del 47.36%(9) aseveran que no se cumple con este aspecto, en el segundo aspecto se identifica con la estructura organizacional, el 57.89% (8) plantean que no se cumple, mientras que el 42.10 % (8) afirman que si se cumple. En el tercer aspecto el que se relaciona con el sistema de comunicación los resultados son iguales al anterior, en el caso del control de calidad los resultados muestran que el 52.63% (10) alegan que no se cumple y, el 47.36% (9) manifiestan que si se cumple; en cuanto a la capacitación los resultados son los siguientes el 57.89% (11) manifiestan que se cumple y el 42.10% (8) manifiestan que no se cumplen.

Tabla 5. Distribución porcentual de la evaluación del cumplimiento de la calidad de la dotación de personal y organización.

Evaluación del cumplimiento de la calidad de la dotación del personal y organización	N=62	
	N°	%
Cumple	13	68.42
No cumple	6	31.57

Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, la evaluación del cumplimiento de la calidad de la dotación del personal y la organización se pone de manifiesto que el 68.42% (13) afirma que si se cumple con este ítem y el 31.57% (6) aseguran que no se cumplen con estos aspectos en el servicio.

Tabla 6. Distribución porcentual del cumplimiento de la calidad de la infraestructura.

Cumplimiento de la calidad de la infraestructura	N = 19			
	Cumple		No cumple	
	N°	%	N°	%
Diseño y mantenimiento	8	42.10	11	57.89
Organización de puestos de trabajo	12	63.15	7	36.84
Sistema de acceso autorizado	14	73.68	5	26.31
Confidencialidad	16	84.21	3	15.78

Fuente: Elaboración propia

Los valores que se alcanzaron en el análisis estadístico del cumplimiento de la calidad de la infraestructura arrojaron los siguientes resultados; en el cumplimiento del sistema de acceso autorizado el 73.68% (14) alegan que si se cumple con este indicador y el 26.31% (5), plantean que no se cumple con este indicador, en el aspecto relacionado con la organización de puestos de trabajo 63.15% (12) afirman que si se cumple y, 7 para un 36.84% alegan que no se cumple con la organización correcta de los puestos de trabajo; en cuanto al diseño y mantenimiento el 57.89% (11) manifiesta que no se cumple con este indicador mientras que 8 de ellos para un (42.10%) afirman que en la institución este aspecto si se cumple, por último en el caso del ítem que se relaciona con la confidencialidad, 16 de los participantes manifiestan que se cumple para un 84.21% y solo tres de ellos plantean que no se cumple para un 15.78%.

Tabla 7. Distribución porcentual de la evaluación del nivel de cumplimiento de la calidad de la infraestructura.

Cumplimiento de la calidad de la infraestructura	N=19	
	N°	%
Cumple	10	52.63
No cumple	9	47.36

Fuente: Elaboración propia

Al resumir este aspecto de manera general los resultados muestran que el cumplimiento de la evaluación del nivel de calidad de la infraestructura se demuestra que es criterio del 52.63% de los 19 profesionales que se cumple y 47.36%(9) manifiestan que no se cumple.

Tabla 8. Distribución porcentual del cumplimiento de la calidad del equipamiento y dotación de materiales.

Cumplimiento de la calidad de la gestión del equipamiento y dotación de materiales	N=19			
	Cumple		No cumple	
	N°	%	N°	%
Administración de equipos	11	57.89	8	42.10
Validación del sistema	9	47.36	10	52.63
Monitoreo y mantenimiento	7	36.84	12	63.15

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al cumplimiento de la calidad de la gestión del equipamiento y dotación de materiales los resultados versan alrededor de: En la administración de equipos, el 57.89% (11) plantean que se cumple con este acápite y el 42.10% (8) que no, en la validación del sistema el 52.63% (10) plantea que no se cumple y el 47.36% (9) que si se cumple, mientras que en el caso del monitoreo y mantenimiento la mayoría de los 19 profesionales muestran que no se cumple con la sistematicidad necesaria representado por el 63.15%(12) y el 36.84%(7) plantean que si se cumple.

Tabla 9. Distribución porcentual de la evaluación del cumplimiento de la calidad de la gestión del equipamiento y dotación de materiales.

Evaluación del cumplimiento de la calidad de la gestión del equipamiento y dotación de materiales	N=19	
	N°	%
Cumple	9	47.36
No cumple	10	52.63

Fuente: elaboración propia

En la distribución de la evaluación porcentual de la evaluación del cumplimiento de la calidad de la gestión de equipos y materiales los resultados que se obtuvieron están relacionados con que el 52.63% (10) de los 19 participantes mantienen que no cumple y, el 47.36%(9) manifiestan que si cumple.

El investigador puede aseverar como resultado de este análisis que al considerar los tres aspectos que se tomaron en cuenta el más afectado es el que se relaciona con el monitoreo y mantenimiento con un 63.15%(12), seguido por la validación del sistema donde el 52.63% (10) manifiestan que no se cumple, en el caso del aspecto de la administración de equipos es el de menos dificultades, aunque el 42.10%(8) manifiestan que no se cumple con los establecido.

Tabla 10. Distribución porcentual del cumplimiento de la calidad de la documentación y registros

Cumplimiento de la calidad de la documentación y registros	N=19			
	Cumple		No cumple	
	N°	%	N°	%
Administración documentaria	8	42.10	11	57.89
Control de registros	8	42.10	11	57.89

Fuente: Elaboración propia.

Cuando se analizan los resultados relacionados con la calidad de la documentación y los registros que se deben llevar con sistematicidad en este servicio los resultados versan en cuanto a: el 57.89%(11) afirman que no se cumple con este aspecto y el 42,10%(8), estos resultados son coincidentes tanto para la administración documentaria como para el control de registros estos resultados.

Tabla 11. Distribución porcentual de la evaluación del cumplimiento de la calidad de la documentación y registro

Evaluación del cumplimiento de la calidad documentación y registro	N=19	
	N°	%
Cumple	10	52.63
No cumple	9	47.36

Fuente: Elaboración propia.

En los resultados de la evaluación del cumplimiento el 52.63%(10) afirman que si se cumple y el 47.36% (9) alegan que no se cumple, estos resultados llevan al investigador a afirmar que, a pesar de que el 52.63% del total de los participantes afirma que se cumple con este aspecto la realidad es que existen insuficiencias que se deben resolver y contemplar dentro del plan de medidas para la mejora de la calidad y las acciones de control gerencial en el banco de sangre.

Tabla 12. Distribución porcentual del cumplimiento de la calidad de los procesos de almacenamiento.

Cumplimiento de la calidad de los procesos de almacenamiento	N=19			
	Cumple		No cumple	
	N°	%	N°	%
Recepción	11	57.89	8	42.10
Selección	5	26.31	14	73.68
Almacenamiento	4	21.05	15	78.94

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados de la tabla 12, muestran que el 57.89%(11) afirman que se cumple con la recepción y el 42.10% (8) manifiestan que no se cumple con todos los requisitos en la recepción; en la selección 26.31% (5) afirman en sus respuestas que si se cumple, mientras que el 73.68% (14) afirman que no se cumple y, con respecto al almacenamiento el 21.05% (4) muestran que si se cumple y el 78.94% (15) que no se cumple con todos los requisitos para el almacenaban correcto de los bienes, materiales, equipos e insumos

Tabla 13. Distribución porcentual de la evaluación del cumplimiento de la calidad de los procesos de almacenamiento

Evaluación del cumplimiento de la calidad en los procesos de almacenamiento	N=19	
	N°	%
Cumple	11	57.89
No cumple	8	42.10

Fuente: Elaboración propia.

Al evaluar si el almacenamiento en los servicios del Banco de Sangre, el 57.89% (11) afirman que si se cumple y el 42.10% (8) que no se cumple con los requisitos para el almacenamiento en este servicio, por lo que no se cumple con todas las medidas establecidas para la conservación de los bienes, materiales, equipos e insumos, se considera necesario contemplar este aspecto en la elaboración de un plan que contribuya de manera efectiva a la mejora de estos procesos.

Tabla 14. Distribución porcentual del cumplimiento de la calidad de las funciones del Comité de Transfusión.

Cumplimiento de la calidad de las funciones del Comité de Transfusión	N=19			
	Cumple		No cumple	
	N°	%	N°	%
Grupo de trabajo	11	57.89	8	42.10
Herramientas de organización	8	42.10	11	57.89
Elementos de evaluación	11	57.89	8	42.10

Fuente: Elaboración propia.

La distribución de los resultados del análisis que se realizó con respecto a si el Comité de Transfusiones cumple de manera sistemática con sus funciones, se describe de la siguiente manera: En el aspecto relacionado con el grupo de trabajo el 57.89% (11) afirman que se cumple este aspecto mientras que el 42.10%(8), en los relacionado con las herramientas de organización el 42.10%(8) alegan que no se cumplen; en el aspecto tres relacionados con elementos de

evaluación el 57.89% (11) afirman que no se cumple y el 42.10% (8) respondieron que no se cumple.

Tabla 15. Distribución porcentual de la evaluación del cumplimiento de la calidad de las funciones del Comité de Transfusión

Evaluación del cumplimiento de la calidad de las funciones del Comité de Transfusión	N=62	
	N°	%
Cumple	12	63.15
No cumple	7	36.84

Fuente: Elaboración propia

Los resultados de este análisis arrojaron que el 63.15%(12) de los participantes alegaron que si se cumplen y el 36.84%(7) respondieron que no cumplen con este aspecto, lo que reafirma que es una necesidad que se incluyan acciones en el plan de mejora para el funcionamiento del Comité de Transfusión.

Tabla 16. Distribución porcentual del cumplimiento de la calidad de las actividades de hemovigilancia en el servicio de Banco de Sangre.

Cumplimiento de la calidad de las actividades de hemovigilancia	N=62			
	Cumple		No cumple	
	N°	%	N°	%
Realización de la identificación de las características funcionales	7	36.84	12	63.15
Monitoreo de los registros de información	9	47.36	10	52.63
Evidencia la realización de actividades de evaluación.	3	15.78	16	84.21

Fuente: Elaboración propia

En el caso de los resultados que muestra la tabla 16, relacionados con las acciones de hemovigilancia, el mayor porcentaje que se obtuvo fue en el aspecto 47.36% (9), en este mismo aspecto el 52.63% (10); seguido del aspecto relacionado con la realización de la identificación de las características funcionales donde el

36.84% (7) respondieron que se cumple y el 63,15% (12) no se cumple y en el último aspecto donde se obtuvieron los resultados relacionados con la evaluación de la evidencia la realización de actividades de evaluación se obtuvo el resultado más bajo donde el 15.78% (3) y el 84.21% (16) manifiestan que no hay evidencias de actividades evaluativas.

Tabla 17. Distribución porcentual de la evaluación del cumplimiento de la calidad de las actividades de hemovigilancia en el Banco de Sangre

Cumplimiento de calidad en hemovigilancia	N=62	
	N°	%
Cumple	13	68.42
No cumple	6	31.57

Fuente: Elaboración propia

Los resultados en este aspecto demuestran que el 68.42%(13) están de acuerdo con que se cumple y el 24.19%(6) manifiestan que no cumplen con estas actividades

Tabla 18. Distribución porcentual del cumplimiento de la calidad de los procedimientos de autoinspección y auditorías.

Cumplimiento de la calidad de las actividades de autoinspección	N=19			
	Cumple		No cumple	
	N°	%	N°	%
Documentación de auditoría	13	68.42	6	31.57
Auditoría y control	6	31.57	13	68.42

Fuente: Elaboración propia.

El investigador pudo concluir que el 68.42%(13) de los encuestados afirman que se cumple con las actividades de autoinspección y se desarrollan con calidad, mientras que el 31.57%(6); con respecto a la auditoría y control, el 31.57%(6) respondieron que si se cumple y 3l 68.42%(13) que no se cumplen.

Tabla 19. Distribución porcentual de la evaluación del cumplimiento de la calidad de los procedimientos de autoinspección y auditorías.

Evaluación del cumplimiento de la calidad de los procedimientos de auditorías	N=19	
	N°	%
Cumple	13	68.42
No cumple	6	31.57

Fuente: Elaboración propia.

En los resultados sobre los criterios que se tienen sobre el comportamiento de las actividades de autoinspección y auditorías, las respuestas de los participantes se movieron de la siguiente manera, el 68.42%(13) plantean que se cumple y el 31.57%(6) alega que no se cumple por lo que se necesita tomar medidas para mejorar este aspecto en el servicio.

Tabla 20. Distribución porcentual del cumplimiento de los requisitos de calidad según dimensiones.

Cumplimiento de los requisitos de calidad según dimensiones	N=19			
	Cumple		No cumple	
	N°	%	N°	%
Requisitos y normas	11	57.89	8	42.10
Dotación de personal y organización				
Infraestructura	13	68.42	6	31.57
Dotación de equipo y material	9	47.36	10	52.63
Documentación y registros	10	52.63	9	47.36
Almacenamiento	11	57.89	8	42.10
Comité de Transfusión	12	63.15	12	63.15
Hemovigilancia	13	68.42	6	31.57
Autoinspección y auditorías	13	68.42	6	31.57

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 20 se hace un resumen las dimensiones que se asumen en

la investigación, los resultados en la mayoría de los aspectos muestran coincidencia en el criterio de que todos cumplen con los criterios de calidad establecidos, el que se relaciona con la dotación de equipo y materiales, el porcentaje de los que manifiestan que cumple es de 47.36%(9); los de mayor porcentaje relacionados con el cumplimiento son: Infraestructura, Hemovigilancia, Autoinspección y Auditorias con un 68.42%(13), mientras que 31.57%(6) manifiestan que el desarrollo de esta actividad no cumple con la calidad establecida. En segundo lugar, el de mayor porcentaje lo tienen las acciones del Comité de Transfusión con un porcentaje de 63.15%(12), en el caso del Almacenamiento el 57.89%(11) afirman que se cumple con lo establecido y el 42.10(8) que no, en cuanto a la documentación y registros 52.63%(10) respondieron que cumplen con la calidad de los requisitos y 47.36%(10) afirman que no.

Este análisis lleva a reafirmar lo antes planteados sobre la necesidad de mejorar todos los aspectos que se deben tomar en cuenta en este servicio y, que por demás están estandarizados y legislados por las normativas y políticas de la OMS y del estado peruano. Estas insuficiencias se logran identificar a partir del análisis de los resultados obtenidos.

En el caso de la variable control gerencial el comportamiento de sus resultados es el que se muestra en las Tablas que a continuación se presentan.

Tabla 21. Distribución porcentual de la aplicación del control gerencial en los requisitos generales de los servicios de Banco de Sangre.

Aplicación del control gerencial en los requisitos generales	N=19					
	Tipo de control gerencial					
	Preventivo		Reparativo		Correctivo	
	N°	%	N°	%	N°	%
Certificaciones y autorizaciones	6	31.57	10	52.63	3	15.78
Aplicación de normas y elaboración de documentos de planificación	8	42.10	11	57.89	0	0

Aplicación de normas y elaboración de documentos de planificación	13	68.42	6	31.57	0	0
---	----	-------	---	-------	---	---

Fuente: Elaboración propia.

El resultado del control gerencial en los requisitos generales se observa que el mayor porcentaje corresponde al 52.63%(10) en el aspecto de las certificaciones y autorizaciones, en el que se refiere al control reparativo, el 31.57%(6) al control preventivo y el 15.78%(3) al correctivo; en el aspecto relacionado con las normativas y la necesidad de la elaboración de la documentación estipulada para este servicio, el control reparativo es el de mayor porcentaje con 57.89%(11), y en el caso del preventivo 42.10%(8) y en el correctivo no se ubica nadie, este aspecto se comporta de igual manera en cuanto a las normatividades y la elaboración de su documentación correspondiente a la planificación, los resultados muestran que el mayor porcentaje es de 68.42%(13) y pertenece al control preventivo y el 31.57%(6) de los participantes alegan que el control reparativo específicamente es el que está presente en el aspecto que se dirige a la identificación de las políticas y los instrumentos necesarios para evaluar la calidad del servicio.

Tabla 22. Distribución porcentual de la aplicación del control gerencial en la dotación del personal y organización en el Banco de Sangre.

Control gerencial en la dotación del personal y organización	N=19					
	Preventivo		Reparativo		Correctivo	
	N°	%	N°	%	N°	%
Dotación del personal	13	68.42	6	31.57	0	0
Estructura organizacional	7	36.84	9	47.36	3	15.78
Sistema de comunicación	12	63.15	7	36.84	0	0
Control de calidad	8	42.10	6	31.57	5	26.31
Capacitación	14	73.68	5	26.31	0	0

Fuente: Elaboración propia

La distribución de los valores que se recogen en la tabla 22 es de la siguiente manera el 68.42% (13) en el control preventivo, en el reparativo el

31.57%(6) y en el correctivo no se ubica ninguno valor. Con respecto a la estructura organizacional los tres tipos de controles se manifiestan de la siguiente manera: el 47.36%(9) representa el control reparativo, el 36.84% (7) el control preventivo y el 15.78%(3) pertenece al control correctivo, dándole continuidad a este análisis se determinó que en el aspecto sistema de comunicación su distribución es 63.15% (12) pertenece al control preventivo, el 36.84% (7) coinciden que se manifiesta el control reparativo; en cuanto al control de calidad el 42.10%(8) alegan que se manifiesta control preventivo, el 31.57%(6) manifiesta control reparativo y el 26.31%(5) coinciden con que se manifiesta control correctivo, por último en el aspecto de capacitación el 73.68%(14) reconoce que se aplica el control correctivo, el 26.31%(5) afirma que el control que se aplica es el reparativo.

Tabla 23. Distribución porcentual de la aplicación del control gerencial en la infraestructura del servicio de Banco de Sangre.

Control gerencial de la infraestructura	N=19					
	Preventivo		Reparativo		Correctivo	
	N°	%	N°	%	N°	%
Diseño y mantenimiento	11	57.89	9	47.36	0	0
Organización del puesto de trabajo	11	57.89	9	47.36	0	0
Sistema de acceso autorizado	13	68.42	6	31.57	0	0
Confidencialidad	15	78.94	4	21.05	0	0

Fuente: Elaboración propia.

En los resultados del control gerencial en la infraestructura del servicio de Banco de Sangre, en este punto se apreció predominio del control preventivo con un 57.89%(11) y reparativo con 47.36%(9), en los ítems diseño, mantenimiento y organización del puesto de trabajo, en el ítem sistema de acceso autorizado el 68.42%(13) reconoce que se aplica control preventivo y 31.57% (6) afirma que el control que se establece es el reparativo en cuanto a la confidencialidad el

78.94%(15) afirma que se aplica control preventivo y el 21.05%(4) mantiene que el control que predomina es el reparativo.

Tabla 24. Distribución porcentual de la aplicación del control gerencial en la dotación de equipos y materiales en el Banco de Sangre.

Dotación de equipos y materiales	N=19					
	Preventivo		Reparativo		Correctivo	
	N°	%	N°	%	N°	%
Administración de equipos	9	47.36	6	31.57	4	21.05
Validación del sistema	1	5.26	8	42.10	10	52.63
Monitoreo y mantenimiento	9	47.36	7	36.84	2	10.52

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados que se muestran en la tabla 24 se distribuyen de la siguiente manera: en el aspecto administración de equipos el 47.36%(9) asegura que se aplica el control preventivo, mientras que el 31.57%(6) reconoce que se aplica el control reparativo y en el caso del control correctivo 21.05%(4). En el aspecto relacionado con la validación del sistema el 52.63%(10) reconoce el control correctivo y 42.10%(8) respondieron que el control que se aplica es el reparativo y, solo el 5.26%(1) el control preventivo. En el aspecto del monitoreo y mantenimiento el 47.36%(9) aluden que el control preventivo es el que se aplica, el 36.84%(7) reconoce que se aplica el control reparativo y solo el 10.52%(2) respondieron que ellos reconocían la aplicación del control correctivo.

Tabla 25. Distribución porcentual de la aplicación del control gerencial en la documentación y registro en el Banco de Sangre.

Control gerencial en la documentación y registro	N=19					
	Preventivo		Reparativo		Correctivo	
	N°	%	N°	%	N°	%
Administración documentaria	12	63.15	7	36.84	0	0
Control de registros	13	68.42	6	31.57	0	0

Fuente: Elaboración propia.

El Control gerencial en los dos aspectos que se contemplaron relacionados con la documentación y registro tiene el siguiente comportamiento, en el caso de la administración documentaria el 63.15%(12) entienden que el control que se aplica es el preventivo, en cuanto al control reparativo el 36.84%(7) manifiesta que es el que se identifica es el reparativo. En el segundo aspecto relacionado con el control de registros el 68.42%(13) reconocen que el control que se aplica es el preventivo y, el 31.57%(6) de los participantes coinciden con que el tipo de control que se aplica es reparativo.

Tabla 26. Distribución porcentual de la aplicación del control gerencial en los procedimientos de almacenamiento.

Procedimientos de almacenamiento	N=19					
	Preventivo		Reparativo		Correctivo	
	N°	%	N°	%	N°	%
Recepción	12	63.15	7	36.84	0	0
Selección	4	21.05	15	78.94	0	0
Almacén	3	15.78	16	84.21	0	0

Fuente: Elaboración propia.

La distribución de los valores es la siguiente: en el caso de la recepción el 63.15%(12) manifiestan que el control que se aplica es preventivo, mientras que el 36.84%(7) afirman que en este aspecto el control que se aplica es reparativo, al analizar los valores relacionados con la selección el 21.05%(4) alegan que el control es preventivo y el 78.94%(15) plantean que lo que se cumple es el control reparativo, este mismo análisis al realizarlo con respecto al almacén tres de ellos para un 15.78% asumen que el control que se observa es preventivo y el 84.21%(16) es control reparativo.

Tabla 27. Distribución porcentual de la aplicación del control gerencial realizado por el Comité de Transfusión en el servicio de Banco de sangre.

Control gerencial por el Comité de Transfusión	N=19					
	Preventivo_		Reparativo		Correctivo	
	N°	%	N°	%	N°	%
Conformación de grupos de trabajo	8	42.10	11	57.89	0	0
Uso de herramientas de organización	6	31.57	10	52.63	3	15.78
Aplicación de elementos de evaluación	1	5.26	12	63.15	6	31.57

Fuente: Elaboración propia.

La distribución del análisis de los valores de los aspectos que se relacionan con la conformación de grupos de Trabajo el control gerencial se comporta de la siguiente manera el 42.10%(8) reconoce que se aplica un control preventivo, el 57.89%(11) alegan en cuanto al uso de herramientas de organización el 31,57%(6) afirmaron que el control que se aplica es preventivo, el 52.63%(10) reconoce la aplicación del tipo de control reparativo y tres de los participantes alegan que el control que aplican es correctivo para un 15,78%. En el último aspecto el relacionado con la aplicación de elementos de evaluación solo uno de los participantes para un 5,26% considera que el control gerencial es preventivo, el 52.63%(10) plantean que el control que se aplica es reparativo y el 31.57%(6) del control que se aplica es correctivo.

Tabla 28. Distribución porcentual de la aplicación del control gerencial realizado en la hemovigilancia en los servicios de Banco de Sangre.

Hemovigilancia	N=19					
	Preventivo		Reparativo		Correctivo	
	N°	%	N°	%	N°	%
Descripción de las características funcionales	14	73.68	5	26.31	0	0
Uso de registros de información	7	36.84	10	52.63	2	10.52
Evaluación de actividades	9	47.36	6	31.57	4	21.05

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la hemovigilancia el 73.68%(14) manifiestan que el tipo de control que se establece es el preventivo, el 52.63%(6) reconocen que el control que más se aplica en este aspecto es el reparativo y el 10.52%(4) y, de los participantes el 10.52%(2) alegan que el control que más se utiliza es el correctivo.

Tabla 29. Distribución porcentual de la aplicación del control gerencial realizado en la auto inspección y auditorias en los servicios de Banco de Sangre.

Auto inspección y auditorias	N=19					
	Preventivo		Reparativo		Correctivo	
	N°	%	N°	%	N°	%
Revisión de la documentación de la auditoria	12	63.15	7	36.84	0	0
Aplicación de la auditoría de control	7	36.84	7	36.84	5	26.31

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 29, muestran los resultados que se relacionan con el control gerencial en la autoinspección y auditoria en estos resultados se observa que los tipos de control gerencial que se aplica en el aspecto relacionado con la revisión que se le debe hacer a los documentos para afrontar una posible auditoria tiene un comportamiento que se muestra a continuación: 63.15%(12) reconocen que el control es preventivo y el 36.84%(7) alegan que el control es reparativo, en el segundo aspecto el 36.84%(7), es decir siete de los encuestados manifiestan que el control es reparativo. En el caso del aspecto relacionado con la aplicación

de la auditoría de control, siete de los participantes para un 36.84% alegan que los controles que se aplican son preventivos y reparativos, mientras que cinco de ellos plantean que el 26.31% alegan que el control que se establece es el correctivo.

Tabla 30. Distribución porcentual del tipo de control gerencial aplicado en el servicio de Banco de Sangre.

Acciones de control gerencial	N=19	
	N°	%
Preventivo	5	26.31
Reparativo	11	57.89
Correctivo	3	15.78

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados obtenidos responden a la siguiente distribución de acuerdo al tipo de control que se establece: el 26.31%(5) de los participantes alegan que el tipo de control que se realiza es el preventivo, mientras que el 57.89 %(8), manifiestan que el control que se establece es el reparativo, constituyendo este el porcentaje más alto; el 15.78%(3) identifican el control correctivo. Es decir que el tipo de control gerencial que predomina es el reparativo representado por el 57.89 %(8), seguido del control preventivo con 26.31%(5) y por último el correctivo con un porcentaje de 15.78%(3).

4. 2. Discusión de Resultados.

En esta investigación es de interés determinar la monitorización del cumplimiento de la garantía de calidad y las acciones de control gerencial en el Banco de Sangre del Hospital Regional Lambayeque, en este sentido se comienza por el análisis de las características sociales, culturales y laborales, se puede concluir que de los 19 profesionales que conforman el universo de estudio, el mayor por ciento es del sexo masculino representando el 52.6% (10), aunque se puede afirmar que en este caso particular solo excede el sexo

masculino al femenino en un profesional, representando el 47.4%(9) el sexo femenino. El rango de edad donde se ubican mayor cantidad de profesionales es el de 41 a 50 años con un 57.9% (11), seguido del de 31 a 40 años con 31.6% (6) y en el de 20 a 30 años no se encuentra ningún profesional, lo que indica que son personas que por lo general tienen responsabilidades laborales, familiares y se encuentran en plenitud de condiciones para poder participar en los procesos de capacitación necesarios para desempeñarse de acuerdo a las normativas actualizadas en el área.

Por otro lado, un aspecto que se comporta a favor de la calidad es que el 73.7% (14) de ellos tienen 7 o más años de experiencia laboral, es decir que pueden poner su experiencia en función de la calidad de la aplicación de los procedimientos clínicos de laboratorio y del cumplimiento de las normas de bioseguridad. Esta caracterización coincide con la realizada por el investigador (Montes Hajar, 2021), sobre la evaluación del cumplimiento de la garantía de calidad y acciones de control gerencial en la que se muestra que el sexo femenino prevalecía sobre el masculino, en su población de estudio, el rango de edad que destacaba era el de 39 años a 50 años y el tiempo de experiencia laboral excede por encima de los 7 años. (12)

Los resultados le permiten al investigador afirmar que a pesar de que la mayoría de los encuestados afirman que se cumplen con los requisitos generales, constituye una preocupación estos resultados ya que se identifican que hay insuficiencias en este aspecto lo que deben estar comprendidos en el diseño y aplicación de un plan de mejora para este servicio. Con este criterio coincide el autor (Ortiz de Agui, 2021), este autor plantea los requisitos generales a cumplir y todo lo relacionado con la dotación de personal y su organización, así como el equipamiento, la documentación y los registros del almacenamiento tienen que ser meticulosamente controlados. (28)

En otro orden del análisis, el investigador al ver los resultados puede afirmar que con respecto a la calidad de la dotación del personal y organización, los aspectos que mayor insuficiencia presentan son la estructura organizacional con

un 57.89% (11), el sistema de comunicación tiene resultados similares y el control de calidad con 52.63% (10), los resultados de estos aspectos manifiestan que todos exceden al 50%, al analizar los otros ítems sus resultados se muestran en el orden superior al 40% como es el caso del aspecto relacionado con la dotación de personal con 47.36%(10); en cuanto a la capacitación los participantes manifiestan que no se cumple en un porcentaje de 42.10 (8). Por lo que es una realidad que se presentan insuficiencias a las cuales se le deben buscar soluciones que respondan al mejoramiento de la calidad. Resultados similares obtuvo (Montes Hajar, 2017), investigador que, en su tesis para optar el grado de maestro en gerencia de salud, sostuvo que la aplicación del control gerencial a partir del conocimiento y la preparación que tienen los profesionales de la salud sobre el conocimiento de las leyes y reglamentaciones en salud. Este investigador afirma que es una preocupación constante esta problemática la cual debe trabajarse en todos los escenarios. (29)

Por otra parte, el autor de esta investigación afirma que para garantizar la monotorización de la calidad de la atención en los servicios de Banco de Sangre es fundamental evaluar con sistematicidad cada uno de los aspectos contemplados en función de garantizar y aplicar el control gerencial para la elaboración de un plan de mejora.

Se puede concluir que con respecto al cumplimiento de la calidad de la infraestructura que del total de participantes el 52.63% manifiesta que se cumplen los aspectos analizados, de estos aspectos el que mayor dificultad tiene en su cumplimiento es el relacionado con el diseño y mantenimiento, con este criterio coinciden el 57.89% de los participantes y el 42.10% alegan que si se cumple; en cuanto a la organización de puestos de trabajo el 36.84% manifiesta que no se cumple y el 63.15% que si, en el caso del aspecto relacionado con sistema de acceso autorizado 73.68% (14) afirma que si se cumple con estas indicaciones y el 26.31% (5) son del criterio que no se cumple, en el caso de la confidencialidad es el ítem menos afectado mostrando los resultados siguientes 84.21% (16) afirman que si se cumple y el 15.78% (3) que no se cumple.

Cuando se analizan estos resultados se pueden observar puntos de concomitantes con la investigación presentada por (Rentería Maurate, 2021), cuando en su investigación profundiza en la implementación del sistema de gestión para poder brindar servicios de calidad, el investigador en las conclusiones asevera que se logrará el éxito en la aplicación de un sistema de calidad, si se logra conocer y aplicar las normas, de acuerdo a los contextos, liderazgo, organización y, aplicar las políticas de gestión y control en los centros.(30)

Por otro lado, la (OMS, 2018), hace hincapié en la necesidad de controlar todos los procesos en las áreas de salud y en los Bancos de Sangre por la importancia que tienen en la aplicación de procedimientos clínicos interventivos que garantizan la vida de las personas (1). Este autor reconoce la relación que se establece entre el control gerencial en sus tres tipos de aplicación y la garantía de la calidad, ya que con la identificación sistemática de las insuficiencias que surgen en cada uno de los aspectos contemplados se pueden elaborar acciones de mejoras que respondan a los estándares de calidad y por supuesto esta proporcionalidad permite la satisfacción de los clientes.

Así mismo por su parte (Chirinos Dávila, Vásquez Coronel, Chú Montenegro, 2018), afirma que cumplir con la calidad de la dotación del personal es fundamental para desarrollar proceso de calidad, más adelante este mismo autor plantea que es necesario velar por que la infraestructura cumpla con todos los requisitos establecidos y con la organización de los puestos de trabajo. (31)

Después del análisis realizado de los resultados obtenidos con respecto a los aspectos de calidad de las funciones del Comité de Transfusión, calidad de las actividades de hemovigilancia y las actividades de autoinspección, el investigador puede concluir que estos aspectos son importante por la importancia que tienen para la calidad de la monitorización del cumplimiento de la garantía de calidad y las acciones de control gerencial en el Banco de Sangre, por lo que debe constituir interés de los profesionales establecer actividades que respondan a estos aspectos en el plan de mejora.

Por su parte (Torres Guerra, 2013), en su investigación enfatiza que es fundamental implementar una estructura organizacional y caracterizar a los profesionales para que aspectos que se identifican que influyen en el servicio que se brinda como liderazgo, motivación, comunicación y toma de decisiones, puedan ser efectivos para alcanzar la integración y unificación de los equipos de trabajo y de todos sus miembros que hacen vida en la institución. (32) De la misma manera

En la misma línea de pensamiento (Westgard 2018), defiende en su investigación sobre el control gerencial, que este es un factor decisivo en el funcionamiento de toda instalación, en su investigación sobre el sistema de Gestión en un laboratorio, le permitió verificar la necesidad de la existencia de una base documentaria organizada en la institución, dónde se pueda constatar el funcionamiento correcto de la instalación, en esta investigación se reconoce la importancia de la hemovigilancia para el manejo de la información.(33)

Después de este análisis se puede concluir que la implementación de un sistema de gestión de calidad permite la monitorización del cumplimiento de la garantía de calidad a partir de un eficiente control gerencial y del establecimiento de planes de mejoras.

Conclusiones

Los análisis realizados y la profundización teórica demuestran la relación directa y proporcional entre la garantía de calidad y el control gerencial, por lo que se reconoce la necesidad de establecer en los Bancos de Sangre el control gerencial sistemático en cada uno de los aspectos contemplados en la investigación, como una vía para identificar las fortalezas y las insuficiencias que se puedan presentar en la práctica clínica, así como monitorear el cumplimiento de cada uno de los indicadores de calidad, además de que esta identificación permite establecer la proyección estratégica del plan de mejora.

El diagnóstico de los aspectos relacionados con el control gerencial y la necesidad de monitorear las garantías de calidad, demostró que existían insuficiencias en todos los ítems contemplados en la investigación, dentro de ellos el de mayor insuficiencia es el relacionado con la estructura organizacional con un 57.89% (11), el sistema de comunicación con resultados similares y el control de calidad con 52.63% (10), los resultados de estos aspectos manifiestan que todos exceden al 50%, al analizar los otros ítems sus resultados se muestran en el orden superior al 40% como es el caso del aspecto relacionado con la dotación de personal con 47.36% (10) y la capacitación los participantes manifiestan que no se cumple este criterio lo manifiestan 42.10 5 (8).

En cuanto al cumplimiento de las acciones del control gerencial se obtuvieron los siguientes resultados: el tipo de control gerencial que predomina es el reparativo representado por el 57.89 %(8), seguido del control preventivo con 26.31%(5) y por último el correctivo con un porcentaje de 15.78%(3). Es decir que el tipo de control gerencial que predomina es el reparativo seguido del control preventivo y por último el correctivo, lo que indica la necesidad de contemplar en el plan de mejora acciones para fortalecer este aspecto priorizan el control preventivo, aunque es importante que las acciones de control se conciben como un sistema.

Se identificaron insuficiencias en el control gerencial que se debe realizar sobre todos los aspectos contemplados; en esta investigación se reconoce que el control que más se aplica es el reparativo, se considera que por la importancia que tiene esta acción gerencial para garantizar la calidad debería ser el preventivo, por lo que se deben establecer estrategias que garanticen la sistematicidad de estos controles a lo largo de todo el proceso clínico de manera preventiva.

Recomendaciones.

Recomendar al Banco de Sangre del Hospital Regional de Lambayeque tomar en cuenta los resultados de esta investigación para implementar acciones en el plan de mejora y garantizar la calidad del proceso.

Con respecto a la gestión de calidad actualizar a todo el personal de servicio de Banco de Sangre en los aspectos relacionados con la calidad y el cumplimiento e importancia de los estándares establecidos en cada uno de los aspectos.

Establecer estrategias de controles con carácter preventivo en todos los aspectos que conforman el proceso de calidad.

Lograr la sistematicidad en el control de los registros de información y evaluación de actividades.

Referencias bibliográficas

1. OMDISyEBIdRyFM. Seguimiento de la cobertura sanitaria universal. Informe de monitoreo global 2017. EEUU: OMS/OPS.
2. OMS/OPS. Gestión de Calidad para Servicios de Sangre. Informe de Curso. España.
3. Organización Mundial de la Salud OdCyDEyB. Prestación de servicios de salud de calidad: un imperativo global para la cobertura. 2020.
4. Educación FPdISy. Estándares de Trabajo para Servicios de Sangre. Manual de Calidad. Washington, D.C.;, OMS/OPS.
5. OMS/OPS. sangre. [Online]; 2022. Acceso 29 de octubre de 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/sangre>.
6. OMS/OPS. La OMS intensifica las medidas para mejorar el acceso a sangre segura. [Online]; 2020. Acceso 29 de Octubre de 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/26-02-2020-who-steps-up-action-to-improve-access-to-safe-blood>.
7. Resultados de un programa de hemovigilancia. Revista Cubana de Hematología y Hemoterapia. 2018.
8. Cuervo Gutiérrez J RHEJSRsM. Estudio de caso de un servicio de una Institución de Salud en Bogotá. Tesis. Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana, Especialidad gerencia de Salud.
9. R. GR. Propuesta de diseño para un sistema de gestión basado en la norma NTE INEN ISO/IEC 17025:2018. Tesis. Quito, Ecuador: Universidad Andina Simón Bolívar , Sede Ecuador.
10. Guayacan Fuquene NI. Modelos de gestión de calidad para bancos de sangre y servicios transfusionales. tesis. Colombia: Universidad de santo Tomás.
11. Gabrie M. Indicadores de calidad en el Banco de Sangre. Asociación Mexicana de Medicina Transfusional. 2022.
12. F. MHE. "Cumplimiento de la garantía de calidad y acciones de control gerencial en el banmco de sangre de un Hospital de dehuáncayp, 2021. Tesis. Huánuco, Perú: Universidad Nacional Herminio valdizán.
13. L. QCO. Calidad de atención y satisfacción del usuario del banco de sangre en un hospital de Lima - 2022. Tesis. Lima: Universidad cesar vallejo.
14. A HOM. Parámetros de calidad de concentrados de plaquetas, en medición basal, quinto y séptimo día, en el banco de sangre del Hospital III daniel Alacides carrión

de ESSALUD, TACNA – PERÚ, 2022. Tesis. TACNA – PERÚ: Universidad Privada de Tacna, Tecnología Médica.

- 15 F BC. Análisis y mejora del proceso operativo del servicio de donación de sangre . en un banco de sangre de Piura aplicando simulación discreta. Piura, Lima: Universidad de Piura.
- 16 Kelly R. Santa Cruz Quiroz¹ JFVMSCVADVCDVH. Valoración de la calidad de . prescripción de transfusión sanguínea en un hospital de alta complejidad en la región Lambayeque. Acta Médica Peruana. 2019.
- 17 D. dS. ¿Qué es el servicio al cliente? ¿Cuál es la importancia de este servicio? . [Online]; 2020. Acceso 1 de noviembre de 2022. Disponible en: <https://www.zendesk.com.mx/blog/atencion-al-cliente-que-es/>.
- 18 Hernández C PATHC. Dimensiones de la calidad de servicio presentes en los . programas de postgrado. Reflexiones teóricas. Impacto Científico Revista Arbitrada Venezolana. 2017; 12(2).
- 19 Control de calidad en banco de sangre Hospital Abel Santamaría Cuadrado. Rev . Ciencias Médicas 7. 2017; 21(1).
- 20 Montes Hajar EP. Cumplimiento de la garantía de calidad y acciones de Control . Gerencial en el Banco de Sangre de un Hospital de Huancayo, 2021. Tesis. Huancayo: Universidad nacional Herminio Valdizán..
- 21 OMS/OPS. Estándares de Trabajo para Servicios de Sangre. Informe. . Washington, D.C.: OMS.
- 22 L. BP. Infraestructura General del Banco de sangre. [Online]; 2017. Acceso 1 de . noviembre de 2022. Disponible en: https://www.academia.edu/28949882/INFRAESTRUCTURA_GENERAL_DEL_BANCO_DE_SANGRE.
- 23 OMS. Disponibilidad y seguridad de la sangre. [Online]; 2022. Acceso 1 de . junio de 2022.
- 24 Silva Ballester S M BHADABRBZCGZ. Resultados de un programa de . hemovigilancia. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter vol.34 no.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2018. 2018; 32(2).
- 25 D´Artote-González AL PLMCSR. Sistemas de gestión de calidad en medicina . transfusional. Nuestros enfoques ISO 9000 y Premio IMSS Calidad. 2007; 143(S2).
- 26 Guayacán Fúquene N I. Modelos de gestión de calidad para bancos de sangre y . servicios transfusionales*. 2017;: p. 29.

- 27 España Gd. Dirección General de Salud Pública. Requisitos de evaluación de la .calidad. .
- 28 Ortiz de Aquí ML. gestión de l La calidad y el control gerencial en el “Banco de .Sangre de un Hospital Público de Huancayo”, 2021. Tesis. Huancayo: Universidad de Hunacayo.
- 29 Montes Hajar EP. Conocimiento de las Leyes de Salud y el Control Gerencial en .el Programa de Hemoterapia y Banco de Sangre Banco de Sangre ESSALUD Huancayo. Tesis. Lima - Perú: Universidad Inca Garcilazo de la Vega.
- 30 Rentería Maurate JL. Implementación del sistema de gestión ISO 9001:2015 en el. tesis. Cerro de Pasco – Perú.
- 31 Chirinos Dávila ICVCNMMR. Dotación del Personal Profesional de Enfermería .en los Servicios de Hospitalización del Departamento de Lambayeque, Perú. 2016. Chiclayo, Perú.
- 32 Torres Guerra T. Estrategias gerenciales administrativas para Centros Médicos .Privados. Tesis. Venezuela.
- 33 Westgard JO. Sistemas de Gestión de la Calidad para el Laboratorio Clínico .Coulter. W, editor.; 2018.

ANEXO 1. Consentimiento Informado

Objetivo de investigación. Determinar la relación entre la garantía de calidad y de las acciones del control gerencial en el Banco de Sangre de un Hospital de Regional de Lambayeque en el 2022.

Para el cumplimiento del objetivo de investigación se le aplicará dos instrumentos una guía de entrevista de datos generales y un cuestionario de medición de requisitos de calidad y control gerencial en el servicio de banco de sangre.

Los resultados que se obtengan no traerán ningún tipo de consecuencias que no sea favorable al mejoramiento del desempeño profesional de los trabajadores del servicio y para la seguridad del paciente, ya que se trabajará en función de la calidad del servicio.

Se requiere de una participación voluntaria y por supuesto un compromiso con la investigación para obtener toda la información con la mayor honestidad posible.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable. Confidencialidad de la información Los datos que se obtengan a lo largo del presente estudio son totalmente confidenciales, de modo que sólo se emplearán para cumplir los objetivos antes descritos. No se publicarán nombres de ningún tipo. Así que podemos garantizar confidencialidad absoluta.

Firma del participante:

Firma del investigador:

ANEXO 2. INSTRUMENTOS GUÍA DE ENTREVISTA DE LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES.

INSTRUCCIONES. Un saludo para todos los que están dispuestos a participar en esta investigación.

Instrucciones.

Tener en cuenta que se tiene una sola opción para llenar cada una de las preguntas. Es necesario responder todas de ellas. Gracias por su colaboración.

Edad. 20 a 30----, 31 a 40 __, 41 a 50. __, 51 a 60. __,

Nivel escolar. Téc. __, Lic. __, Mg. __, Esp de II. __, Dr. C. __.

Experiencia Laboral en el servicio de Banco de Sangre. 1 a 3 años __, 4 a 6 años. __, 7 años o más.

ANEXO 3. CUESTIONARIO DE MEDICIÓN DE LOS REQUISITOS DE LA GARANTÍA DE CALIDAD Y EL CONTROL GERENCIAL DE LA UNIDAD DE TRANSFUSIÓN

Objetivo de investigación. Determinar la relación entre la garantía de calidad y de las acciones del control gerencial en el Banco de Sangre de un Hospital de Regional de Lambayeque en el 2022.

Instrucciones. Para responder el siguiente cuestionario debe tomar en cuenta que se necesita la total honestidad en cada una de las preguntas Cada pregunta deberá responder marcando con una (X) en el casillero que a su criterio corresponde, considerando para el control gerencial la siguiente puntuación: 1= control Correctivo, 2= control reparativo y 3 = Control Preventivo.

N°	ÍTEM	Sí	No	Control gerencial		
				1	2	3
I.	REQUISITOS GENERALES					
	Certificaciones y autorizaciones					
1.	¿Cuenta el Servicio de Transfusión con la autorización otorgada por la Autoridad Sanitaria competente?					
2.	¿Dicha autorización sigue vigente?					
3.	¿Se renueva periódicamente?					
4.	¿Existe constancia de la autorización por el responsable del Servicio?					
5.	¿Tiene el Servicio de Transfusión certificación según alguna Norma Internacional de Calidad?					
6.	¿Está acreditado por alguna Sociedad Científica?					
	Definición de políticas e instrumentos de calidad					
7.	¿Tiene el Servicio de Transfusión definida la Política de Calidad?					
8.	¿Se dispone de un Manual de Calidad?					
9.	¿Tiene definido un Mapa de Procesos?					
10.	¿Incluye todas las actividades fundamentales?					
11.	¿Los registros se encuentran incluidos en el archivo de protección de datos?					
	Normas y documentos de planificación					

12.	¿Cuenta con legislación específica aplicable?					
13.	¿Existe un plan de higiene y salud laboral en el establecimiento?					
14.	¿Existe un plan de gestión de residuos?					
II.	Dotación del personal y organización					
	Dotación del personal					
15.	¿Dispone el Servicio de un Responsable de Calidad					
16.	¿Tiene asignado personal específico para Dicha función?					
	Estructura organizacional					
17.	¿Están definidos los recursos humanos y técnicos para la realización de las actividades incluidas en el mapa de Procesos?					
18.	¿Están definidos los perfiles de los puestos de trabajo?					
19.	¿Existen objetivos actualizados para las diferentes áreas del Servicio de Transfusión?					
20.	¿Dichos objetivos están documentados?					
21.	¿Se evalúan periódica y sistemáticamente?					
22.	¿Existen procedimientos operativos Actualizados?					
23.	¿Se encuentran accesibles al personal Implicado?					
24.	¿Se respeta la frecuencia establecida en la planificación anual para las revisiones?					
	Sistema de comunicación					
25.	¿El manual es conocido por el personal implicado?					
26.	¿Son socializados periódicamente al personal involucrados en el proceso?					
27.	¿Están informatizados la documentación y los registros relativos a personal y organización?					
	Control de calidad					
28.	¿Existe procedimientos de «no conformidad», acciones correctivas y Acciones preventivas?					
29.	¿Están definidos los indicadores de calidad En todos los procesos?					
30.	¿Se evalúan los indicadores de calidad en el Comité de Calidad?					
31.	¿Se actualizan los indicadores de calidad de acuerdo con las necesidades detectadas en el análisis de incidencias?					

32.	¿Se realizan reuniones para revisar el Sistema de Calidad?					
33.	¿Existen actas de dichas reuniones?					
34.	¿Existe evidencia de la participación del personal en la mejora continua de los procesos y servicios?					
35.	¿Existe una copia de seguridad de toda la documentación?					
	Capacitación					
36.	¿Existe un plan de formación para el personal, que incluya uno específico para el personal de nueva incorporación?					
37.	¿Se detectan y documentan las necesidades de formación del personal?					
38.	¿Se documenta la formación impartida?					
39.	¿Se evalúa la formación adquirida?					
40.	¿Existe constancia de la formación continuada en hemoterapia a los médicos prescriptores del hospital?					
41.	¿Se registra la asistencia del personal y el Resultado de la formación adquirida?					
III.	Infraestructura					
42.	Diseño y mantenimiento ¿Permite el diseño de los locales el mantenimiento, el orden y limpieza adecuados?					
43.	Organización de puestos de trabajo ¿Permite el diseño la delimitación clara de puestos de trabajo, contribuyendo a reducir el riesgo de errores?					
44.	Sistema de acceso autorizado ¿Favorece el que a cada área de trabajo Acceda sólo el personal autorizado?					
45.	Confidencialidad ¿Favorece el diseño la confidencialidad en relación con todos los aspectos relativos a los donantes/enfermos?					
IV.	Dotación de equipo y material					
	Administración de equipos					
46.	¿Se dispone de los equipos necesarios para la realización de los procesos y prestación de los servicios?					
47.	¿Existe un inventario actualizado de los Equipos, instrumentos y materiales?					
	Validación del sistema					
48.	Se realiza una validación inicial de los procedimientos y equipos considerados Críticos en la actividad de la medicina transfusional?					

49.	¿Se revalidan periódicamente?					
	Monitoreo y mantenimiento					
50.	¿Existe un programa de mantenimiento Preventivo?					
51.	¿Dicho programa lo realiza una empresa Externa ?					
52.	¿Se encuentra disponible el contrato de mantenimiento?					
53.	¿Existe un programa de calibración/verificación de los equipos?					
54.	¿Es interno del propio Hospital?					
55.	¿Está documentada la calibración y verificación?					
56.	¿Están todos los equipos calibrados/Verificados de acuerdo con el programa?					
57.	¿Se dispone de un procedimiento que establece las medidas a adoptar en caso de fallo del equipo o corte de corriente Eléctrica?					
V.	Documentación y registro					
	Administración documentaria					
58.	Existe un registro de todos los documentos					
59.	¿Existe un registro de proveedores y su Calificación?					
60.	¿Existe un formulario de consentimiento informado para la Transfusión?					
61.	¿Existe un convenio entre el Servicio de Transfusión y el Centro de Transfusión?					
	Control de registros					
62.	¿Incluye todos los registros que legalmente deben ser conservados?					
63.	¿Se autorizan todas las modificaciones de la documentación?					
64.	¿Se respetan los plazos legales de Conservación de los registros?					
65.	¿Se mantienen registros actualizados del stock de componentes sanguíneos? (CS)					
66.	¿Se complementa en todos los casos?					
67.	¿Se realiza evaluación periódica de los productos/proveedores?					
VI.	Almacenamiento					
	Recepción					
68.	¿Existen procedimientos escritos para la recepción e ingreso en stock de los CS Recibidos del Centro de Transfusión?					
69.	¿Existen procedimientos validados para el reintegro en stock de CS previamente					

	liberados para su Transfusión o Modificación (por ejemplo irradiación)?					
70.	¿Existen procedimientos validados para el reingreso en stock de CS previamente liberados para su Transfusión o Modificación (por ejemplo irradiación)?					
	Selección					
71.	¿Existen procedimientos escritos para la Selección de los CS que se transfunden?					
72.	Las incubadoras, frigoríficos, congeladores ¿están distribuidos y ordenados de modo que no haya posibilidad de error entre los CS no conformes, los disponibles para su uso transfusional, los CS autólogos , y los específicamente seleccionados para un determinado receptor?					
	Almacén					
73.	¿Se almacenan de forma inequívoca los CS autólogos ?					
74.	¿Las condiciones de almacenamiento de cada CS, se ajustan a lo especificado en la Legislación vigente?					
75.	¿Se almacenan de forma inequívocamente diferenciada los CS extraídos y preparados para receptores específicos?					
VII.	Comité de transfusión					
	Grupo de trabajo					
76.	¿Existe un Comité de Transfusión? (CT)					
77.	¿Están representados en el CT profesionales de las Unidades Clínicas con Mayor índice transfusional?					
	Herramientas de organización					
78.	¿Existen actas de todas las reuniones?					
79.	¿Existe una guía consensuada por el CT de las recomendaciones de uso de los CS?					
80.	¿Se definen anualmente los objetivos del CT?					
81.	¿Se ajusta el funcionamiento del CT al reglamento establecido?					
82.	¿Se incluye una guía específica sobre Transfusión masiva?					
	Elementos de evaluación					
83.	¿Responden los objetivos a las funciones Asignadas al CT?					
84.	¿Se evalúa anualmente el cumplimiento de los objetivos?					
85.	¿Se realizan las reuniones preceptivas, y con la frecuencia prevista en el Reglamento?					

86.	¿Se actualiza periódicamente dicha Guía?					
87.	¿Es difundida en todos los Servicios Clínicos del Hospital?					
88.	¿Es consensuada en el CT la política de reserva de CS para Cirugía?					
89.	¿Se comunican los resultados del análisis de uso de CS a todas las Unidades Clínicas?					
90.	¿Se comunican los resultados del análisis de uso de CS a todas las Unidades Clínicas?					
91.	¿Se planifican acciones dirigidas hacia el uso óptimo de los CS?					
92.	¿Se analizan en el CT los efectos adversos graves y o incidentes de cualquiera de los Eslabones de la cadena transfusional?					
VIII.	Hemo-vigilancia					
	Características funcionales					
93.	¿Existe un Sistema de Hemovigilancia (HV) en el Hospital?					
94.	¿Existe un coordinador de HV en el hospital					
95.	¿Existe un procedimiento estandarizado de Notificación?					
	Registros de información					
96.	¿Están documentados los incidentes relacionados con la Transfusión?					
97.	¿Se documentan las medidas adoptadas?					
98.	¿Se elabora anualmente un informe de HV en el hospital y se comunica a todas las Unidades clínicas?					
	Evaluación de actividades					
99.	¿Se completa el estudio de las posibles causas?					
100.	¿Se ponen en marcha medidas correctivas/preventivas?					
IX.	Auto inspección y auditorías					
	Documentación de la auditoría					
101.	¿Existe un Plan de auditoría interna?					
102.	¿Se documentan?					
103.	¿Se documentan las no conformidades?					
104.	¿Se realiza un informe final?					
105.	¿Existe documentación de las reclamaciones?					
106.	¿Hay un plan de contingencias, listo para activar en situaciones de alarma?					
	Auditoría de control					
107.	¿Se realizan todas las auditorías planificadas?					

108.	Son realizadas por personal con formación específica?					
109.	¿Se establecen las acciones correctivas pertinentes y el plazo para su ejecución?					
110.	¿Incluye la auditoría la valoración del grado de satisfacción de los clientes?					
111.	¿Está documentado?					
112.	¿Se analizan periódicamente las necesidades de los clientes?					
113.	¿Quedan documentadas las acciones planificadas para dar respuesta a las necesidades detectadas?					
114.	¿Es documentada la respuesta a las reclamaciones recibidas?					