



REPUBLICA DEL PERU



RESOLUCIÓN JEFATURAL

Surquillo, 05 de DICIEMBRE de 2019

VISTOS:

El Memorando N° 1051-2019-OGPP/INEN de la Oficina de General de Planeamiento y Presupuesto, el Informe N° 974-2019-OPE-OGPP/INEN de la Oficina de Planeamiento Estratégico, el Informe N° 330-2019-DISAD/INEN de la Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, el Informe N° 375-2019-EFPC-DP-DISAD/INEN del Equipo Funcional de Patología Clínica, el Informe N° 325-2019-AC-EF-PATCL-DP-DISAD/INEN del Área de Trabajo Gestión de la Calidad, el Informe N° 1128-2019-OAJ/INEN de la Oficina de Asesoría Jurídica, y;

CONSIDERANDO:

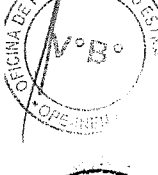
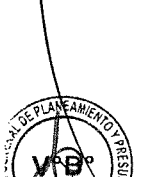
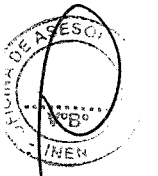
Que, a través de la Ley N° 28748, se creó como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, con personería jurídica de derecho público interno con autonomía administrativa, adscrito al sector salud, y actualmente calificado como Organismo Público Ejecutor en concordancia con la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y el Decreto Supremo N° 034-2008-PCM;

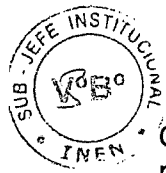
Que, mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA, publicado en el Diario Oficial El Peruano con fecha 11 de enero del 2007, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones – ROF, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, estableciendo la jurisdicción, funciones generales y estructura orgánica del Instituto, así como las funciones de sus diferentes órganos y unidades orgánicas;

Que, el Memorando N° 1051-2019-OGPP/INEN de la Oficina de General de Planeamiento y Presupuesto, que remite el Informe N° 974-2019-OPE-OGPP/INEN de la Oficina de Planeamiento Estratégico, en los cuales ambas unidades orgánicas, emiten opinión técnica favorable al Plan de Mejoramiento de la Calidad del Equipo Funcional de Patología Clínica 2019-V.01;

Que, el Informe N° 330-2019-DISAD/INEN de la Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento y el Informe N° 375-2019-EFPC-DP-DISAD/INEN del Equipo Funcional de Patología Clínica, comunican que el antes mencionado plan, cuenta con la validación de los órganos y unidades orgánicas involucradas;

Que, el Informe N° 325-2019-AC-EF-PATCL-DP-DISAD/INEN, del Área de Trabajo Gestión de la Calidad, remite el Plan de Mejoramiento de la Calidad del Equipo Funcional de Patología Clínica - 2019 V.01, solicitando la aprobación del referido Plan por la Alta Dirección del INEN, demostrando así el cumplimiento del requisito 6.2: "Objetivos de la Calidad y Planificación para Lograrlos" de la Norma Internacional ISO 9001:2015 por parte de nuestro Sistema de Gestión de la Calidad;





Que, la Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, señala que el proceso de modernización de la gestión del Estado tiene por finalidad fundamental la obtención de mayores niveles de eficiencia del aparato estatal, de manera que se logre una mejor atención a la ciudadanía, priorizando y optimizando el uso de los recursos públicos;



Contando con los vistos buenos de la Sub Jefatura Institucional, de la Gerencia General, de la Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, del Equipo Funcional de Patología Clínica, de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, de la Oficina de Logística, de la Oficina de Informática, de la Oficina de Planeamiento Estratégico, de la Oficina de Recursos Humanos, de la Oficina de Ingeniería Mantenimiento y Servicios y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas — INEN;

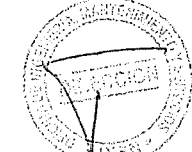
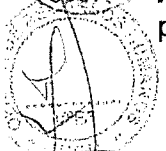
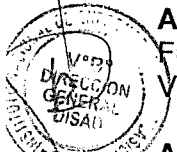


En uso de las atribuciones y facultades conferidas en el Decreto Supremo N° 001-2007-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN y la Resolución Suprema N° 011-2018-SA;

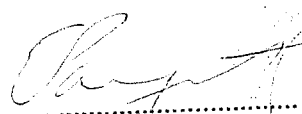
SE RESUELVE:

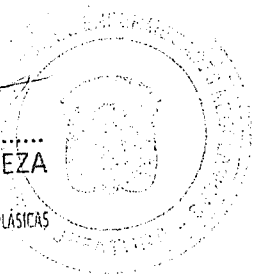
ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR el Plan de Mejoramiento de la Calidad del Equipo Funcional de Patología Clínica – Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – Año 2019 V01, el mismo que en anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO.- ENCARGAR la difusión de la presente Resolución, así como su publicación en la página Web Institucional de la Oficina de Comunicaciones.



REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE


 Dr. EDUARDO PAYET MEZA
 Jefe Institucional
 INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS





PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DEL EQUIPO FUNCIONAL DE
PATOLOGÍA CLÍNICA

PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN EL EQUIPO FUNCIONAL DE
PATOLOGIA CLINICA – INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS - AÑO 2019 V01

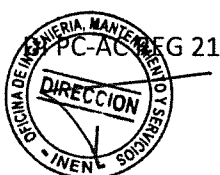
I. INTRODUCCIÓN:

El Equipo Funcional de Patología Clínica, está compuesto 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, y permanentemente está optimizando su cartera de servicios especializados, llámese implementación de metodología de espectrometría de masa para identificación de microorganismos, dosaje de drogas terapéuticas, examen citoquímico de líquido cefalorraquídeo, recuento células progenitoras hematopoyéticas, pruebas de biología molecular para análisis de histocompatibilidad, pruebas de biología molecular para enfermedades infecciosas (TBC), 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 2018, se calcula que en el mundo ocurren 18,1 millones de casos nuevos de cáncer cada año, ocasionando 9.6 millones de muertes

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 distribuirán en 49.92% mujeres y 50.06% varones. El 10.95% corresponderá a peruanos cuya edad será de 60 y más (INEI).





**PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DEL EQUIPO FUNCIONAL DE
PATOLOGÍA CLÍNICA**

El 60.6% de la población habita en la región costa (35.3% en Lima Metropolitana y 25,3% en el resto de costa), el 25.8% en la sierra y el 13.6% en la selva (ENDES 2017). El 77.9% de la población es urbana (ENDES 2017).

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, en el año 2018 presentó los siguientes indicadores de salud:

CONSULTA EXTERNA

- Número de Historias Clínicas generadas:	15,381
- Consultas nuevas:	67,870
- Consultas Reingresos:	67,130
- Consultas Continuadores:	229,814

PROCEDIMIENTOS Y APLICACIONES

- Colposcopias:	2,041
- Procedimientos Especiales:	11,837
- Quimioterapias:	61,870
- Radioterapia:	81,337

LABORATORIO

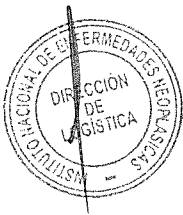
- Ordenes:	532,952
- Pruebas Realizadas:	3,028,626

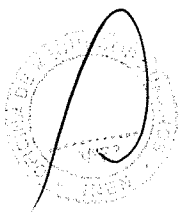
CIRUGIA MENOR


- Cirugía Menor:	8,915
- Endoscopias:	3,393

SALA DE OPERACIONES

- Sala de Operaciones:	4,823
- Clínica de Día:	1,561

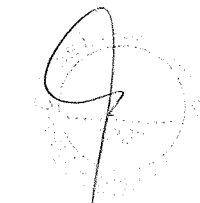
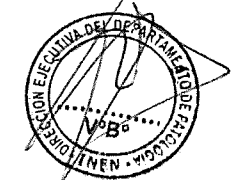
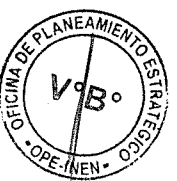




	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL EQUIPO FUNCIONAL PATOLOGÍA CLÍNICA INEN	DI PC-AC FOR 37
PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DEL EQUIPO FUNCIONAL DE PATOLOGÍA CLÍNICA		

HOSPITALIZACIÓN

- Total de Egresos:	10,309
- Día Cama Ocupada:	117,411
- Día Cama Disponible:	137,003
- Total de Camas:	377
- Promedio de Permanencia:	11.8
- Rendimiento - cama:	50.9
- Porcentaje de ocupación de camas:	84.5%
- Promedio de permanencia:	11.8
- Intervalo de sustitución:	1.0



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:

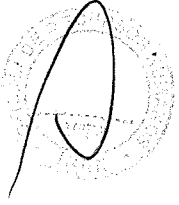
Objetivo General:

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

Objetivos Específicos:

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).



**SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
DEL EQUIPO FUNCIONAL
PATOLOGÍA CLÍNICA INEN**

DI PC-AC FOR 37

**PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DEL EQUIPO FUNCIONAL DE
PATOLOGÍA CLÍNICA**



Objetivo de Calidad N° 02:

Incrementar la confiabilidad de los 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 eliminadas como frustras y el incremento del porcentaje de hemocomponentes trazables en el módulo de monitorización de hemocomponentes.



Objetivo de Calidad N° 05:

Mantener al personal capacitado.

Objetivo de Calidad N° 06:

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

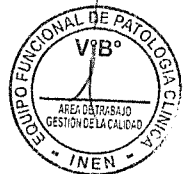
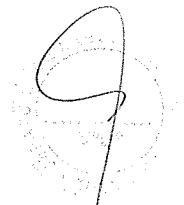


Objetivo de Calidad N° 07:

Incrementar el porcentaje de usuarios satisfechos

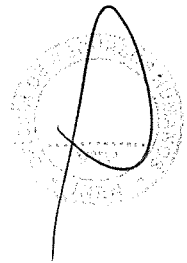
Objetivo de Calidad N° 08:

Mejorar continuamente nuestro Sistema de Gestión de la Calidad



DI PC-AC REG 21



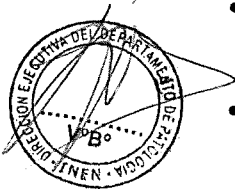
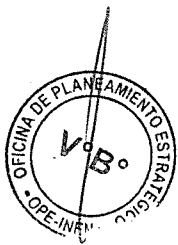
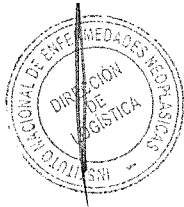


**PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DEL EQUIPO FUNCIONAL DE
PATOLOGÍA CLÍNICA**



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





**SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
DEL EQUIPO FUNCIONAL
PATOLOGÍA CLÍNICA INEN**

DI PC-AC FOR 37

**PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DEL EQUIPO FUNCIONAL DE
PATOLOGÍA CLÍNICA**

- 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:

- 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 (SGC): 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.

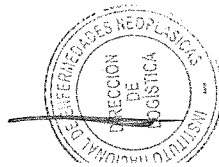


6.2 Plan de Actividades:

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

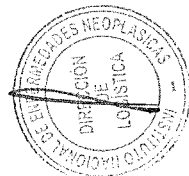
Reducir el porcentaje de resultados de análisis de laboratorio clínico no informados en el tiempo comprometido en el Catálogo de Análisis, esto según prioridad del requerimiento (rutina o urgente).

N°	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN				
			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 mejoras en el software módulo de tracking de muestras.	DIRECTOR EJECUTIVO DE LA OFICINA DE INFORMÁTICA	X	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
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
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



DI PC-AC REG 21



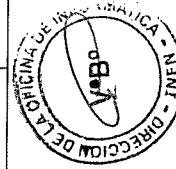
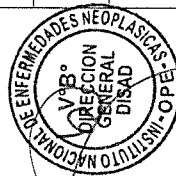


6.2.2. Actividades propuestas para alcanzar meta en Objetivo de Calidad N° 02

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

6.2.2.1 Asegurar trazabilidad del proceso:

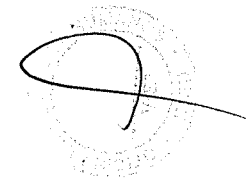
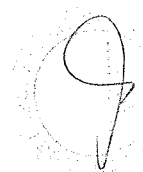
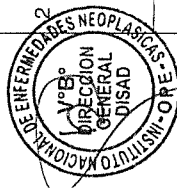
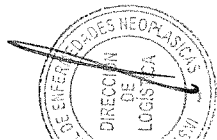
N°	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN				
			AGO	SET	OCT	NOV	DIC
1	Solicitar mejoras en módulo de tracking de muestras.	DIRECTOR EJECUTIVO DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, COORDINADOR DEL EQUIPO FUNCIONAL Y ENCARGADOS DE ÁREA DE TRABAJO: LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA, LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA 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 mejoras 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
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
7	Monitorización trimestral del indicador calidad de información de trazabilidad	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

6.2.2.2 validando sus procedimientos clave:

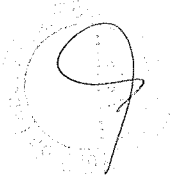
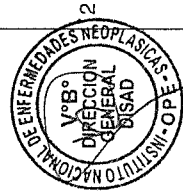
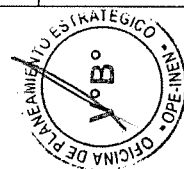
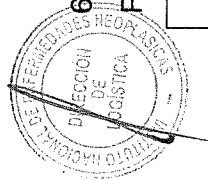
N°	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN				
			AGO	SET	OCT	NOV	DIC
1	Mejorar el sistema de reporte de monitorización de procedimientos clave validados	DIRECTOR EJECUTIVO DE DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, COORDINADOR DEL EQUIPO FUNCIONAL Y ENCARGADO ÁREA DE TRABAJO GESTIÓN DE LA CALIDAD.	X	X	X		
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



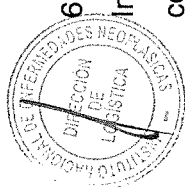
DI PC-AC REG 21

6.2.3 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				
			AGO	SET	OCT	NOV	DIC
1	Mejorar 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				
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



DI PC-AC REG 21

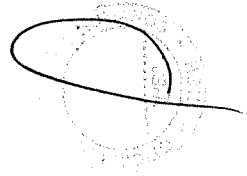
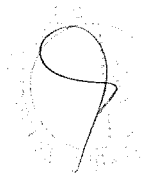


6.2.4 Actividades propuestas para alcanzar meta en Objetivo de Calidad N° 04:

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

6.2.4.1 Reducción de unidades eliminados como frustas.

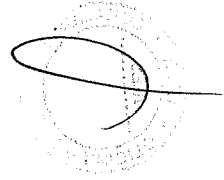
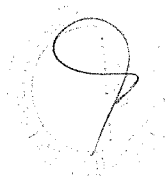
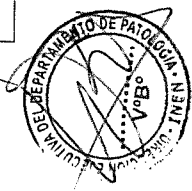
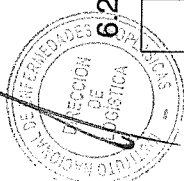
ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN				
		AGO	SET	OCT	NOV	DIC
1 Estandarizar las actividades relacionadas con la calificación del donante	DIRECTOR EJECUTIVO DE DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, COORDINADOR DEL EQUIPO FUNCIONAL Y ENCARGADO DE ÁREA DE TRABAJO BANCO DE SANGRE	X				
2 Estandarizar las 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				
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



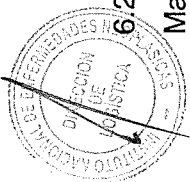
DI PC-AC REG 21

6.2.4.2 Incremento del porcentaje de hemocomponentes trazables en el módulo de monitorización de hemocomponentes.

N°	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN				
			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 Solicitud 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
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

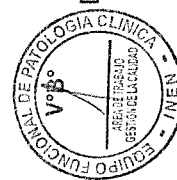
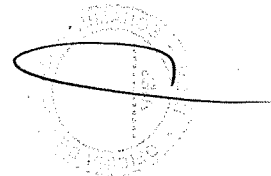
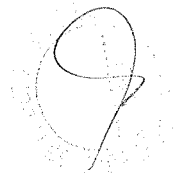
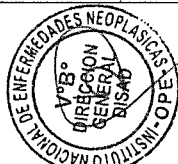


DI PC-AC REG 21



6.2.5 Actividades propuestas para alcanzar meta en Objetivo de Calidad N° 05:
 Mantener el personal capacitado.

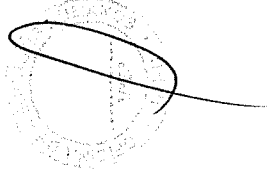
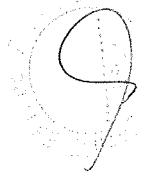
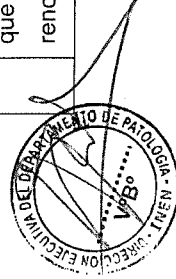
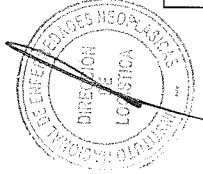
N°	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN					
			AGO	SET	OCT	NOV	DIC	
1	Priorización de capacitaciones.	DIRECTORA EJECUTIVA DE OFICINA DE RECURSOS HUMANOS	X					
2	Promover la participación del personal del equipo funcional en las capacitaciones programadas por la Oficina de Recursos Humanos.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



DI PC-AC REG 21

6.2.6 Actividades propuestas para alcanzar meta en Objetivo de Calidad N° 06:
Reducir el porcentaje de equipos con más de 10 años de uso

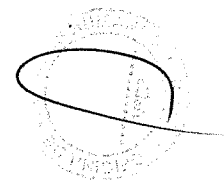
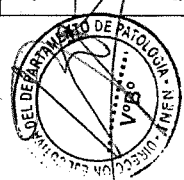
N°	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN				
			AGO	SET	OCT	NOV	DIC
1	Iniciar o concluir con los procesos de baja de equipos con 9 o más años de uso.	DIRECTOR EJECUTIVO DE OFICINA DE INGENIERÍA, MANTENIMIENTO Y SERVICIOS	X	X			
2.	Realizar el proceso de baja de los equipos	DIRECTORA EJECUTIVA DE LA OFICINA DE LOGISTICA ENCARGADO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE CONTROL PATRIMINIAL	X	X	X	X	X
3.	Monitorización de la RM N° 185-2019/MINSA y RM N° 284-2019/MINSA.	OFICINA GENERAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	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



DI PC-AC REG 21

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

N°	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN				
			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	
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

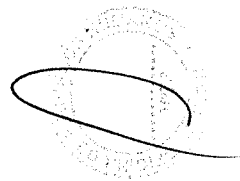
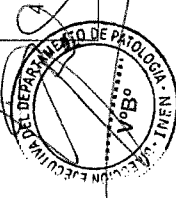
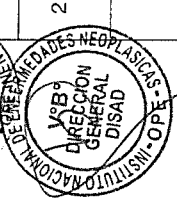
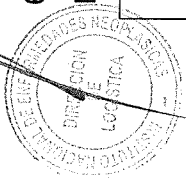


DI PC-AC REG 21

6.2.8 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				
			AGO	SET	OCT	NOV	DIC
1	Solicitar la mejora de software SYSINEN Modulo documentario del Sistema de Gestión de la Calidad	DIRECTOR DE DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, COORDINADOR DEL EQUIPO FUNCIONAL Y ENCARGADO ÁREA DE TRABAJO GESTIÓN DE LA CALIDAD	X				
2	Realizar las mejoras en el software módulo documentario del Sistema de Gestión de la Calidad	DIRECTOR EJECUTIVO DE LA OFICINA DE INFORMÁTICA	X				
3	Capacitación del personal según alcance de certificación	DIRECTOR DE DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, COORDINADOR DEL EQUIPO FUNCIONAL Y ENCARGADO ÁREA DE TRABAJO GESTIÓN DE LA CALIDAD	X				
4	Monitorización mensual del indicador correspondiente	DIRECTOR DE DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, COORDINADOR DEL EQUIPO FUNCIONAL Y ENCARGADO ÁREA DE TRABAJO GESTIÓN DE LA CALIDAD	X	X	X	X	X



DIPC-AC REG 21

VII. FINANCIAMIENTO:

El financiamiento para la implementación del Plan de Gestión de la Calidad, se ejecutará de acuerdo al presupuesto asignado para el año 2019, 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 2019 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.

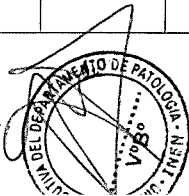
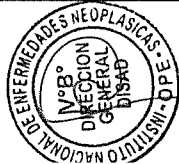
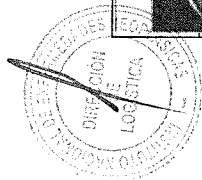
Coordinador Equipo Funcional de Patología Clínica.

Encargados de Área de todas las Áreas de Trabajo.

Personal del Equipo Funcional de Patología Clínica.

IX. ANEXOS:

DI PC-AC REG 21



SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
EQUIPO FUNCIONAL PATOLOGÍA CLÍNICA

OBJETIVOS DE LA CALIDAD DEL EQUIPO FUNCIONAL DE PATOLOGÍA CLÍNICA - 2019

POLITICA 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".

Nº	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 (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)).	I.1	Porcentaje de exámenes con prioridad urgente no informados en el tiempo previsto en el catálogo de análisis	1 AÑO	TRIMESTRAL	OEI.01 AEI.01.02 AO 01.02.05.04.02.06
		I.2	Porcentaje de exámenes con prioridad rutina no informados en el tiempo previsto en el catálogo de análisis	1 AÑO	TRIMESTRAL	
II	Garantizar la confiabilidad de los resultados de análisis de laboratorio clínico emitidos (Incrementar la confiabilidad de análisis de laboratorio clínico. Asegurando la trazabilidad del proceso en todos sus puntos de control y validando sus procedimientos clave).	II.1	Porcentaje de exámenes con trazables en todos los puntos de control del módulo monitorización de muestras	1 AÑO	TRIMESTRAL	100%
		II.2	Porcentaje de procedimientos clave que cumplen con requisito 8.5.1 de la Norma ISO 9001:2015	1 AÑO	ANUAL	
III	Garantizar al donante una atención segura (Reducir el porcentaje de donantes con complicaciones por donación de sangre)	III.1	Porcentaje de donantes con presentan alguna complicaciones por la donación	1 AÑO	TRIMESTRAL	Menor al 1%
IV	Garantizar al paciente la administración de hemocomponentes que cumplen con los criterios de calidad (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)	IV.1	Porcentaje de unidades de donación eliminados como frustro	1 AÑO	TRIMESTRAL	OEI.01 AEI.01.02 AO 01.02.09
		IV.2	Porcentaje de hemocomponentes trazables en todos los puntos de control del módulo de monitorización de hemocomponentes	1 AÑO	TRIMESTRAL	

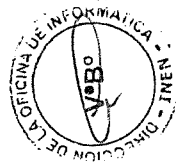
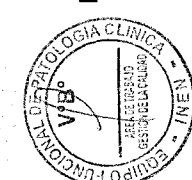
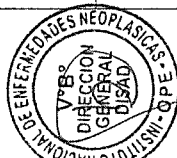
SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EQUIPO FUNCIONAL PATOLOGÍA CLÍNICA		OBJETIVOS DE LA CALIDAD DEL EQUIPO FUNCIONAL DE PATOLOGÍA CLÍNICA - 2019				
Nº	OBJETIVO DE LA CALIDAD	INDICADOR	META	PLAZO DE EJECUCIÓN	FRECUENCIA DE MONITOREO	RECURSOS
V	Mantener al personal capacitado	V.1 Porcentaje del cumplimiento del Plan de Desarrollo del Personal	Mayor de 80%	1 AÑO	ANUAL	OEI:05 AEI:05.02 AO 05.02.01.01
VI	Permanente innovación tecnológica (Reducir el porcentaje de equipos que superen los 10 años de uso)	VI.1 Porcentaje de equipos con más de 10 años de uso	Menor del 20%	1 AÑO	ANUAL	OEI: 05 AEI: 05.01 AO 05.01.08 y AO 05.01.10
VII	Mantener y mejorar el porcentaje de usuarios satisfechos	VII.1 Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención que brinda el Equipo Funcional de Patología Clínica	Mayor de 80%	1 AÑO	ANUAL	OEI:05 AEI:05.01 AO 05.01.11.06
VIII	Mejorar continuamente nuestro Sistema de Gestión de la Calidad	VIII.1 Porcentaje de Registros de Productos No conformes, No Conformidades y Gestión del Riesgo Operativos en estado verificación en el tiempo previsto	Mayor de 80%	1 AÑO	ANUAL	

POLITICA 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".

OEI: OBJETIVO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL

AEI: ACCIÓN ESTRATEGICA INSTITUCIONAL

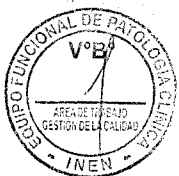
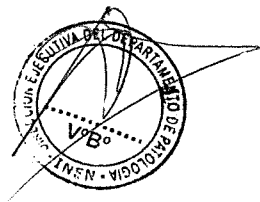
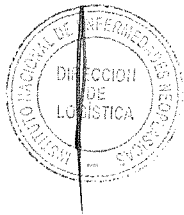
AO: ACCIÓN OPERATIVA



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.



DI PC-AC REG 21

