



PERÚ

Ministerio
de Salud

INEN
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS



"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"

MEMORANDO N° 128 -2018-SJ/INEN

A : M.C. HENRY GUERRA MILLER
Director Ejecutivo del Departamento de Patología

DE : M.C. GUSTAVO SARRIA BARDALES
Sub Jefe Institucional

ASUNTO : PLAN DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN EL
EQUIPO FUNCIONAL DE PATOLOGÍA CLÍNICA

REFERENCIA : INFORME N° 137-2018-DP-DISAD/INEN

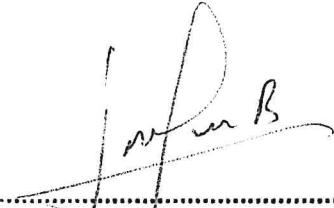
FECHA : Surquillo, 26 de junio de 2018



Me dirijo a usted para saludarlo cordialmente y a su vez en mérito a lo solicitado en el documento de la referencia, tengo a bien aprobar el Plan de Mejora Continua de la Calidad en el Equipo Funcional de Patología Clínica.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,


M.C. GUSTAVO JAVIER SARRIA BARDALES
Sub Jefe Institucional
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS


GSB/ZWV/JGY

HOJA DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO

Via: Recepción.

Fecha Registro: 26/06/2018 15:14:00

Operador: UFTD

de Expediente : 13633 DOC. ORDINARIO Plazo:
po de Documento : INFORME
Documento : 137-2018-DP-DISAD/INEN
rocedencia : DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA
unto : PLAN DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN EL EQUIPO FUNCIONAL DE PATOLOGIA CLINICA - INEN

Referencia : INFORME N° 365-2018-EFPC-DP-DISAD-INEN

N°	Destinatario	Acc.	Fecha	Hora	Firma
1	ZUMARAN ALVITEZ, VICTOR RODOLFO SECRETARIA GENERAL	2	26/06/2018	15:24	<i>[Firma]</i>
2	<i>SJ</i>	2,6	26/06		<i>[Firma]</i>
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Adjunto:

Observaciones:

Acción a Tomar:

001 Aprobación 002 Atención 003 Conocimiento 004 Opinión 005 Informe
006 Por Corresp. 007 Para Conversar 008 Ac. Antecedentes 009 Según Solicitado 010 Con Devolución
011 Archivo 012 Adj. Proyecto de Rpta. 013 Acc. Inmediata 014 P. Contenido 015 Ver Observaciones

Prioridad:

(A) Alta

(N) Normal





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"

INFORME N° 137-2018-DP-DISAD/INEN

A : **M.C. GUSTAVO SARRIA BARDALES**
Sub Jefe Institucional.

De : **M.C. HENRY GUERRA MILLER**
Director Ejecutivo del Departamento de Patología.

Asunto : Plan de Mejoramiento Continuo de la Calidad en el Equipo Funcional
de Patología Clínica - INEN

Referencia : Informe N° 365-2018-EFPC-DP-DISAD/INEN

Fecha : Surquillo, 26 de junio de 2018

Me dirijo a usted para remitirle el Plan de Mejoramiento Continuo de la Calidad del Equipo Funcional de Patología Clínica del INEN, para solicitarle su aprobación, en relación a la Auditoria de Migración y ampliación de alcance del ISO 9001:2015.

Agradezco la atención que brinde a la presente.

Atentamente,


M.C. HENRY GUERRA MILLER
Director Ejecutivo del Departamento de Patología
CMP. 10992 RNE. 7407
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



HGM/znn
c.c. Archivo





PERÚ

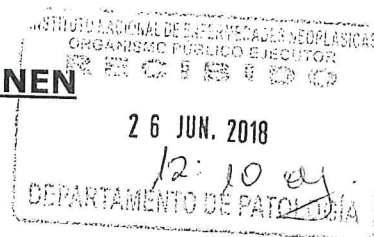
Ministerio
de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
INEN



Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
“Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional”

INFORME No. 365-2018-EFPC-DP-DISAD/INEN



A : **MC. Henry Guerra Miller**
Director Ejecutivo del Dpto. de Patología

DE : **MC Carmen Armas Purilla**
Jefa del Equipo Funcional de Patología Clínica

Ref. : **INFORME N°233/2018-AC-EFPC-DP-DISAD INEN**

FECHA : Surquillo, 26 de Junio del 2018

Por medio del presente, me dirijo a Ud. para saludarlo cordialmente y en relación al documento de la referencia, hacerle llegar el **Plan de Mejoramiento Continuo de la Calidad en el Equipo Funcional de Patología Clínica – INEN** y solicitarle remitirlo a la Jefatura Institucional para su aprobación de acuerdo a lo requerido.

Sin otro particular, quedo de Ud.

Atentamente,


CARMEN ARMAS PURILLA
Médico Patólogo Clínico
Jefe del Equipo Funcional de Patología Clínica
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

C.C. Archivo.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"

INFORME N° 233/2018-AC-EFPC-DP-DISAD INEN

A : M.C. Carmen Armas Purilla.
Coordinadora del Equipo Funcional de Patología Clínica.

DE : M.C. Daniel Aguilar Rivera.
Encargado del Área de Trabajo Gestión de la Calidad - EFPC.

ASUNTO : PLAN DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DEL EQUIPO
FUNCIONAL DE PATOLOGIA CLINICA V.2

FECHA : Surquillo, 18 de junio 2018

Tengo a bien dirigirme a usted para saludarlo cordialmente, asimismo en relación al asunto y documento de la referencia manifestarle lo siguiente:

1. ANTECEDENTES:

- 1.1. INFORME N° 051/2018-AC-EFPC-DP-DISAD INEN, del 23 de enero 2018, en el que el Área de Trabajo Gestión de la Calidad del Equipo Funcional de Patología Clínica hace llegar el "Plan de Mejoramiento de la Calidad del Equipo Funcional de Patología Clínica – 2018 V.01" y elevar a la Alta Dirección para su aprobación.
- 1.2. INFORME 079-2018-EFPC-DP-DIASD/INEN, del 07 de febrero 2018 en la que el Equipo Funcional de Patología Clínica solicita elevar el "Plan de Mejoramiento de la Calidad del Equipo Funcional de Patología Clínica – 2018 V.01" a la Alta Dirección para su aprobación.
- 1.3. INFORME 050-2018-DP-DISAD/INEN, 08 de febrero del 2018 en la que el Departamento de Patología remite el "Plan de Mejoramiento de la Calidad del Equipo Funcional de Patología Clínica – 2018 V.01" a la Dirección de Servicio de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento con el fin de elevar a la Alta Dirección para su aprobación.
- 1.4. INFORME 036-2018-DISAD/INEN 08 de febrero del 2018 en la que la Dirección General de la Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnostico al Tratamiento, hace llegar el "Plan de Mejoramiento de la Calidad del Equipo Funcional de Patología Clínica – 2018 V.01" a la Jefatura Institucional para su revisión y aprobación.
- 1.5. MEMORANDO 112-2018-DISAD/INEN del 20 de febrero del 2018 en la que la Dirección General de la Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnostico y Tratamiento, informa al Departamento de Patología la aprobación por la Sub Jefatura Institucional del "Plan de Mejoramiento de la Calidad del Equipo Funcional de Patología Clínica – 2018 V.01".
- 1.6. MEMORANDO 057-2018-DP-DISAD-INEN del 21 de febrero del 2018 en la que el Departamento de Patología informa al Equipo Funcional de Patología Clínica la aprobación por la Sub Jefatura Institucional del "Plan de Mejoramiento de la Calidad del Equipo Funcional de Patología Clínica – 2018 V.01".
- 1.7. MEMORANDO N° 071-2018-EFPC-DP-DISAD / INEN, del 22 de febrero 2018, en el que la Coordinación del Equipo Funcional de Patología Clínica informa al Área de Trabajo Gestión de la Calidad del Equipo Funcional de Patología Clínica, documento adjunto de la referencia para su atención y fines correspondientes.
- 1.8. En el informe de auditoría interna ISO 9001:2015 desarrollado del 20 y 21 de febrero del 2018 se redacta el hallazgo siguiente: 3 de 6 "Si bien se cuenta con un plan de mejoramiento de Calidad – Equipo Funcional Patología Clínica – 2018 para el logro de los objetivos de calidad, algunas actividades no se evidencian que recursos se requerirán, quien será el responsable, cuando va finalizar y cómo va a evaluar los resultados.



**"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"**

planeamiento y presupuesto correspondiente al "Plan de Mejoramiento de la Calidad del Equipo Funcional de Patología Clínica – 2018 V.02" al Equipo Funcional de Patología Clínica.

- 1.22. MEMORANDO N° 135-2018-DISAD/INEN del 7 de mayo 2018, en la que el Departamento de Patología, remite las hace llegar las sugerencias y recomendaciones de la Oficina de planeamiento Estratégico correspondiente al "Plan de Mejoramiento de la Calidad del Equipo Funcional de Patología Clínica – 2018 V.02" al Equipo Funcional de Patología Clínica.
- 1.23. INFORME N° 181-2018-AC-EFPC-DP-DISAD/INEN del 8 de mayo 2018, en el que el Área de Trabajo Gestión de la Calidad del Equipo Funcional de Patología Clínica con referencia al INFORME N° 123/2018-AC-EFPC-DP-DISAD-INEN hace conocimiento del Plan de Tratamiento de la Solicitud de Acción Correctiva (SAC) N° 190 es necesario que el "Plan de Mejoramiento de la Calidad del Equipo Funcional de Patología Clínica – 2018 V.02" cuente con aprobación de Sub Jefatura Institucional.
- 1.24. MEMORANDO N° 1205-2018-OL-OGA/INEN del 9 de mayo 2018, en la que la Oficina de Logística da conformidad al "Plan de Mejoramiento de la Calidad del Equipo Funcional de Patología Clínica – 2018 V.02" al Equipo Funcional de Patología Clínica.
- 1.25. INFORME N° 54/18-HE-EFPC-DP-DISAD/INEN del 9 de mayo 2018, en el que el Área de Trabajo Laboratorio Hematología Especial del Equipo Funcional de Patología Clínica da conformidad al "Plan de Mejoramiento de la Calidad del Equipo Funcional de Patología Clínica – 2018 V.02".
- 1.26. MEMORANDO N° 155-2018-OI-OGA/INEN del 9 de mayo 2018, en la que la Oficina de Informática da validación al "Plan de Mejoramiento de la Calidad del Equipo Funcional de Patología Clínica – 2018 V.02" al Equipo Funcional de Patología Clínica.
- 1.27. MEMORANDO N° 189-2018-EFPC-DP-DISAD/INEN del 10 de mayo 2018, en la que el Equipo Funcional de Patología Clínica remite el documento de referencia INFORME N° 123/2018-AC-EFPC-DP-DISAD-INEN al Área de Trabajo Gestión de la Calidad del Equipo Funcional de Patología Clínica.
- 1.28. INFORME N° 191-2018-AC-EFPC-DP-DISAD/INEN del 14 de mayo 2018, en el que el Área de Trabajo Gestión de la Calidad del Equipo Funcional de Patología Clínica envía el "Plan de Mejoramiento de la Calidad del Equipo Funcional de Patología Clínica – 2018 V.02" para su aprobación por Sub Jefatura Institucional, así mismo informa que la aprobación del plan forma parte de las acciones correctivas de la SAC N° 191 a ser verificado en la Auditoria Externa de Certificación (Migración ISO 9001:2008 a ISO 9001:2015) el 22 y el 23 de mayo del 2018 al Equipo Funcional de Patología Clínica.
- 1.29. INFORME N° 081-2018-LHC-LC-DP-DISAD/INEN del 15 de mayo 2018, en el que el Área de Trabajo Laboratorio de Histocompatibilidad y Criopreservación en referencia del MEMORANDO CIRCULAR N° 078-2018-EFPC-DP-DISAD/INEN remite análisis del "Plan de Mejoramiento de la Calidad del Equipo Funcional de Patología Clínica – 2018 V.02" al Equipo Funcional de Patología Clínica.
- 1.30. MEMORANDO N° 197-2018-EFPC-DP-DISAD/INEN del 15 de mayo 2018, en la que el Equipo Funcional de Patología Clínica remite el documento de referencia INFORME N° 081-2018-LHC-LC-DP-DISAD/INEN al Área de Trabajo Gestión de la Calidad del Equipo Funcional de Patología Clínica.
- 1.31. Mediante MEMORANDO N° 373-2018-OGPP/INEN, del 16 de mayo 2018, en la que se hace llegar al Área de Trabajo de Gestión de la Calidad Equipo Funcional de Patología Clínica modificación de las fechas del Plan de Tratamiento de SAC N°191.
- 1.32. MEMORANDO N° 026-2018-ZWV-J/INEN del 4 de mayo 2018, en la que la Coordinadora General de la Alta Dirección de Asuntos Administrativos, en referencia al INFORME N° 191-2018-AC-EFPC-DP-DISAD/INEN, solicita remitir en formato digital el "Plan de Mejoramiento de la Calidad del Equipo Funcional de Patología Clínica – 2018 V.02" remitido mediante INFORME N° 191-2018-AC-EFPC-DP-DISAD/INEN a los correos electrónicos (zwong@inen.sld.pe c.c. yquispe@inen.sld.pe) al Equipo Funcional de Patología Clínica.
- 1.33. Mediante MEMORANDO N° 244-2018-EFPC-DP-DISAD/INEN, del 11 de junio 2018, en la que se hace llegar al Área de Trabajo de Gestión de la Calidad Equipo Funcional de Patología Clínica

"PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN EL EQUIPO FUNCIONAL DE PATOLOGIA CLINICA – INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOLPLÁSICAS - AÑO 2018 V02

I. INTRODUCCIÓN

El Equipo Funcional de Patología Clínica, está compuesta por las Áreas de Trabajo: Banco de Sangre, Bioquímica, Hematología, Hematología Especial, Histocompatibilidad y Criopreservación, Inmunología, Microbiología, Toma de Muestra y Gestión de la Calidad.

Brinda servicios de análisis de laboratorio clínico a sus usuarios. Así mismo, produce y provee hemocomponentes que cumplen con la normatividad vigente, permanentemente está optimizando su cartera de servicios especializados, llámese implementación de metodología de espectrometría de masa para identificación de microorganismos, recuento de drogas inmunodepresoras, cito química de líquido cefalorraquídeo, recuento células progenitoras hematopoyéticas, pruebas de biología molecular para análisis de histocompatibilidad, prueba de biología molecular para enfermedades infecciosas, tromboelastografía, etc. También el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas como instituto especializado viene realizando convenios de cooperación con otras entidades, para el procesamiento de pruebas especializadas.

De acuerdo a los datos presentados en Globocan 2012, se calcula que en el mundo ocurren 14,1 millones de casos nuevos de cáncer cada año, ocasionando 7.6 millones de muertes y que existen 32,6 millones de personas viviendo con cáncer. Si no existieran programas de control del cáncer la ocurrencia esperada sería de 17,1 millones de casos nuevos en el año 2020 y 21,6 millones en el año 2030. En el Perú se ha estimado que en el 2020 aproximadamente ocurrirán 54 mil casos nuevos de cáncer.

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas recibe los casos con diagnóstico de neoplasia maligna o de alta sospecha de cáncer, procedentes de cualquier punto del país. Se estima que para el año 2020 Perú tendrá 32'824,358



habitantes, y la población peruana se distribución en 49.92% mujeres y 50.08% varones. El 10.95% corresponderá a peruanos cuya edad será de 60 años a mas (INEI).

El 58% de la población habita en la Región Costa (31.8% en Lima Metropolitana y 26,2% en el resto de Costa), el 27.2% en la Sierra y el 14.9% en la Selva (ENDES 2016). El 76.2% de la población es urbana (ENDES 2016).

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, en el año 2017 presentó los siguientes indicadores de producción asistencial:

- Pacientes nuevos admitidos al INEN:	15,448
- Consultas externas realizadas:	54,569
- Egresos (hospitalizaciones):	9,675
- Intervenciones en Sala de Operaciones:	6,568
- Exámenes de laboratorio:	2'663,268
- Rendimiento - cama:	41.6 egresos por cama hospitalaria
- Porcentaje de ocupación de camas:	84.5%
- Permanencia hospitalaria:	12.0 días
- Intervalo de sustitución:	1.3 días por cada egreso

II. FINALIDAD

Contribuir a la mejora de la calidad de atención de los usuarios del Equipo Funcional de Patología Clínica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el marco del cumplimiento de su Política de Calidad declarada en el alcance de certificación ISO 9001:2015

III.

OBJETIVOS

Objetivos General:

Mejorar continuamente la calidad de los servicios que presta el Equipo Funcional de Patología Clínica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Objetivos Específico:

Objetivo de Calidad N° 01:

Reducir el porcentaje de resultados de análisis de laboratorio clínico no informados en el tiempo comprometido en el Catalogo de Análisis. Esto según prioridad del requerimiento (rutina o urgente).

Objetivo de Calidad N° 02:

Incrementar la confiabilidad de análisis de laboratorio clínico. Asegurando la trazabilidad del proceso en todos sus puntos de control y validando sus procedimientos clave.

Objetivo de Calidad N° 03:

Reducir el porcentaje de donantes con complicaciones por donación de sangre

Objetivo de Calidad N° 04:

Incrementar el porcentaje de hemocomponentes que cumplen con los criterios de calidad. Mediante la reducción de unidades eliminados como frustras y el incremento del porcentaje de hemocomponentes trazables en el módulo de monitorización de hemocomponentes



Objetivo de Calidad N° 05:

Incrementar el personal capacitado anualmente.



Objetivo de Calidad N° 06:

Reducir el porcentaje de equipos con más de 10 años de uso.

Objetivo de Calidad N° 07:

Incrementar el porcentaje de usuarios satisfechos



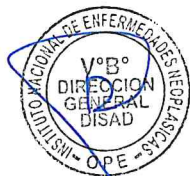
Objetivo de Calidad N° 08:

Mejorar continuamente nuestro Sistema de Gestión de la Calidad



IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- Ley N° 28748, Ley que crea como Órgano público y desconcentrado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Decreto Supremo N° 034-2008-PCM, que aprueba la calificación de organismos públicos de acuerdo a lo dispuesto en la Ley N° 29158.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud
- Decreto Supremo N° 023-2005-SA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y sus modificaciones.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba la Política Nacional de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Decreto Supremo N° 005-90-SA, que aprueba el Reglamento General de Hospitales del Sector Salud.
- Decreto Supremo N° 002-92-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 027-2011/MINSA, que aprueba Lineamientos para la Organización de Institutos Especializados.
- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueba Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, MINSA.
- Decreto Supremo N° 030-2002-PCM Aprueban Reglamento de la Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado



- Ley N° 287458, se otorgó al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), la categoría de Organismo Público Descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno y con autonomía económica, financiera, administrativa y normativa. Adscrito al Sector Salud; calificado posteriormente como Organismo Público Ejecutor en concordancia con Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.
- Decreto Supremo N° 004-2013-PCM, que aprueba la Política Nacional Modernización de la Gestión Pública.

V. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El Plan de Calidad es de aplicación en todos los órganos y unidades orgánicas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas bajo alcance de certificación ISO 9001:2015.

VI. CONTENIDO:

6.1 Definiciones Operativas:

SGC: Sistema de Gestión de la Calidad

Sistema de Gestión: Conjunto de elementos de una organización interrelacionados o que interactúan para establecer políticas, objetivos y procesos para lograr estos objetivos.

Sistema de Gestión de la Calidad: Parte de un sistema de gestión relacionada con la calidad.

Calidad: Grado en el que un conjunto de características inherentes a un objeto (producto, servicio, proceso, persona, organización, sistema o recurso) cumple con los requisitos.

ISO: Organización Internacional de Normalización.

Requisito: Necesidad que está establecida y es obligatoria.

Política: Intenciones y dirección de la organización, como las expresa formalmente su alta dirección o su órgano de gobierno.

Objetivo: resultado a lograr.

Desempeño: resultado medible.

6.2 Plan de Actividades:

DI PC-AC REG 21

6.1 Actividades propuestas para alcanzar meta en Objetivo de Calidad N° 01:

Reducir el porcentaje de resultados de análisis de laboratorio clínico no informados en el tiempo comprometido en el Catálogo de Análisis. Esto según prioridad del requerimiento (rutina o urgente).

N°	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN											
			MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC				
1	Solicitar mejoras en módulo de tracking de muestras.	DIRECTOR EJECUTIVO DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, COORDINADOR DEL EQUIPO FUNCIONAL Y ENCARGADOS DE ÁREA DE TRABAJO: LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA, LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA ESPECIAL, LABORATORIO DE INMUNOLOGÍA, BANCO DE SANGRE, LABORATORIO DE BIOQUÍMICA, TOMA DE MUESTRA, LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA Y LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD Y CRIOPRESERVACIÓN.				X								
2	Realizar las mejora en el software módulo de tracking de muestras.	DIRECTOR EJECUTIVO DE LA OFICINA DE INFORMÁTICA					X							
3	Implementación de mejoras en el módulo de tracking de muestras.	DIRECTOR EJECUTIVO DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, COORDINADOR DEL EQUIPO FUNCIONAL Y ENCARGADOS DE ÁREA DE TRABAJO: LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA, LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA ESPECIAL, LABORATORIO DE INMUNOLOGÍA, BANCO DE SANGRE, LABORATORIO DE BIOQUÍMICA, TOMA DE MUESTRA, LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA Y LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD Y CRIOPRESERVACIÓN.						X						
4	Priorización en la atención de las solicitudes de análisis con rotulo Urgente.	DIRECTOR EJECUTIVO DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, COORDINADOR DEL EQUIPO FUNCIONAL Y ENCARGADOS DE ÁREA DE TRABAJO: LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA, LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA ESPECIAL, LABORATORIO DE INMUNOLOGÍA, BANCO DE SANGRE, LABORATORIO DE BIOQUÍMICA, TOMA DE MUESTRA, LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA Y LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD Y CRIOPRESERVACIÓN.	X	X	X	X	X	X	X				X	
5	Monitorización de Plan de Solicitud de Acciones Correctivas.	DIRECTOR EJECUTIVO DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, COORDINADOR DEL EQUIPO FUNCIONAL Y ENCARGADOS DE ÁREA DE TRABAJO: LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA, LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA ESPECIAL, LABORATORIO DE INMUNOLOGÍA, BANCO DE SANGRE, LABORATORIO DE BIOQUÍMICA, TOMA DE MUESTRA, LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA Y LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD Y CRIOPRESERVACIÓN.	X	X	X	X	X	X	X				X	
6	Supervisión por el encargado del procedimiento.	DIRECTOR EJECUTIVO DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, COORDINADOR DEL EQUIPO FUNCIONAL Y ENCARGADOS DE ÁREA DE TRABAJO: LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA, LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA ESPECIAL, LABORATORIO DE INMUNOLOGÍA, BANCO DE SANGRE, LABORATORIO DE BIOQUÍMICA, TOMA DE MUESTRA, LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA Y LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD Y CRIOPRESERVACIÓN.	X	X	X	X	X	X	X				X	

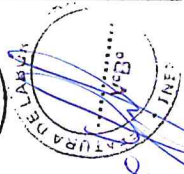
DI PC-AC REG 21

6.2. Actividades propuestas para alcanzar meta en Objetivo de Calidad N° 02

Incrementar la confiabilidad de análisis de laboratorio clínico. Asegurando la trazabilidad del proceso en todos sus puntos de control y validando sus procedimientos clave.

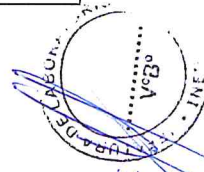
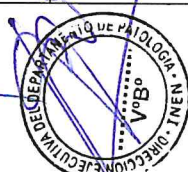
6.2.1 Asegurar trazabilidad del proceso

N°	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN											
			MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC				
1	Solicitar mejoras en módulo de tracking de muestras.	DIRECTOR EJECUTIVO DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, COORDINADOR DEL EQUIPO FUNCIONAL Y ENCARGADOS DE ÁREA DE TRABAJO: LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA, LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA ESPECIAL, LABORATORIO DE INMUNOLOGÍA, BANCO DE SANGRE, LABORATORIO DE BIOQUÍMICA, TOMA DE MUESTRA, LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA Y LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD Y CRIOPRESERVACIÓN.				X								
2	Realizar las mejora en el software módulo de tracking de muestras.	DIRECTOR EJECUTIVO DE LA OFICINA DE INFORMÁTICA					X							
3	Implementación de mejoras en el módulo de tracking de muestras.	DIRECTOR EJECUTIVO DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, COORDINADOR DEL EQUIPO FUNCIONAL Y ENCARGADOS DE ÁREA DE TRABAJO: LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA, LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA ESPECIAL, LABORATORIO DE INMUNOLOGÍA, BANCO DE SANGRE, LABORATORIO DE BIOQUÍMICA, TOMA DE MUESTRA, LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA Y LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD Y CRIOPRESERVACIÓN.								X				
4	Lograr la participación del personal reportando en tiempo real la actividad.	DIRECTOR EJECUTIVO DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, COORDINADOR DEL EQUIPO FUNCIONAL Y ENCARGADOS DE ÁREA DE TRABAJO: LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA, LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA ESPECIAL, LABORATORIO DE INMUNOLOGÍA, BANCO DE SANGRE, LABORATORIO DE BIOQUÍMICA, TOMA DE MUESTRA, LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA Y LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD Y CRIOPRESERVACIÓN.			X	X								
5	Monitorización de Plan de Solicitud de Acciones Correctivas.	DIRECTOR EJECUTIVO DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, COORDINADOR DEL EQUIPO FUNCIONAL Y ENCARGADOS DE ÁREA DE TRABAJO: LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA, LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA ESPECIAL, LABORATORIO DE INMUNOLOGÍA, BANCO DE SANGRE, LABORATORIO DE BIOQUÍMICA, TOMA DE MUESTRA, LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA Y LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD Y CRIOPRESERVACIÓN.	X	X	X	X	X	X					X	
6	Supervisión por el encargado del procedimiento.	DIRECTOR EJECUTIVO DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, COORDINADOR DEL EQUIPO FUNCIONAL Y ENCARGADOS DE ÁREA DE TRABAJO: LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA, LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA ESPECIAL, LABORATORIO DE INMUNOLOGÍA, BANCO DE SANGRE, LABORATORIO DE BIOQUÍMICA, TOMA DE MUESTRA, LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA Y LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD Y CRIOPRESERVACIÓN.	X	X	X	X	X	X				X	X	



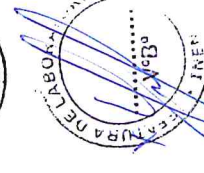
6.2.2 validando sus procedimientos clave.

N°	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN											
			MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC				
1	Mejorar el sistema de reporte de monitorización de procedimientos clave validados	DIRECTOR EJECUTIVO DE DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, COORDINADOR DEL EQUIPO FUNCIONAL Y ENCARGADO ÁREA DE TRABAJO GESTIÓN DE LA CALIDAD.	X	X	X	X								
2	Implementar el sistema de reporte de monitorización de procedimientos clave validados	DIRECTOR EJECUTIVO DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, COORDINADOR DEL EQUIPO FUNCIONAL Y ENCARGADOS DE ÁREA DE TRABAJO: LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA, LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA ESPECIAL, LABORATORIO DE INMUNOLOGÍA, BANCO DE SANGRE, LABORATORIO DE BIOQUÍMICA, TOMA DE MUESTRA, LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA Y LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD Y CRIOPRESERVACIÓN.					X	X						
3	Evaluación de la implementación del sistema de reporte de monitorización de procedimientos clave validados	DIRECTOR EJECUTIVO DE DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, COORDINADOR DEL EQUIPO FUNCIONAL Y ENCARGADO ÁREA DE TRABAJO GESTIÓN DE LA CALIDAD							X	X				



6.3 Actividades propuestas para alcanzar meta en Objetivo de Calidad N° 03:
Reducir el porcentaje de donantes con complicaciones por donación de sangre

N°	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN									
			MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC		
1	Mejorar actividades relacionadas con la calificación del donante.	DIRECTOR EJECUTIVO DE DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, COORDINADOR DEL EQUIPO FUNCIONAL Y ENCARGADO DE ÁREA DE TRABAJO BANCO DE SANGRE	X	X								
2	Mejorar las técnicas de sangría y monitorización del proceso de donación	DIRECTOR EJECUTIVO DE DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, COORDINADOR DEL EQUIPO FUNCIONAL Y ENCARGADO DE ÁREA DE TRABAJO BANCO DE SANGRE		X	X							
3	Supervisión por el encargado del procedimiento.	DIRECTOR EJECUTIVO DE DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, COORDINADOR DEL EQUIPO FUNCIONAL Y ENCARGADO DE ÁREA DE TRABAJO BANCO DE SANGRE.	X	X	X	X	X	X	X	X		



6.4 Actividades propuestas para alcanzar meta en Objetivo de Calidad N° 04:

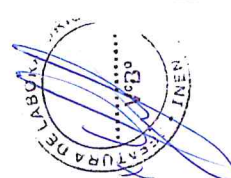
Incrementar el porcentaje de hemocomponentes que cumplen con los criterios de calidad. Mediante la reducción de unidades eliminados como frustras y el incremento del porcentaje de hemocomponentes trazables en el módulo de monitorización de hemocomponentes

6.4.1 Reducción de unidades eliminados como frustras

N°	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN							
			MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
1	Estandarizar las actividades relacionadas con la calificación del donante	DIRECTOR EJECUTIVO DE DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, COORDINADOR DEL EQUIPO FUNCIONAL Y ENCARGADO DE ÁREA DE TRABAJO BANCO DE SANGRE	X	X						
2	Estandarizar las actividades relacionadas a mejorar las técnicas de sangría	DIRECTOR EJECUTIVO DE DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, COORDINADOR DEL EQUIPO FUNCIONAL Y ENCARGADO DE ÁREA DE TRABAJO BANCO DE SANGRE	X	X						
3	Supervisión por el encargado del procedimiento.	DIRECTOR EJECUTIVO DE DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, COORDINADOR DEL EQUIPO FUNCIONAL Y ENCARGADO DE ÁREA DE TRABAJO BANCO DE SANGRE	X	X	X	X	X	X	X	X

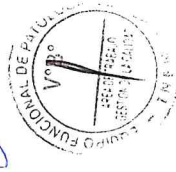
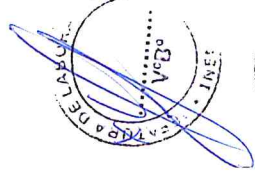
6.4.2 incremento del porcentaje de hemocomponentes trazables en el módulo de monitorización de hemocomponentes

N°	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN											
			MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC				
1	Solicitar la mejora del Módulo SISINEN de Banco de Sangre indicando específicamente los requerimientos técnicos que debe cumplir	DIRECTOR EJECUTIVO DE DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, COORDINADOR DEL EQUIPO FUNCIONAL Y ENCARGADO DE ÁREA DE TRABAJO BANCO DE SANGRE	X											
2	Mejora software Módulo SISINEN de Banco de Sangre	DIRECTOR EJECUTIVO DE LA OFICINA DE INFORMÁTICA		X										
3.	Monitorización de Plan de Sollicitud de Acciones Correctivas.	DIRECTORA EJECUTIVA DE DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, COORDINADOR DEL EQUIPO FUNCIONAL Y ENCARGADO DE ÁREA DE TRABAJO BANCO DE SANGRE			X	X	X	X	X	X				X
4.	Supervisión por el encargado del procedimiento.	DIRECTOR EJECUTIVO DE DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, COORDINADOR DEL EQUIPO FUNCIONAL Y ENCARGADO DE ÁREA DE TRABAJO BANCO DE SANGRE	X	X	X	X	X	X	X	X				X



6.5 Actividades propuestas para alcanzar meta en Objetivo de Calidad N° 05:
Incrementar el personal capacitado anualmente.

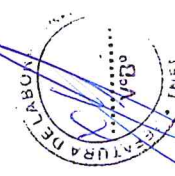
N°	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN							
			MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
1	Priorización de capacitaciones.	DIRECTORA EJECUTIVA DE OFICINA DE RECURSOS HUMANOS	X	X						
2	Promover la participación del personal del equipo funcional en las capacitaciones programadas por la Oficina de Recursos Humanos.	DIRECTORA EJECUTIVA DE OFICINA DE RECURSOS HUMANOS		X	X	X	X	X	X	X
3	Monitorización de Plan de Solicitud de Acciones Correctivas.	DIRECTORA EJECUTIVA DE OFICINA DE RECURSOS HUMANOS	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Supervisión del responsable del procedimiento.	DIRECTORA EJECUTIVA DE OFICINA DE RECURSOS HUMANOS	X	X	X	X	X	X	X	X



6.6 Actividades propuestas para alcanzar meta en Objetivo de Calidad N° 06:

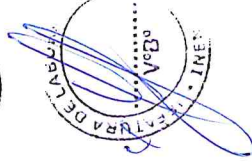
Incrementar el porcentaje de equipos que no superen los 10 años de uso

N°	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN									
			MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC		
1	Iniciar o concluir con los procesos de baja de equipos con 9 o más años de uso.	DIRECTOR EJECUTIVO DE OFICINA DE INGENIERÍA, MANTENIMIENTO Y SERVICIOS	X	X	X							
2.	Realizar el proceso de baja de los equipos	DIRECTORA EJECUTIVA DE LA OFICINA DE LOGISTICA ENCARGADO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE CONTROL PATRIMINIAL	X	X	X	X	X					
3.	Monitorizar de Plan de Solicitud de Acción Correctiva.	DIRECTOR EJECUTIVO DE OFICINA DE INGENIERÍA, MANTENIMIENTO Y SERVICIOS	X	X	X	X	X	X	X	X		
4	Lograr apoyo de estamentos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas que participan en el procedimiento de renovación de equipos.	DIRECTOR EJECUTIVO DE OFICINA DE INGENIERÍA, MANTENIMIENTO Y SERVICIOS	X	X	X	X	X	X	X	X		



6.7 Actividades propuestas para alcanzar meta en Objetivo de Calidad N° 07: Incrementar el porcentaje de usuarios satisfechos

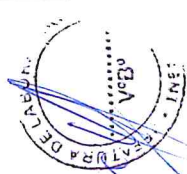
N°	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN											
			MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC				
1	Solicitar capacitación del personal con el objeto de mejorar las actitudes para un buen trato al paciente	DIRECTOR EJECUTIVO DE DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, COORDINADOR DEL EQUIPO FUNCIONAL Y ENCARGADO ÁREA DE TRABAJO TOMA DE MUESTRA	X											
2.	Realizar capacitación del personal con el objeto de mejorar las actitudes del personal para un buen trato al paciente	DIRECTORA EJECUTIVA DE OFICINA DE RECURSOS HUMANOS		X										
3.	Monitorizar de Plan de Solicitud de Acción Correctiva.	DIRECTOR EJECUTIVO DE DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, COORDINADOR DEL EQUIPO FUNCIONAL Y ENCARGADO ÁREA DE TRABAJO TOMA DE MUESTRA	X	X	X	X	X							
4.	Realizar las encuestas de satisfacción del usuario externo	DIRECTOR DE DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, COORDINADOR DEL EQUIPO FUNCIONAL Y ENCARGADO ÁREA DE TRABAJO GESTIÓN DE LA CALIDAD								X				
5.	Elaborar el informe de satisfacción en coordinación con la Oficina de Calidad del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.	DIRECTOR DE DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, COORDINADOR DEL EQUIPO FUNCIONAL Y ENCARGADO ÁREA DE TRABAJO GESTIÓN DE LA CALIDAD										X	X	



DI PC-AC REG 21

6.8 Actividades propuestas para alcanzar meta en Objetivo de Calidad N° 08:
Mejorar continuamente nuestro Sistema de Gestión de la Calidad

N°	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN											
			MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC				
1	Capacitación del personal responsable de elaborar los Planes de Tratamiento de las Solicitudes de Acciones de Mejora del Equipo Funcional de Patología Clínica y estamentos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas	DIRECTOR DE DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, COORDINADOR DEL EQUIPO FUNCIONAL Y ENCARGADO ÁREA DE TRABAJO GESTIÓN DE LA CALIDAD	x											
2	Monitorización de la entrega de planes de tratamiento de las Solicitudes de Acciones Correctivas.	DIRECTOR DE DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, COORDINADOR DEL EQUIPO FUNCIONAL Y ENCARGADO ÁREA DE TRABAJO GESTIÓN DE LA CALIDAD	x	x	x	x	x	x	x	x				
3.	Supervisión de los planes de tratamiento de las Solicitudes de Acciones Correctivas.	DIRECTOR DE DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, COORDINADOR DEL EQUIPO FUNCIONAL	x	x	x	x	x	x	x	x				



VII. FINANCIAMIENTO:

El financiamiento para la implementación del Plan de Gestión de la Calidad, se ejecutará de acuerdo al presupuesto asignado para el año 2018, el cual estará destinado a:

- Materiales e insumos logísticos.
- Elaboración de materiales informativos: Folletos, afiches, trípticos educativos las cuales estarán dirigidos a los pacientes oncológicos y personal en general.
- Socialización y difusión de material informativos.
- Capacitación de usuarios internos sobre metodologías para la Gestión de la Calidad.

Asignar y monitorización de los recursos se realiza mediante el POI 2018 y está a cargo de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto

VIII. RESPONSABILIDADES:

Sub Jefe Institucional (Alta Dirección).

Director General de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto

Director General de la Oficina General de Administración

Director Ejecutivo de la Oficina de Recursos Humanos.

Director Ejecutivo de la Oficina de Logística.

Director Ejecutivo de la Oficina de Ingeniería, Mantenimiento y Servicios.

Director Ejecutivo de la Oficina de Informática.

Director del Departamento de Patología.

Coordinador Equipo Funcional de Patología Clínica.

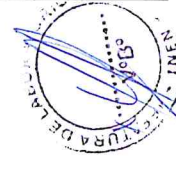
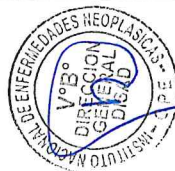
Encargados de Área de todas las Áreas de Trabajo.

Personal del Equipo Funcional de Patología Clínica.

IX. ANEXOS



 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EQUIPO FUNCIONAL PATOLOGÍA CLÍNICA						
OBJETIVOS DE LA CALIDAD DEL EF PATOLOGÍA CLÍNICA - 2018						
POLÍTICA DE LA CALIDAD: El Equipo Funcional de Patología Clínica del INEN brinda servicios de análisis de laboratorio clínico oportunos y confiables. De igual manera, provee hemocomponentes que cumplen con la normatividad vigente. Asumiendo el compromiso de trabajar para la satisfacción del usuario, con recurso humano capacitado, permanente innovación tecnológica y la mejora continua de su Sistema de Gestión de la Calidad basado en la norma ISO 9001:2015".						
N°	OBJETIVO DE LA CALIDAD	INDICADOR	META	PLAZO DE EJECUCIÓN	FRECUENCIA DE MONITOREO	RECURSOS
I	Proporcionar resultados de análisis de laboratorio clínico en el tiempo comprometido	I.1	Porcentaje de exámenes con prioridad urgente no informados en el tiempo previsto en el catálogo de análisis	Menor de 3.6%	1 AÑO	TRIMESTRAL
		I.2	Porcentaje de exámenes con prioridad rutina no informados en el tiempo previsto en el catálogo de análisis	Menor de 3.6%	1AÑO	TRIMESTRAL
II	Garantizar la confiabilidad de los resultados de análisis de laboratorio clínico emitidos	II.1	Porcentaje de exámenes con trazables en todos los puntos de control del módulo monitorización de muestras	100%	1AÑO	TRIMESTRAL
		II.2	Porcentaje de procedimientos clave que cumplen con requisito 8.5.1 de la Norma ISO 9001:2015	100%	1AÑO	ANUAL
III	Garantizar al donante una atención segura	III.1	Porcentaje de donantes con presentan alguna complicaciones por la donación	Menor al 1%	1AÑO	TRIMESTRAL
IV	Garantizar al paciente la administración de hemocomponentes que cumplen con los criterios de calidad	IV.1	Porcentaje de unidades de donación eliminados como frustro	Menor al 2%	1AÑO	TRIMESTRAL
		IV.2	Porcentaje de hemocomponentes trazables en todos los puntos de control del módulo de monitorización de hemocomponentes	100%	1AÑO	TRIMESTRAL
						OEI.01 AEI.01.02 AO 01.02.05.04.02.06
						OEI.01 AEI.01.02 AO 01.02.09

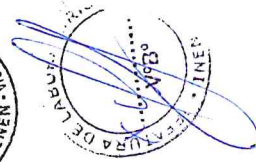
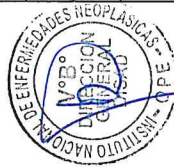


N°	OBJETIVO DE LA CALIDAD	INDICADOR	META	PLAZO DE EJECUCIÓN	FRECUENCIA DE MONITOREO	RECURSOS
V	Incrementar el porcentaje de personal capacitado	V.1	10% más que el periodo anterior	1AÑO	ANUAL	OEI:05 AEI:05.02 AO 05.02.01.01
VI	Contar con equipos de laboratorio clínico y banco de sangre de acuerdo al avance tecnológico	VI.1	Mayor de 80%	1AÑO	ANUAL	OEI: 05 AEI: 05.01 AO 05.01.08 y AO 05.01.10
VII	Incrementar porcentaje de usuarios satisfechos	VII.1	Mayor de 80%	1AÑO	ANUAL	OEI:05 AEI:05.01 AO 05.01.11.06
VIII	Mejorar continuamente nuestro Sistema de Gestión de la Calidad	VIII.1	Mayor de 80%	1AÑO	ANUAL	

OEI: OBJETIVO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL

AEI: ACCIÓN ESTRATEGICA INSTITUCIONAL

AO: ACCIÓN OPERATIVA



DI PC-AC REG 21

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA:

1. Ley N° 26842. Ley General de Salud - Perú
2. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
3. Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
4. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba la Política Nacional de la Calidad en Salud.
5. MINSA - Dirección de Calidad. Informe de medición de los Niveles de Calidad en los Institutos y Hospitales Nacionales de Lima y Callao. 2007.
6. Ministerio de Salud. Evaluación de las Funciones Esenciales de salud Pública. 2006.

