
INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2014-2018

OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO Y
PRESUPUESTO



OCTUBRE 2014

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

I.	Misión.....	4
II.	Visión.....	4
III.	Valores o Principios	5
IV.	Objetivos Estratégicos.....	7
V.	Mapa Estratégico.....	11
VI.	Ruta Estratégica.....	14



Plan Estratégico del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Dr. "Luis Pinillos Ganoza"

2014-2018

INTRODUCCION

El Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas – IREN NORTE, es un establecimiento de salud, de nivel III –2, correspondiente al 8vo Nivel de Complejidad del tercer nivel de atención; con capacidad resolutoria para satisfacer las necesidades de salud de los pacientes oncológicos.

El Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas - Norte "Dr. Luis Pinillos Ganoza", (IREN-Norte) cuenta con 6 años de existencia, fue creado con Ordenanza Regional N° 021-2007, dependiente administrativamente de la Gerencia Regional de Salud (GERESA) de La libertad, y técnica y normativamente del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

El IREN Norte inició la construcción del Hospital Oncológico de Trujillo el año 2006, el Gobierno Regional La Libertad, supervisó los trabajos indicando que era el anhelo de todos los Libertenses tener terminado este hospital a fines del año 2006. La idea en ese momento era que las personas que padecen de cáncer no tengan que viajar a Lima, sino que aquí en Trujillo sean atendidos y con eso ahorrarán tiempo y dinero.

El documento "PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2014-2018", ha sido formulado por la Oficina de Planeamiento Estratégico y Presupuesto en reuniones de trabajo conjunto con los equipos de las unidades orgánicas del IREN NORTE. El plan ha sido elaborado para un período tomando en cuenta las pautas establecidas en la directiva N° 001-2014- CEPLAN "Directiva General del proceso de Planeamiento Estratégico - Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico" aprobado con Resolución de Presidencia del Consejo Directivo N° 26-2014-CEPLAN/PCD, al cual estará sujeta a los ajustes que pudieran hacerse cuando se implemente la presente directiva, que según lo descrito en la Primera Disposición Final y Transitoria deberá concluir en Marzo del 2015.

El presente documento contiene el Plan Estratégico del IREN 2014 – 2018, el cual contiene la Misión, Visión, Valores o principios que rigen el accionar de nuestra institución, objetivos estratégicos, mapa estratégico y la ruta estratégica conteniendo los planes de acción general y específicos así como los indicadores, cronograma, metas y responsables de su ejecución. Dichos lineamientos configuran el rumbo estratégico de la institución para los próximos años, los cuales permitirán realizar el seguimiento al avance de la implementación del Plan Estratégico.

El "PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2014-2018" del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, es un documento de gestión institucional, que orienta el accionar de la Dirección Ejecutiva, así como de los funcionarios y trabajadores en general, de los cuales se desprenden objetivos estratégicos que en igual tiempo deberán cumplirse para asegurar las condiciones de sostenibilidad y crecimiento de la institución.



I. MISION¹

El Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas tiene como misión combatir el cáncer paciente por paciente en la macroregión nororiente a través de una atención multidisciplinaria, impulsando la docencia e investigación.

“Combatir el cáncer paciente por paciente en la macroregión nororiente a través de una atención multidisciplinaria, impulsando la docencia e investigación”.

II. VISION²

“Institución líder en el manejo subespecializado oncológico de alta complejidad, mediante la implementación de un modelo de gestión clínica, en el marco de un equilibrio financiero y rentabilidad social”

¹ Propuesta elaborada participativamente y validada por el Subcomité de Planeamiento Estratégico del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas

² Igual que el punto uno

III. VALORES O PRINCIPIOS DEL ACCIONAR INSTITUCIONAL

- **Profesionalismo:** Es la capacidad para desarrollar el trabajo encomendado, con el deseo de ampliar conocimientos y el orgullo por la profesión desempeñada.
- **Liderazgo:** Ejercicio de la actividad ejecutiva en forma eficiente y eficaz.
- **Humanismo:** Atendemos con calidez, respeto y amabilidad a los usuarios de nuestros servicios.
- **Excelencia:** Logro de la más alta calidad en lo que hacemos.
- **Confianza:** Seguridad del trabajo exitoso que realiza todo el personal.
- **Solidaridad:** Promoción de intereses y responsabilidades compartidas, facilitando esfuerzos colectivos para alcanzar metas comunes.
- **Trabajo en equipo:** Es la capacidad de relación/interacción, participación en proyectos, y en actividades de mejora.
- **Honestidad:** Expresa el respeto por uno mismo y por los demás
- **Proactividad:** Ser responsable de nuestras acciones de tal manera que nos permita responder consciente, creativa y libremente ante el desarrollo de iniciativas.
- **Responsabilidad Social:** Brindando atención a la población más vulnerable y que demanda nuestros servicios.
- **Calidad:** La calidad está arraigada en nuestro trabajo. Para ello cuidamos que cada servicio que brindemos esté acorde a los requerimientos de nuestros pacientes, de manera que se caractericen por su excelente calidad y nos permita centrarnos en su satisfacción.
- **Práctica ética:** Somos transparentes, honestos y confiables, no solo respecto de nuestro accionar sino también de la información que brindamos. Queremos ser merecedores de la confianza que nuestros pacientes depositan en nosotros.
- **Compromiso:** Es la capacidad de asumir las tareas encomendadas y los objetivos fijados, desde la identificación con la misión y visión de la organización.



IV. OBJETIVOS ESTRATEGICOS

El IREN Norte se ha propuesto alcanzar nueve objetivos estratégicos que sumados a los objetivos específicos suman un total de quince.

1. Prevenir la morbilidad y disminuir la tasa de incidencia por cáncer en la población regional
2. Impulsar la promoción de la salud en la población, intensificando la prevención y la detección temprana con énfasis en los factores de riesgo para cáncer
3. Mejorar la calidad de los servicios, logrando un alto nivel de satisfacción de los usuarios
 - 3.A. Mejorar la calidad de los servicios de detección y diagnóstico
 - 3.B. Mejorar la calidad de los servicios de tratamiento oncológico
 - 3.C. Mejorar la calidad de los servicios de áreas críticas
 - 3.D. Mejorar la calidad de los servicios de apoyo asistencial orientado al usuario
4. Gestionar mayores recursos financieros para combatir el cáncer en la región
5. Impulsar el desarrollo de la normatividad y control de los servicios oncológicos, fortaleciendo la epidemiología y estadística a nivel regional
6. Desarrollar y potenciar la investigación en materia oncológica en el IREN y con proyección macroregional
 - 6A. Lograr la sostenibilidad de la investigación en temas oncológicos a nivel Regional
7. Impulsar la educación y docencia en materia oncológica en el IREN y con proyección en la macroregión
 - 7A. Desarrollar y fortalecer la competencia de los recursos humanos para el control del cáncer a nivel regional
8. Crear una nueva cultura organizacional orientado a lograr el personal competente, motivado y comprometido con la institución.
9. Mejorar la organización y la eficiencia en el desempeño de la gestión de los procesos de asesoría y apoyo institucional

En la Tabla 1 se presenta el conjunto de objetivos y sub-objetivos estratégicos, con sus respectivos indicadores, línea de base, metas y responsables; los cuales permitirán evaluar el logro de los objetivos.



Tabla 1: Objetivos Estratégicos, Indicadores, Metas y Responsables

Objetivo/Sub Objetivos	Indicador	Fuente de verificación	Línea de base	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Meta 2018	Responsable de Ejecución
1. Prevenir la morbilidad y disminuir la tasa de incidencia por cáncer en la población regional	Tasa de incidencia en cáncer de cuello uterino	RHC IREN	16.5%	16.3	15.8	15.3	14.7	14.1	Dpto. de Control del Cáncer, Dpto. de Atención Especializada en Radioterapia y Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, Dpto. de Enfermería
	Tasa de incidencia en cáncer de mama	RHC IREN	13.6%	13.4	12.9	12.4	11.8	11.2	
	Tasa de incidencia en cáncer de piel	RHC IREN	10.0%	9.8	9.6	9.3	9	8.6	
	Tasa bruta de incidencia en cáncer de estomago	RHC IREN	9.3%	9.1	8.9	8.6	8.3	8	
	Tasa bruta de incidencia en cáncer de próstata	RHC IREN	7.8%	7.6	7.4	7.1	6.8	6.4	
	% de mujeres que se realizaron una prueba de Papanicolaou en los últimos 5 años	ENDES	ND	PD	PD	PD	PD	PD	
2. Impulsar la promoción de la salud en la población, intensificando la prevención y la detección temprana con énfasis en los factores de riesgo para cáncer	% de mujeres que se hicieron un examen de mama en los últimos 5 años	ENDES	ND	PD	PD	PD	PD	PD	Dpto. de Control del Cáncer
	% de personas que se hicieron un examen de despistaje de cáncer de piel en los últimos 5 años	Registro de actividades del PEPCC	ND	LB	PD	PD	PD	50%	
	% de personas de 45 a 65 años atendidas en consulta médica de gastroenterología que se han realizado endoscopías digestivas altas	Registro de actividades del PEPCC	ND	LB	PD	PD	PD	50%	
	% de varones de 50 a 70 años atendidos en consulta médica urológica tamizados con examen tacto rectal y dosaje PSA	Registro de actividades del PEPCC	ND	-	LB	PD	PD	45%	

ND = No disponible

LB = Línea de Base

PD = Por definir

ENDES = Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

RHC = Registro Hospitalario de Cáncer

Objetivos Estratégicos, Indicadores, Metas y Responsables

Objetivo/Sub Objetivos	Indicador	Fuente de verificación	Línea de base	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Meta 2018	Responsable de Ejecución
3. Mejorar la calidad de los servicios, logrando un alto nivel de satisfacción de los usuarios	3.A. Mejorar la calidad de los servicios de detección y diagnóstico	Rendimiento Hora- Médico promedio en Detección y diagnóstico	3.77	3.85	3.91	3.95	3.98	4	Servicio de Promoción de la Salud, Prevención y Control del Cáncer
	3.B. Mejorar la calidad de los servicios de tratamiento oncológico	Rendimiento Hora médico promedio de Consulta Externa	2.5	3	3.4	3.7	3.9	4	Dpto. de Atención Médica Especializada, Dpto. de Cirugía Especializada, Dpto. de Atención Especializada en Radioterapia y Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, Dpto. de Enfermería
3. Mejorar la calidad de los servicios, logrando un alto nivel de satisfacción de los usuarios	3.C. Mejorar la calidad de los servicios de áreas críticas	% de mortalidad bruta (total fallecidos/total egresos)	6.55%	5.80%	5%	4.80%	4.30%	4%	Servicio de Medicina Crítica
		% de pacientes en sala de observación de emergencia con estancia mayor o igual a 24 horas	40%	20%	17.50%	15%	12.50%	10%	
3. Mejorar la calidad de los servicios de apoyo asistencial orientado al usuario		% de pacientes que esperan más tiempo de lo establecido como estándar según nivel de prioridad del paciente	ND	LB	20%	10%	5%	0%	
		Densidad de incidencia de neumonías asociadas a ventilación mecánica en UCI(por 1000 días de ventilación mecánica)	22.93	20	20	20	20	20	
3. Mejorar la calidad de los servicios de apoyo asistencial orientado al usuario		% de medicamentos e insumos críticos atendidos sobre el total solicitado en las recetas a Farmacia	ND	LB	70%	80%	80%	80%	Servicio de Farmacia, Servicio de Análisis Clínico y Patológico, Servicio de Radiodiagnóstico, Servicio de Atención al Paciente, Departamento de Enfermería
		% de resultados de patología entregados dentro del tiempo máximo establecido	ND	LB	80%	85%	90%	95%	
3. Mejorar la calidad de los servicios de apoyo asistencial orientado al usuario		% de Resultados de Radiodiagnóstico entregados dentro del tiempo máximo establecido	ND	LB	80%	85%	90%	95%	
		% de pacientes atendidos en Consulta Externa dentro del turno programado(turno= 6 horas)	ND	LB	75%	80%	85%	90%	
		% de ocupación de cama	73.70%	74.70%	76.30%	79.30%	83.80%	90%	

Objetivos Estratégicos, Indicadores, Metas y Responsables

Objetivo/Sub Objetivos	Indicador	Fuente de verificación	Línea de base	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Meta 2018	Responsable de Ejecución
4. Gestionar mayores recursos financieros para combatir el cáncer en la región	% de incremento de recursos ordinarios asignados al IREN para el siguiente período(no considera PEPCO) PIA año 1- PIM año 0	SIAF	LB	LB	10%	10%	10%	10%	Dirección Ejecutiva, Oficina de Planeamiento Estratégico y Presupuesto
	% de incremento en el monto de financiamiento para el Programa de Prevención y Control del Cáncer para el siguiente período	SIAF	1'859,942(monto en soles 2013)	10%	10%	15%	25%	25%	
	% de incremento de recursos directamente recaudados respecto al período anterior(PIM)	SIAF	-	LB	10%	10%	10%	10%	
	% de transferencia SIS sobre el consumo SIS en el período	Oficina de seguros	-	LB	95%	100%	100%	100%	
	% de transferencia FISSAL sobre el consumo FISSAL en el período	Oficina de seguros	-	LB	90%	95%	100%	100%	
	% del presupuesto programático que corresponde a inversión en equipamiento	Área de Inversiones	10%	10%	10	2%	3%	4.50%	
5. Impulsar el desarrollo de la normatividad y control de los servicios oncológicos, fortaleciendo la epidemiología y estadística a nivel regional	Nro. de historias clínicas nuevas en IREN	Servicio de Epidemiología y Estadística	2091	2400	2698	2696	3294	3592	Dirección Ejecutiva, Dpto. de Control del Cáncer
	Nro. de Unidades Oncológicas implementadas a nivel regional	Servicio de Normatividad, Servicio de Calidad	ND	LB	2	3	3	4	
	Nro. de regiones con registro hospitalario de cáncer implementado	Servicio de Epidemiología y Estadística	ND	-	1	2	2	2	
	Registro Regional de cáncer con base poblacional implementado(hito)	Servicio de Epidemiología y Estadística	ND				X		

ND = No disponible

LB = Línea de Base

PD = Por definir

ENDES = Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

RHC = Registro Hospitalario de Cáncer

Objetivos Estratégicos, Indicadores, Metas y Responsables

Objetivo/Sub Objetivos		Indicador	Fuente de verificación	Línea de base	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Meta 2018	Responsable de Ejecución
6. Desarrollar y potenciar la investigación en materia oncológica en el IREN	6A. Lograr la sostenibilidad de la investigación en temas oncológicos a nivel Regional	Nro. de trabajos de investigación en Oncología, publicados en revistas indexadas	Servicio de Investigación	ND	LB	PD	PD	PD	PD	Servicio de Investigación, Servicio de Educación
	7A. Desarrollar y fortalecer la competencia de los recursos humanos para el control del cáncer a nivel regional	Nro. de profesionales de la salud egresados de la residencia del IREN	Servicio de Educación	10	10	10	10	10	10	
8. Crear una nueva cultura organizacional orientado a lograr el personal competente, motivado y comprometido con la institución.		% de incremento del Índice de clima laboral	Estudio de clima laboral-Unidad de Calidad	-	LB	60%	65%	70%	75%	Dirección Ejecutiva, Unidad de Calidad Of. de Planeamiento Estratégico y Presupuesto
		% de disminución de brechas de competencias para puestos clave (nivel real-nivel ideal)	Oficina de Recursos Humanos	ND	-	LB	30%	30%	40%	
9. Mejorar la organización y la eficiencia en el desempeño de la gestión de los procesos de asesoría y apoyo institucional		% de operatividad de equipos críticos	Servicio de Mantenimiento	ND	LB	90%	95%	98%	100%	Oficina de Administración, Oficina de Planeamiento Estratégico y presupuesto
		% de pedidos atendidos dentro del plazo establecido según tipo y modalidad de procesos de selección	Unidad. de Logística	ND	LB	75%	80%	85%	90%	
		% de avance en la implementación de un Sistema de Información Integral para los procesos asistenciales, administrativos, asesoría y apoyo	Unidad. de Informática	-		33%	67%	100%		

ND = No disponible

LB = Línea de Base

PD = Por definir

ENDES = Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

RHC = Registro Hospitalario de Cáncer



V. MAPA ESTRATEGICO

En el mapa estratégico del IREN Norte se puede resumir la estrategia que seguirá la institución en los próximos cinco años para alcanzar su visión de conseguir una "Institución líder en el manejo subespecializado oncológico de alta complejidad, mediante la implementación de un modelo de gestión clínica, en el marco de un equilibrio financiero y rentabilidad social". En el marco de su misión que se ha resumido como "Combatir el cáncer paciente por paciente en la macroregión nororiental a través de una atención multidisciplinaria, impulsando la docencia e investigación".

El mapa presenta los cuatro ejes o pilares estratégicos que la institución desplegará en los próximos cinco años para disminuir la tasa de incidencia de cáncer en la población de la macroregión nororiental, ello articulado con los objetivos nacionales y regionales.

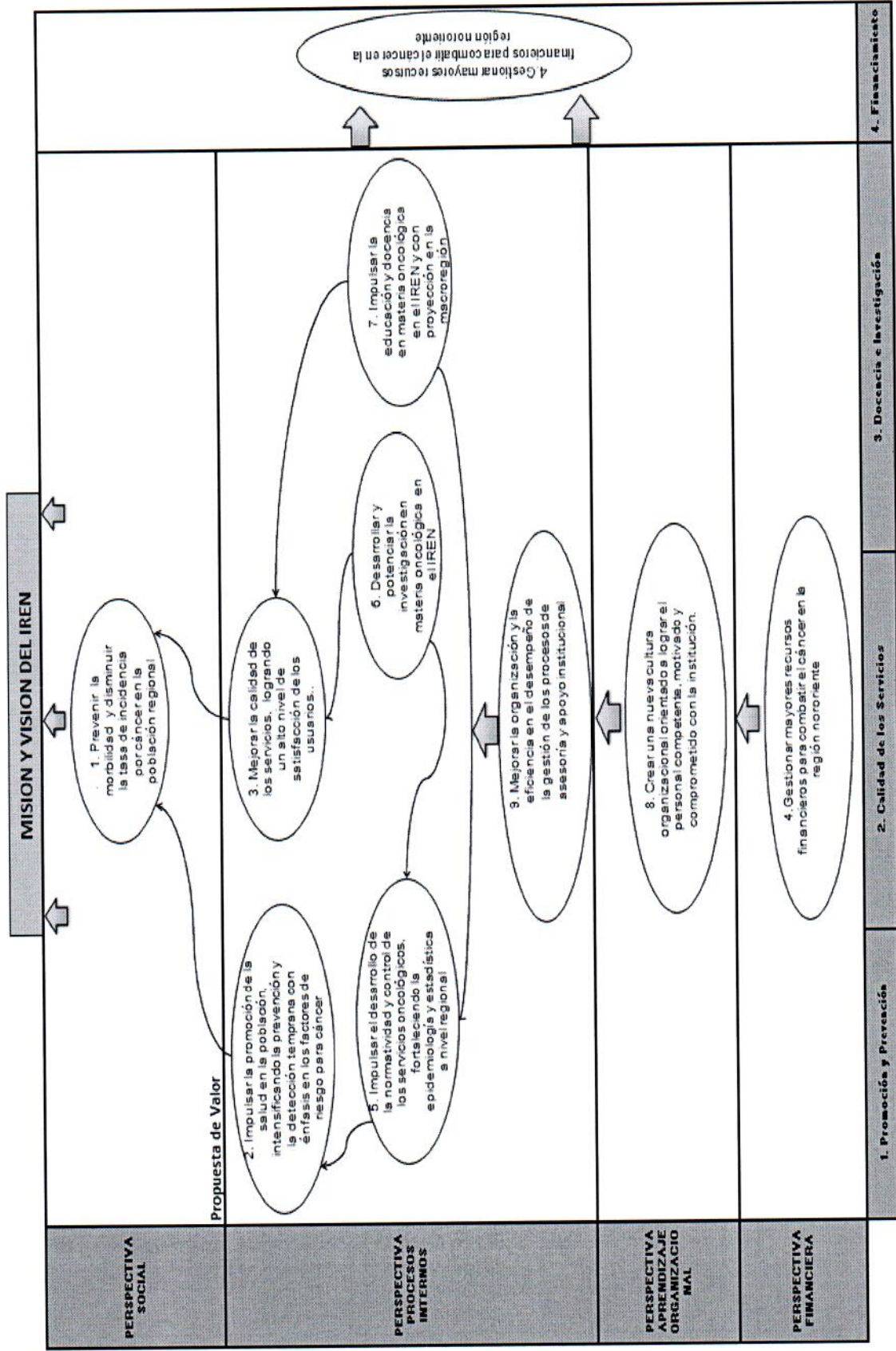
Plan Bicentenario Perú Hacia el 2021
Objetivo Nacional: Igualdad de oportunidades y acceso universal a los servicios básicos
Objetivo Específico: Acceso Universal a los servicios integrales de salud con calidad
Plan Nacional de Desarrollo Concertado
Objetivo Estratégico: Mejorar el bienestar de la población liberteña, promoviendo servicios de educación y salud de calidad integral e inclusiva, fortaleciendo el desarrollo de capacidades sociales
Objetivo Específico: Promover la prestación de los servicios de salud de calidad y con calidez
Plan Estratégico Gerencia Regional de Salud
Objetivo Específico: Disminuir la incidencia, morbilidad y mortalidad del cáncer e incrementar la detección temprana en la población.

El IIREN Norte se enfocará en las siguientes líneas:

- Trabajar en la **promoción de la salud y la prevención**, para reducir el impacto del cáncer en la Macroregión Nororiental.
- Entregar servicios asistenciales de **calidad** a la población, mejorando la atención integral del cáncer y el acceso a los servicios oncológicos en forma progresiva de acuerdo al desarrollo tecnológico y la disponibilidad de recursos.
- Desarrollar recursos humanos para la el control del cáncer incentivando **la docencia** y promoviendo la sostenibilidad de la **investigación** para contribuir a crear conocimiento que permita disminuir la morbilidad por cáncer.
- Optimizar la **Gestión del financiamiento** que permita cumplir los roles que el Estado y la sociedad han confiado en el IREN.



Figura 1: Mapa Estratégico del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas IREN Norte



VI. RUTA ESTRATEGICA

Los siguientes cuadros contienen la ruta estratégica del IREN Norte es decir los planes de acción que se requieren implementar en la institución para alcanzar sus objetivos.

El Objetivo uno es el resultado final que se logra al implementar todas las acciones para alcanzar los otros ocho objetivos, por esa razón no se desarrolla en forma separada (ver el mapa estratégico).

Cuando un plan de acción se repite para más de un objetivo, se ha optado por conservar la numeración que se le asignó la primera vez que el plan fue mencionado. De esta manera no se duplican los planes de acción.

Asimismo, en algunos casos, los indicadores sugeridos para medir el avance del cumplimiento de los planes de acción muestran que la línea de base se encuentra pendiente de medición, por lo tanto, no ha sido posible determinar metas anuales o éstas se han formulado como propuestas, debiendo ser validadas cuando se cuente con la información. En el caso de usar como indicador un hito, la forma de expresar el momento en que deberá ser alcanzado es marcar con una "X" el año en el que se espera se cumpla.

Tabla 2: Planes de Acción Generales y Específicos, Indicadores, Cronograma, Metas y Responsables

Objetivo No. 2: Impulsar la promoción de la salud en la población, intensificando la prevención y la detección temprana con énfasis en los factores de riesgo para cáncer												
Planes de Acción Generales y Específicos				Indicador/ Hito	Línea de Base	Cronograma y Metas				Responsables		
			2014			2015	2016	2017	2018	Ejecución	Control	
2.1 Promover prácticas saludables a través de las redes de establecimientos de salud en el marco del Programa Estratégico de Prevención y Control del Cáncer(PEPCC)	2.1.1 Brindar capacitación al personal de salud de las GERESA, redes y microredes de salud en el marco del PEPCC			Nro. de personas capacitadas	ND	40	50	100	150	200	Servicio de Promoción de la Salud, Dpto. de Prevención y Control del Cáncer	DEPARTAMENTO DE CONTROL DEL CANCER
	2.1.2 Difundir y socializar los documentos técnicos normativos aprobados que corresponden a los productos identificados en el PEPCC a las GERESA, redes y microredes de salud.			% de establecimientos de salud con norma técnica difundida y socializada	ND	10%	25%	40%	60%	100%	Servicio de Normatividad, Unidad de Calidad	DEPARTAMENTO DE CONTROL DEL CANCER
	2.1.3 Monitorear, supervisar y evaluar el avance del programa preventivo en coordinación con la GERESA, en el marco del PEPCC y Plan Esperanza.			% de establecimientos monitoreados y supervisados	ND	10	12	16	20	26	Servicio de Promoción de la Salud, Prevención y Control del Cáncer	DEPARTAMENTO DE CONTROL DEL CANCER
				Informes técnicos de evaluación	ND	2	2	2	2	2	Servicio de Promoción de la Salud, Prevención y Control del Cáncer	DEPARTAMENTO DE CONTROL DEL CANCER
	2.1.4 Lograr en el ENDES la inclusión de indicadores relacionados a estilos de vida saludable para la prevención del cáncer, mediante convenio con el INEI			Convenio IREN-INEI firmado	-			X			Servicio de Epidemiología y Estadística	DEPARTAMENTO DE CONTROL DEL CANCER
2.2. Implementar estrategias de comunicación sobre conductas preventivas a nivel intramural y extramural	2.2.1 Fortalecer la imagen del IREN en los medios de comunicación masiva			Nro. De entrevistas en medios de comunicación masiva (Radio , Tv, Prensa escrita	25	28	35	35	40	45	Oficina de Imagen Institucional y Servicio de Promoción de la salud, Prevención y Control del Cáncer	DEPARTAMENTO DE CONTROL DEL CANCER
				Notas de prensa emitidas anualmente	100	120	125	130	135	140		DEPARTAMENTO DE CONTROL DEL CANCER
	2.2.1 Desarrollar ciclos de charlas preventivas al público interno y externo al IREN			Nro. total anual de asistentes a las charlas preventivas intramurales (15 charlas al año, 100 personas por charla)	ND	1500	1500	1500	1500	1500	Servicio de Promoción de la Salud, Prevención y Control del Cáncer	DEPARTAMENTO DE CONTROL DEL CANCER
	2.2.3 Incrementar el Nro. de charlas preventivas extramurales en instituciones públicas y privadas			Nro. De charlas preventivas extramurales	ND	12	24	24	24	24	Servicio de Promoción de la Salud, Prevención y Control del Cáncer	DEPARTAMENTO DE CONTROL DEL CANCER
	2.2.4 Potenciar el uso de las herramientas web (Redes Sociales) para transmitir información preventivas al público objetivo			Herramientas web implementadas	x						Oficina de Imagen Institucional	DEPARTAMENTO DE CONTROL DEL CANCER
			Nro. de personas que utilizan las Redes sociales	1200	1800	2800	3800	4800	6000		Servicio de Promoción de la Salud, Prevención y Control del Cáncer	DEPARTAMENTO DE CONTROL DEL CANCER

Planes de Acción Generales y Específicos, Indicadores, Cronograma, Metas y Responsables

Objetivo No. 3: Mejorar la calidad de los servicios, logrando un alto nivel de satisfacción de los usuarios										
Sub Objetivo 3A: Mejorar la calidad de los servicios de Detección y Diagnóstico										
Planes de Acción Generales y Específicos		Indicador/ Hito	Línea de Base	Cronograma y Metas					Responsables	
				2014	2015	2016	2017	2018	Ejecución	Control
3A.1 Fortalecer el Centro de Prevención Detección y Diagnóstico Oncológico	3A.1.1 Implementar y equipar un área física para la implementación del Centro de prevención de Detección y Diagnóstico Oncológico	Centro de Prevención, Detección y Diagnóstico implementado y funcionando (hito)	-	x					Servicio de Promoción de la Salud, Prevención y Control del Cáncer	DEPARTAMENTO DE CONTROL DEL CANCER
	3A.1.2 Formalizar la organización funcional del Centro de Prevención, Detección y Diagnóstico	Resolución de área funcional			x				Departamento de Control del Cáncer Área de Organización y Racionalización	DEPARTAMENTO DE CONTROL DEL CANCER OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO Y PRESUPUESTO
	3A.1.3 Analizar las necesidades de personal médico y asistencial para los servicios de detección y diagnóstico de acuerdo al perfil requerido y las demandas proyectadas	Informe de necesidades de recursos humanos	-	x					Servicio de Promoción de la Salud, Prevención y Control del Cáncer	DEPARTAMENTO DE CONTROL DEL CANCER
	3A.1.4 Desarrollar e implementar protocolos de atención para pacientes sanos, sintomáticos, sin diagnóstico de cáncer y derivados por lesiones premalignas	Protocolos de atención implementados(hito)	-		x				Servicio de Promoción de la Salud, Prevención y Control del Cáncer	DEPARTAMENTO DE CONTROL DEL CANCER
	3A.1.5 Realizar procesos de autoevaluación de mejora continua de los estándares de calidad de atención en detección y diagnóstico	% de procesos de atención y diagnóstico mejorados	ND		25%	50%	75%	100%	Servicio de Promoción de la Salud, Prevención y Control del Cáncer	DEPARTAMENTO DE CONTROL DEL CANCER
	Elaborar y difundir las normas técnicas oncológicas a nivel regional (IE 5.2.1)									

Planes de Acción Generales y Específicos, Indicadores, Cronograma, Metas y Responsables

Objetivo No. 3: Mejorar la calidad de los servicios, logrando un alto nivel de satisfacción de los usuarios									
Sub Objetivo 3B: Mejorar la calidad de los servicios de Tratamiento Oncológico									
Planes de Acción Generales y Específicos		Indicador/ Hito	Línea de Base	Cronograma y Metas				Ejecución	Responsables
				2014	2015	2016	2017	2018	Control
3B.1 Mejorar la calidad de los servicios de tratamiento médico	3B.1.1 Optimizar la programación de los recursos humanos para la atención en consulta externa, tratamiento ambulatorio y hospitalización de los pacientes de tratamiento médico	Nro. de consultas atendidas/(Nro. de consultas programadas - Nro. consultas desertadas)	ND	LB	90%	93%	94%	95%	Departamentos de Atención Médica Especializada Departamento de Enfermería DPTO DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA
	3B.1.2 Realizar autoevaluación e identificar las necesidades de infraestructura física y equipos para la atención de los servicios de tratamiento médico de acuerdo a los estándares normados para su nivel y a la demanda proyectada	Informe de requerimientos de infraestructura y equipamiento elaborado y entregado (% de avance)	ND	50%	50%				Departamentos de Atención Médica Especializada Área de Mantenimiento Departamento de Enfermería DPTO DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA
	3B.1.3 Analizar las necesidades de personal médico y asistencial para los servicios de tratamiento médico de acuerdo al perfil requerido y la demanda proyectada	Informe de necesidades de Recursos Humanos elaborado y entregado	-	X					Departamentos de Atención Médica Especializada Departamento de Enfermería DPTO DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA
	3B. 1.5 Realizar procesos de autoevaluación y de mejora continua de los estándares de calidad	% de procesos de tratamiento médico mejorado	ND	-	25%	50%	75%	100%	Departamentos de Atención Médica Especializada Departamento de Enfermería Unidad de Calidad DPTO DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA
	Elaborar y difundir las normas técnicas oncológicas a nivel regional (IE 5.2.1)								

Planes de Acción Generales y Específicos, Indicadores, Cronograma, Metas y Responsables

Objetivo No. 3: Mejorar la calidad de los servicios, logrando un alto nivel de satisfacción de los usuarios										
Sub Objetivo 3B: Mejorar la calidad de los servicios de Tratamiento Oncológico										
Planes de Acción Generales y Específicos		Indicador/ Hito	Línea de Base	Cronograma y Metas					Responsables	
				2014	2015	2016	2017	2018	Ejecución	Control
3B.2 Mejorar la calidad de los servicios de tratamiento quirúrgico	3B.2.1 Optimizar la programación de los recursos humanos para la atención en consulta externa, tratamiento ambulatorio, cirugía y hospitalización de los pacientes de tratamiento quirúrgico	Nro. de consultas atendidas/(nro. de consultas programadas-nro. consultas desertadas)	ND	LB	90%	93%	94%	95%	Departamentos de Cirugía Especializada Departamento de Enfermería	DPTO DE CIRUGIA ESPECIALIZADA
		Nro. de intervenciones quirúrgicas realizadas sobre el total de intervenciones programadas	96.00%	95%	100%	100%	100%	100%		
	3B.2.2 Realizar la autoevaluación e identificar las necesidades de infraestructura física y equipos para la atención de los servicios de tratamiento quirúrgico de acuerdo a los estándares de acreditación normados para su nivel y a la demanda proyectada	Informe de requerimientos de infraestructura y equipamiento elaborado y entregado (% de avance)	ND	50%	50%				Departamentos de Cirugía Especializada Área de Mantenimiento Departamento de Enfermería	DPTO DE CIRUGIA ESPECIALIZADA
	3B.2.3 Analizar las necesidades de personal médico y asistencial para los servicios de tratamiento quirúrgico de acuerdo al perfil requerido y las demanda proyectada	Informe de necesidades de Recursos Humanos elaborado y entregado	-	X					Departamentos de Cirugía Especializada Departamento de Enfermería	DPTO DE CIRUGIA ESPECIALIZADA
	3B.2.5 Realizar procesos de autoevaluación y de mejora continua de los estándares de calidad de atención de los servicios de tratamiento quirúrgico	% de procesos de tratamiento quirúrgico mejorados	ND		25%	50%	75%	100%	Departamentos de Cirugía Especializada Departamento de Enfermería Unidad de Calidad	DPTO DE CIRUGIA ESPECIALIZADA

Planes de Acción Generales y Específicos, Indicadores, Cronograma, Metas y Responsables

Objetivo No. 3: Mejorar la calidad de los servicios, logrando un alto nivel de satisfacción de los usuarios									
Sub Objetivo 3C: Mejorar la calidad de los servicios de Áreas críticas									
Planes de Acción Generales y Específicos		Indicador/ Hito	Línea de Base	Cronograma y Metas				Responsables	
				2014	2015	2016	2017	2018	Control
3C.1 Mejorar la eficiencia y eficacia de los servicios de Emergencia y Terapia del dolor, UCI, y URPA	3C.1.1 Capacitar al personal que labora en los servicios de áreas críticas en el cumplimiento de las normas y procedimientos de atención, socializar guías, protocolos.	% de cumplimiento de las guías de práctica clínica para enfermedades prevalentes	ND	LB	80%	82%	84%	86%	Servicio de Medicina Crítica Dpto. enfermería DPTO ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA
	3C.1.2 Analizar las necesidades de personal médico y asistencial de acuerdo al perfil requerido para los servicios de áreas críticas	Informe de necesidades de personal elaborado y presentado	-	X					Servicio de Medicina Crítica Dpto. enfermería DPTO ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA
	3C.1.3 Establecer las políticas de rotación interna del personal de los servicios de áreas críticas en coordinación con el Departamento de Enfermería	Política establecida	-	X					Servicio de Medicina Crítica Dpto. enfermería DPTO ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA
	3C.1.4 Realizar autoevaluación y proponer necesidades de equipos para la atención de los servicios de áreas críticas	Informe de necesidades de equipamiento elaborado y presentado	-		X				Servicio de Medicina Crítica Dpto. enfermería DPTO ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA
	3C.1.5 Realizar procesos de autoevaluación y de mejora continua para alcanzar los estándares de calidad de atención de los servicios de áreas críticas	% de procesos de los servicios de áreas críticas mejoradas	ND		25%	50%	75%	100%	Servicio de Medicina Crítica Dpto. enfermería Unidad de Calidad DPTO ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA
	3C.1.6 Implementar encuestas mensuales de satisfacción de los usuarios (pacientes y familiares) de los servicios de áreas críticas	Nro. de encuestas realizadas	ND		15%	15%	15%	15%	Servicio de Medicina Crítica Dpto. enfermería Unidad de Calidad DPTO ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA
Elaborar y difundir las normas técnicas oncológicas (en servicios de áreas críticas) a nivel regional (ver IE 5.2.1)									
Implementar un programa de manejo de estrés dirigido al personal asistencial (ver IE 8.4.4)									

Planes de Acción Generales y Específicos, Indicadores, Cronograma, Metas y Responsables

Objetivo No. 3: Mejorar la calidad de los servicios, logrando un alto nivel de satisfacción de los usuarios											
Sub Objetivo 3D: Mejorar la calidad de la gestión de los servicios de apoyo asistencial orientado al usuario											
Planes de Acción Generales y Específicos			Indicador/ Hito	Línea de Base	Cronograma y Metas					Responsables	
					2014	2015	2016	2017	2018	Ejecución	Control
3D.1 Mejorar la calidad de gestión de los servicios de farmacia	3D.1.1 Implementar la estructura organizacional del servicio de Farmacia acorde a la norma técnica de salud vigente	Estructura organizacional y procesos de farmacia implementada	LB	X					Servicio de Farmacia	DPTO DE ATENCION ESPECIALIZADA EN RADIOTERAPIA Y SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	
		UF de farmacia clinica implementada	LB		X				Servicio de Farmacia	DPTO DE ATENCION ESPECIALIZADA EN RADIOTERAPIA Y SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	
		Tiempo máximo de espera para la atención en farmacia entre las 10 am y 3 pm (minutos, hrs)	-	LB	PD				Servicio de Farmacia Unidad de Calidad	DPTO DE ATENCION ESPECIALIZADA EN RADIOTERAPIA Y SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	
		Informe de requerimiento de infraestructura y equipamiento elaborado y entregado	-	X					Servicio de Farmacia Área de Mantenimiento	DPTO DE ATENCION ESPECIALIZADA EN RADIOTERAPIA Y SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	
		% de productos farmacéuticos desabastecidos en el periodo	LB	8%	5%	3%	2%	2%	Servicio de Farmacia Dpto. de Enfermería	DPTO DE ATENCION ESPECIALIZADA EN RADIOTERAPIA Y SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	
3D.1.2 Realizar el diagnóstico de infraestructura física y equipos para la atención de los usuarios de farmacia de acuerdo a los estándares de acreditación normados para su nivel y a la demanda de servicio											
3D.1.3 Optimizar la estimación y suministro de productos farmacéuticos y dispositivos médicos requeridos para brindar una atención oportuna al paciente											

Planes de Acción Generales y Específicos, Indicadores, Cronograma, Metas y Responsables

Objetivo No. 3: Mejorar la calidad de los servicios, logrando un alto nivel de satisfacción de los usuarios									
Sub Objetivo 3D: Mejorar la calidad de la gestión de los servicios de apoyo asistencial orientado al usuario									
Planes de Acción Generales y Específicos		Indicador/ Hito	Línea de Base	Cronograma y Metas				Responsables	
				2014	2015	2016	2017	2018	Control
3D.1 Mejorar la calidad de gestión de los servicios de farmacia	3D.1.4 Identificar las necesidades de personal de acuerdo al perfil requerido para atender la demanda de los servicios de Farmacia con enfoque de resultados	Brecha de recursos humanos identificada	-	X	X				DPTO DE ATENCION ESPECIALIZADA EN RADIOTERAPIA Y SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
	3D.1.5 Realizar procesos de autoevaluación y de mejora continua para alcanzar los estándares de calidad de atención en Farmacia, incluyendo sistemas de bioseguridad	% de procesos de Farmacia mejorados	ND		25%	50%	75%	100%	DPTO DE ATENCION ESPECIALIZADA EN RADIOTERAPIA Y SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
	Desarrollar e implementar un sistema informático, en base a los requerimientos de los clientes internos y a la priorización realizada(Ver IE 9.4.4)								
3D.2 Mejorar la gestión de los servicios de Radiodiagnóstico	3D.2.1 Realizar autoevaluación e identificar las necesidades de infraestructura física y equipos para la atención de los servicios de Radiodiagnóstico	Informe de requerimiento de infraestructura y equipamiento elaborado y entregado(% de avance)	ND	100%					DPTO DE ATENCION ESPECIALIZADA EN RADIOTERAPIA Y SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
	3D.2.2 Elaborar procedimiento para la programación de pacientes de consulta adicional que requieren resultados urgentes de Radiodiagnóstico	% de resultados requeridos por consulta adicional	-	20%	18%	15%	13%	10%	Servicio De Atención al Paciente Servicio De Radiodiagnóstico

Planes de Acción Generales y Específicos, Indicadores, Cronograma, Metas y Responsables

Objetivo No. 3: Mejorar la calidad de los servicios, logrando un alto nivel de satisfacción de los usuarios									
Sub Objetivo 3D: Mejorar la calidad de la gestión de los servicios de apoyo asistencial orientado al usuario									
Planes de Acción Generales y Específicos		Indicador/ Hito	Línea de Base	Cronograma y Metas					Responsables
				2014	2015	2016	2017	2018	
3D.2 Mejorar la gestión de los servicios de Radiodiagnóstico	3D.2.3 Realizar seguimiento al requerimiento de personal médico para atender la demanda de los servicios de Radiodiagnóstico con enfoque de resultados	Seguimiento de requerimiento de personal realizado	-	X	X	X	X	X	Servicio De Radiodiagnóstico Unidad de Calidad
	3D.2.4 Realizar procesos de autoevaluación y de mejora continua para alcanzar los estándares de calidad de atención en Radiodiagnóstico	% de procedimientos de procesos de Radiodiagnóstico mejorados	ND		25%	50%	75%	100%	Servicio De Radiodiagnóstico Unidad de Calidad
	Desarrollar e implementar un sistema informático en base a los requerimientos de los clientes internos y a la priorización realizada(Ver IE.9.4.4)								
3D.3 Mejorar la calidad de la atención de los servicios de análisis clínico y patológico	3D.3.1 Realizar autoevaluación e identificar las necesidades de infraestructura física y equipos para la atención de los servicios de Patología de acuerdo a los estándares de acreditación normados para su nivel y a la demanda del servicio	Informe de requerimiento de infraestructura y equipamiento elaborado y entregado	-	X					Servicio De Análisis Clínico Y Patológico Área de Mantenimiento
	3D.3.2 Optimizar los procedimientos para la programación de pacientes de consulta adicional que requieren resultados urgentes de Patología	% de resultados requeridos por consulta adicional	ND	20%	18%	15%	13%	10%	Servicio de Atención al Paciente Servicio de Análisis Clínico Y Patológico
									DPTO DE ATENCION ESPECIALIZADA EN RADIOTERAPIA Y SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
									DPTO DE ATENCION ESPECIALIZADA EN RADIOTERAPIA Y SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
									DPTO DE ATENCION ESPECIALIZADA EN RADIOTERAPIA Y SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO



Planes de Acción Generales y Específicos, Indicadores, Cronograma, Metas y Responsables

Objetivo No. 3: Mejorar la calidad de los servicios, logrando un alto nivel de satisfacción de los usuarios									
Sub Objetivo 3D: Mejorar la calidad de la gestión de los servicios de apoyo asistencial orientado al usuario									
Planes de Acción Generales y Específicos		Indicador/ Hito	Línea de Base	Cronograma y Metas					Responsables
				2014	2015	2016	2017	2018	
		Desarrollar e implementar un sistema informático, en base a los requerimientos de los clientes internos y a la priorización realizada (Ver IE 9.4.4)							
3D.5 Mejorar la gestión de los procesos relacionados a Hospitalización		3D.5.1 Realizar autoevaluación e identificar las necesidades de infraestructura física y equipos para la atención de los servicios de Hospitalización de acuerdo a los estándares de acreditación normados para su nivel y a la demanda del servicio	ND	50%	50%				Servicio de Atención al Paciente Área de Mantenimiento
		3D.5.2 Realizar procesos de autoevaluación y de mejora continua para alcanzar los estándares de calidad de atención en los servicios de apoyo a la Hospitalización: Nutrición, Servicio Social	ND		25%	50%	75%	100%	Servicio de Atención al Paciente Unidad de Calidad
		Implementar los procedimientos prestacionales de atención de los pacientes del SIS según la norma (Ver IE 4.2.2)							
3D.6 Mejorar la gestión de los procesos de comunicación bidireccional entre la institución y los pacientes y usuarios en general		3D.6.1 Establecer un Plan de información a los pacientes sobre sus derechos y deberes	-		X				Servicio de Promoción de la Salud, Prevención y Control Del Cáncer
									DPTO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN RADIOTERAPIA Y SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
									DPTO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN RADIOTERAPIA Y SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
									UNIDAD DE CALIDAD

Planes de Acción Generales y Específicos, Indicadores, Cronograma, Metas y Responsables

Objetivo No. 3: Mejorar la calidad de los servicios, logrando un alto nivel de satisfacción de los usuarios										
Sub Objetivo 3D: Mejorar la calidad de la gestión de los servicios de apoyo asistencial orientado al usuario										
Planes de Acción Generales y Específicos			Indicador/ Hito	Línea de Base	Cronograma y Metas				Responsables	
					2014	2015	2016	2017	2018	Ejecución
3D.6 Mejorar la gestión de los procesos de comunicación bidireccional entre la institución y los pacientes y usuarios en general	3D.6.2 Implementar instrumentos comunicacionales de apoyo (videos, folletos, tripticos, banners, cartillas, etc.) para facilitar la información al paciente sobre su diagnóstico y tratamiento.	Instrumentos comunicacionales implementados	-		X				Servicio de Promoción de la Salud, Prevención y Control Del Cáncer Oficina de Imagen Institucional	DPTO DE CONTROL DEL CANCER
	% de pacientes informados sobre su tratamiento (encuesta)	ND	LB	50%	70%	80%	90%			
	3D.6.3 Capacitar al personal de informes, mesa de partes, y voluntarias para mejorar el proceso de información y orientación al paciente y acompañantes sobre los procedimientos de atención en el hospital	% de pacientes y acompañantes que conocen los procedimientos de atención (encuesta)	ND	LB	50%	70%	80%	90%	Servicio de Promoción de la Salud, Prevención y Control Del Cáncer	
	3D.6.4 Implementar un programa de fortalecimiento de la cultura de servicio al usuario que abarque a todo el personal del IREN	% de personal que ha participado del programa	ND		25%	50%	100%		Oficina de Recursos Humanos	OFICINA DE ADMINISTRACION
	3D.6.5 Diseñar e implementar encuestas de satisfacción del usuario (pacientes y familiares) respecto a los diversos servicios asistenciales y administrativos del IREN)	% de avance en la implementación de encuestas de satisfacción al usuario			50%	100%			Unidad de Calidad	DIRECCION EJECUTIVA

Planes de Acción Generales y Específicos, Indicadores, Cronograma, Metas y Responsables

Objetivo No. 4: Gestionar mayores recursos financieros para combatir el cáncer en la región.

Planes de Acción Generales y Específicos		Indicador/ Hito	Línea de Base	Cronograma y Metas					Responsables	
				2014	2015	2016	2017	2018	Ejecución	Control
4.1 Mejorar la gestión de Inversiones en el IREN	4.1.1 Evaluar las necesidades de equipamiento , infraestructura e informática para los próximos años por parte de las áreas usuarias	Informe de evaluación de necesidades completado (% de avance)	ND		100%				Área de Inversiones Área de Mantenimiento Unidad De Informática	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO Y PRESUPUESTO
	4.1.2 Establecer las estrategias de intervención y priorización de las necesidades de inversión en equipamiento médico, informático e infraestructura para los próximos años	Priorización de la cartera de proyectos de inversión(% de avance)	ND	50%	100%				Oficina de Planeamiento Estratégico y Presupuesto	DIRECCION EJECUTIVA
	4.1.3 Elaborar el Plan Maestro de Inversiones (PMI) asignando los recursos disponibles en gastos de inversión sostenibles y costo efectivos	PMI elaborado(% de avance)	ND	50%	100%				Área de Inversiones	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO Y PRESUPUESTO
	4.1.4 Formular perfiles de proyectos integrales que no estén considerados en el proyecto de Nuevo Hospital según la priorización de necesidades de la institución y el presupuesto disponible	% de avance en la formulación de perfiles según priorización	ND		20%	40%	70%	100%	Área De Planificación Área de Inversiones	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO Y PRESUPUESTO
	4.1.5 Establecer los mecanismos que permitan asegurar el cumplimiento del Proyecto de factibilidad del Nuevo Hospital	% avance en la implementación de mecanismos			25%	50%	100%		Área De Planificación Área de Inversiones	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO Y PRESUPUESTO
	4.1.6 Mejorar la infraestructura física y asegurar el equipamiento acorde con las necesidades y avance tecnológicos	Nro. de expedientes de adecuación ejecutados	ND	3	4	4			Área de Inversiones	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO Y PRESUPUESTO
		Nro. de expedientes de adecuación equipados	ND	3	4	4			Área de Inversiones	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO Y PRESUPUESTO
	4.1.7 Fortalecer el área de inversiones a través de la Cooperación Externa	Plan de fortalecimiento del área de Inversiones	ND		X				Oficina de Planeamiento Estratégico y Presupuesto	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO Y PRESUPUESTO

Planes de Acción Generales y Específicos, Indicadores, Cronograma, Metas y Responsables

Objetivo No. 4: Gestionar mayores recursos financieros para combatir el cáncer en la región.											
Planes de Acción Generales y Específicos			Indicador/ Hito	Línea de Base	Cronograma y Metas					Responsables	
					2014	2015	2016	2017	2018	Ejecución	Control
4.1 Mejorar la gestión de Inversiones en el IREN	4.1.8 Formular perfiles de proyectos y presentarlos a los organismos competentes	Nro. Proyectos presentados	ND		1	2	2	2	Área de Inversiones	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO Y PRESUPUESTO	
	Desarrollar e implementar un sistema informático, en base a los requerimientos de los clientes internos y a la priorización realizada(Ver IE 8.4.4)										
	4.2.1 Establecer mecanismos de control de calidad en la sistematización de la información en el SIASIS	% de avance en la implementación de mecanismos	ND	50%	50%				Oficina de Seguros	RESPONSABLE DE LA OFICINA DE SEGUROS	
4.2. Mejorar la Gestión del Aseguramiento Universal de Salud (AUS)	4.2.2 Implementar los procedimientos prestacionales de atención de los pacientes para optimizar las transferencias SIS	% de implementación de los procedimientos	ND	LB	80%	90%	100%	100%	Oficina de Seguros	RESPONSABLE DE LA OFICINA DE SEGUROS	
	4.2.3 Realizar autoevaluación e identificar las necesidades de equipamiento informático y redes para la gestión del SIS de acuerdo a la demanda	Informe de necesidades de equipamiento informático y redes elaborado y entregado	-	X					Oficina de Seguros Unidad de Informática	RESPONSABLE DE LA OFICINA DE SEGUROS	
	4.2.4 Adecuar la organización de la Oficina de Seguros para el cumplimiento de sus funciones de acuerdo a la normatividad vigente del AUS	Organización Oficina de seguros según normatividad	-	X					Oficina de Seguros Área de Organización	RESPONSABLE DE LA OFICINA DE SEGUROS	

Planes de Acción Generales y Específicos, Indicadores, Cronograma, Metas y Responsables

Objetivo No. 4: Gestionar mayores recursos financieros para combatir el cáncer en la región.									
Planes de Acción Generales y Específicos		Indicador/ Hito	Línea de Base	Cronograma y Metas				Responsables	
				2014	2015	2016	2017	2018	Control
4.3 Incorporar la estrategia del enfoque por resultados en el presupuesto, según normatividad vigente	4.3.1 Capacitar a las unidades orgánicas usuarias para su adecuada participación en los procesos de elaboración y seguimiento del presupuesto anual y plan operativo bajo en enfoque por resultados	% promedio de unidades orgánicas que participan de los talleres de capacitación semestrales	50%	100%	100%	100%	100%	100%	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO Y PRESUPUESTO
	4.3.2 Realizar el seguimiento a los resultados del programa estratégico	Nro. de informes de seguimiento	2	4	4	4	4	4	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO Y PRESUPUESTO
	4.3.3 Realizar autoevaluación e identificar las necesidades de infraestructura física y equipos de la institución para el cumplimiento de sus funciones	Informe de requerimientos de infraestructura y equipamiento elaborado y entregado							OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO Y PRESUPUESTO
	4.3.4 Identificar las necesidades de personal de acuerdo al perfil requerido para el cumplimiento de las funciones de la institución	Informe de necesidades de recursos humanos elaborado y entregado		X					OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO Y PRESUPUESTO
4.4 Incrementar los recursos directamente recaudados	Desarrollar e implementar un sistema informático, en base a los requerimientos de los clientes internos y a la priorización realizada(Ver IE 8.4.4)			X					
	4.4.1 Implementar y actualizar los procedimientos tarifarios a pacientes IREN , ESSALUD, SALUDPOL para hacerlos competitivos y generar mayores recursos	% de incremento de recursos generados por pacientes IREN, ESSALUD, SALUDPOL	ND	50%	50%				OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO Y PRESUPUESTO
4.5 Buscar otras fuentes de financiamiento	4.4.2 Establecer convenios de prestaciones de salud con Instituciones privadas	Nro. de convenios realizados	-	X					DIRECCION EJECUTIVA
	4.5.1 Formular y proponer iniciativas legislativas para incrementar el presupuesto institucional	Iniciativas legales formuladas	-	X					OPEP

Planes de Acción Generales y Específicos, Indicadores, Cronograma, Metas y Responsables

Objetivo No. 5: Impulsar el desarrollo de la normatividad y la información estadística y epidemiológica para la mejora de la calidad de los servicios oncológicos a nivel regional										
Planes de Acción Generales y Específicos			Indicador/ Hito	Línea de Base	Cronograma y Metas				Responsables	
					2014	2015	2016	2017	2018	Control
5.1 Fortalecer la organización e imagen para el ejercicio de la función rectora del IREN	5.1.1 Diseñar e implementar un plan de fortalecimiento del Servicio de Normatividad y Calidad, dotándolas de recursos humanos, físicos y financieros		% de implementación del Plan de fortalecimiento	ND	50%	100%				Dpto. Control Del Cáncer DIRECCION EJECUTIVA
	5.1.2 Implementar un programa de difusión de la imagen y del rol rector del IREN para lograr el involucramiento de los servicios de salud a nivel de la región		% de servicios de salud oncológicos que conocen la función rectora del IREN (Basado en el Registro Nacional de los Servicios de Salud)	ND	30%	50%	100%			Oficina De Imagen Institucional DIRECCION EJECUTIVA
5.2 Controlar técnicamente los "Servicios de salud Oncológicos" a nivel regional	5.2.1 Elaborar y difundir las normas técnicas oncológicas a nivel regional		Relación estructurada de normas técnicas que debe emitir el IREN a nivel regional elaborada	-	X					Servicio de Normatividad Unidad de Calidad DPTO DE CONTROL DEL CANCER
			% de normas técnicas elaboradas y difundidas	ND	20%	40%	60%	80%	100%	
	5.2.2 Realizar el diagnóstico situacional de los "Servicios de Salud Oncológicos" a nivel regional		Diagnóstico realizado	ND		X				Servicio de Normatividad Unidad de Calidad DPTO DE CONTROL DEL CANCER
	5.2.3 Implementar el registro regional de "Servicios de Salud Oncológicos" a nivel de la región		Registro Regional de "Servicios de Salud Oncológicos" implementado	ND		X				Servicio de Normatividad Unidad de Calidad DPTO DE CONTROL DEL CANCER
	5.2.4 Asesorar a la GERESA para la implementación de sus servicios oncológicos y acreditación de acuerdo a la normatividad del MINSA		% de avance en implementar servicios oncológicos acreditados	0	-	-	LB	10%	25%	Servicio de Normatividad Unidad de Calidad DPTO DE CONTROL DEL CANCER

Planes de Acción Generales y Específicos, Indicadores, Cronograma, Metas y Responsables

Objetivo No. 5: Impulsar el desarrollo de la normatividad y la información estadística y epidemiológica para la mejora de la calidad de los servicios oncológicos a nivel regional											
Planes de Acción Generales y Específicos			Indicador/ Hito	Línea de Base	Cronograma y Metas					Responsables	
		2014			2015	2016	2017	2018	Ejecución	Control	
5.3 Fortalecer la Gestión de Calidad en la Institución	5.2.5 Revisar, adecuar y difundir las normas del sistema de referencia y contra referencia de los "Servicios de salud Oncológicos"		% de servicios de salud oncológicos que aplican la norma	ND	0%	10%	20%	35%	60%	Servicio de Normatividad Unidad De Calidad	DPTO DE CONTROL DEL CANCER
	5.2.6 Actualizar el Registro Regional del "Servicio de Salud Oncológico"		% de Servicios de Salud Oncológico registrados	ND	10%	20%	40%	70%	100%	Servicio de Normatividad Unidad De Calidad	DPTO DE CONTROL DEL CANCER
	5.3.1 Proponer la inclusión de la oficina de Gestión de la Calidad como ente asesor al más alto nivel		Informe presentado	-		X				Unidad de Calidad	DPTO DE CONTROL DEL CANCER
	5.3.2 Diseñar e implementar el plan de fortalecimiento de Gestión de Calidad, dotando de recursos humanos, físicos y financieros		% de presupuesto total del IREN asignado a la Gestión de Calidad	ND	LB	PD	PD	PD	PD	Servicio de Normatividad Unidad de Calidad	DPTO DE CONTROL DEL CANCER
	5.3.3 Diseñar e implementar el sistema de autoevaluación y mejora continua en todas las unidades orgánicas		% de unidades orgánicas que cuentan con evaluación y mejora continua	ND	20%	40%	60%	80%	100%	Unidad de Calidad	DPTO DE CONTROL DEL CANCER
5.3.4 Evaluar el cumplimiento de procesos normas y guías técnicas en las unidades orgánicas de línea técnico asistenciales		% de cumplimiento de auditorías de oficio	40%	45%	50%	60%	70%	80%	Unidad de Calidad	DPTO DE CONTROL DEL CANCER	

Planes de Acción Generales y Específicos, Indicadores, Cronograma, Metas y Responsables

Objetivo No. 5: Impulsar el desarrollo de la normatividad y la información estadística y epidemiológica para la mejora de la calidad de los servicios oncológicos a nivel regional									
Planes de Acción Generales y Específicos		Indicador/ Hito	Línea de Base	Cronograma y Metas				Responsables	
				2014	2015	2016	2017	2018	Control
5.4 Fortalecer la implementación del Registro Hospitalario de Cáncer	5.4.1 Proponer un Plan de fortalecimiento del Dpto. de Epidemiología y Estadística para implementar a nivel regional la vigilancia epidemiológica	% De implementación del Plan de Fortalecimiento	ND	PD	PD	PD			Servicio de Epidemiología Y Estadística DPTO DE CONTROL DEL CANCER
	5.4.2 Implementar un equipo funcional de análisis de la información	Equipo funcional de análisis creado	ND		X				Servicio de Epidemiología Y Estadística DPTO DE CONTROL DEL CANCER
	5.4.3 Desarrollar una interface informática para actualizar el sistema regional con los casos del IREN	Interface desarrollada (incluir hito de informática)	ND		X				Servicio De Epidemiología Y Estadística DPTO DE CONTROL DEL CANCER
	5.4.4 Reforzar el sistema de vigilancia epidemiológica de cáncer basado en registros hospitalarios, en coordinación con GERESA en las regiones de intervención del PEPC	Nro. de regiones en las que el sistema epidemiológico para el cáncer esté actualizado	ND	PD	PD	PD	PD	PD	Servicio De Epidemiología Y Estadística DPTO DE CONTROL DEL CANCER
	5.4.5 Publicar anualmente un análisis de datos oncológicos a nivel de la región referente a la morbilidad, mortalidad y estilos de vida saludable	Informe anual publicado	ND			1	1	1	Servicio De Epidemiología Y Estadística DPTO DE CONTROL DEL CANCER

Planes de Acción Generales y Específicos, Indicadores, Cronograma, Metas y Responsables

Objetivo No. 6: Desarrollar y potenciar la investigación en materia oncológica en el IREN y con proyección macroregional										
Sub Objetivo 6A: Lograr la sostenibilidad de la investigación en temas oncológicos a nivel de la región										
Planes de Acción Generales y Específicos		Indicador/ Hito	Línea de Base	Cronograma y Metas					Responsables	
				2014	2015	2016	2017	2018	Ejecución	Control
6A.1 Fortalecer la labor de investigación de la institución	6A.1.1.1 Diseñar e implementar el plan de fortalecimiento de la investigación oncológica, dotándolo de recursos humanos, físicos y financieros.	Evaluación de necesidades de personal de apoyo a la investigación	-	X					Servicio de Investigación	DPTO DE CONTROL DEL CANCER
	6A.1.2 Establecer las políticas y líneas de investigación oncológica a nivel institucional y macroregional	% del presupuesto total del IREN(PIM), asignado a investigación para el siguiente período	ND	PD	PD	PD	PD	PD	Dpto. De Control Del Cáncer	DIRECCION EJECUTIVA
6A.2 Fomentar la labor de investigación en el profesional de la salud		Políticas establecidas	-	X					Dpto. De Control Del Cáncer	DIRECCION EJECUTIVA
	6A.2.1 Capacitar en metodología e investigación a profesionales de la salud	Nro. de talleres de capacitación en metodologías de la investigación ejecutados	ND	LB	PD	PD	PD	PD	Servicio de Investigación Unidad de Recursos Humanos	DPTO DE CONTROL DEL CANCER
	6A.2.2 Fomentar el desarrollo de concursos y reconocimientos a la investigación	Nro. de concursos implementados por año	ND	LB	PB	PB	PB	PB	Servicio De Investigación	DPTO DE CONTROL DEL CANCER
6A.3 Gestionar recursos para la investigación	6A.3.1 Desarrollar convenios con instituciones locales y nacionales	Nro. de convenios de investigación firmados	ND	LB	PD	PD	PD	PD	Dpto. Control Del Cáncer Dirección Ejecutiva	DIRECCION EJECUTIVA
	6A.3.2 Gestionar los recursos generados por investigación, para el financiamiento e incentivo a la investigación (p.e. investigación de enfermedades "huerfanías" (y otros priorizados por los especialistas)	% de recursos asignados del fondo total generado	ND	PD	PD	PD	PD	PD	Servicio De Investigación	DIRECCION EJECUTIVA
6A.4 Impulsar la publicación del conocimiento generado	6A.4.1 Lanzamiento del boletín de investigación	Fondo de investigación creado	-			X			Servicio De Promoción de la Salud, Prevención y Control del Cáncer Servicio De Investigación	DPTO DE CONTROL DEL CANCER
		Nro de ediciones del boletín emitidas	ND	PD	PD	PD	PD	PD	Dpto. de Investigación	DPTO DE CONTROL DEL CANCER

Planes de Acción Generales y Específicos, Indicadores, Cronograma, Metas y Responsables

Objetivo No. 7: Impulsar la Educación y Docencia en materia oncológica en el IREN y con proyección a la macroregión											
Sub Objetivo 7A: Desarrollar y fortalecer la competencia de los recursos humanos para el control de cáncer a nivel de la región											
Planes de Acción Generales y Específicos		Indicador/ Hito	Línea de Base	Cronograma y Metas					Responsables		
				2014	2015	2016	2017	2018	Ejecución	Control	
7A.1 Cuantificar y reducir la brecha de oferta y demanda de profesionales especializados en Oncología, por especialidad y región	7A.1.1 Determinar la oferta y demanda de profesionales especializados en Oncología, por especialidad y región	Nro. de GERESA con medición de la oferta de profesionales realizada(acumulado)	0	1	3	4			Servicio De Educación Servicio De Epidemiología y Estadística	DPTO DE CONTROL DEL CANCER	
	7A.1.2 Articular estrategias MINSA-IREN para crear incentivos que permitan reducir las brechas de profesionales especializados en oncología en regiones especializadas	Nro. de regiones con medición de la demanda de profesionales realizada	0	1	3	4					
7A.2 Gestionar recursos para la especialización y capacitación	7A.2.1 Realizar convenios con universidades públicas y privadas, nacionales y extranjeras y colegios profesionales	% de brecha de profesionales especializados en oncología en regiones prioritizadas (5)	ND	LB	PD	PD	PD	PD	Servicio de Educación	DPTO DE CONTROL DEL CANCER	
	7A.2.2 Realizar convenios con gobiernos regionales y locales para impulsar la especialización y la capacitación en oncología	Nro. de convenios firmados	2	1	2	5	6	7			
7A.3 Incentivar la especialización en Oncología	7A.3.1 Promover la especialización en oncología a nivel de pre-grado, post-grado y entre los profesionales que realizan SERUM	Nro. de convenios educativos vigentes	1	2	3	4	5	6	Servicio de Educación	DPTO DE CONTROL DEL CANCER	
	7A.3.2 Proponer a las universidades perfiles de formación de especialistas en cáncer en los diferentes niveles	% de cobertura de las plazas de residenciado en el IREN (6)	100%	100%	100%	100%	100%	100%			
	7A.3.3 Gestionar la inclusión del tema oncológico en la formación básica de los profesionales de salud	Propuestas de perfiles elaboradas	0	PD	PD	PD	PD	PD			
		Nro. de escuelas que incluyen cursos de oncología básica en su plan curricular (acumulado)	1	1	2	3	4	5	Servicio de Educación	DPTO DE CONTROL DEL CANCER	

(5) Nro. de profesionales especializados en oncología faltantes/Nro. de profesionales requeridos
(6) Nro. de plazas cubiertas/Total de plazas disponibles

Planes de Acción Generales y Específicos, Indicadores, Cronograma, Metas y Responsables

Objetivo No. 7: Impulsar la Educación y Docencia en materia oncológica en el IREN y con proyección a la macroregión										
Sub Objetivo 7A: Desarrollar y fortalecer la competencia de los recursos humanos para el control de cáncer a nivel de la región										
Planes de Acción Generales y Específicos		Indicador/ Hito	Línea de Base	Cronograma y Metas				Responsables		
				2014	2015	2016	2017	2018	Ejecución	Control
7A.4 Fortalecer las capacidades de profesionales de salud para el control de cáncer	7A.4.1 Evaluar necesidades de capacitación según profesionales de la salud y especialidades a nivel de la región	Nro. de GERESA con necesidades de capacitación identificadas (acumulado)	0	0	1	2	2	2	Servicio de Educación	DPTO DE CONTROL DEL CANCER
	7A.4.2 Desarrollar e implementar los programas de capacitación en oncología en base a las necesidades identificadas	Nro. de programas de capacitación ejecutados por año	0	0	1	1	1	1	Servicio de Educación	DPTO DE CONTROL DEL CANCER
7A.5 Desarrollar nuevas estrategias educativas	7A.5.1 Implementar un programa educativo que incorpore la metodología e-learning	Programa implementado	-			X			Servicio de Educación	DPTO DE CONTROL DEL CANCER
	7A.5.2 Gestionar la implementación del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI) en el IREN Norte	CRAI Implementado						X	Servicio de Educación	DPTO DE CONTROL DEL CANCER

Planes de Acción Generales y Específicos, Indicadores, Cronograma, Metas y Responsables

Objetivo No. 8: Crear una nueva cultura organizacional orientado a lograr el personal competente motivado y comprometido con la institución.										
Planes de Acción Generales y Específicos			Indicador/ Hito	Línea de Base	Cronograma y Metas				Responsables	
					2014	2015	2016	2017	2018	Ejecución
8.1 Implementar el modelo de gestión por competencias del personal	8.1.1 Actualizar los perfiles de competencias laborales de los puestos clave (técnicas gerenciales y actitudinales)	perfiles de competencias de los puestos clave actualizados (hito)	-		X				Unidad de Recursos Humanos	OFICINA DE ADMINISTRACION
	8.1.2 Diseñar e implementar el programa de mejora de competencias, basado en los perfiles y brechas	% de disminución de brechas de competencias de los puestos clave	ND			30%	30%	40%	Unidad de Recursos Humanos	OFICINA DE ADMINISTRACION
	8.1.3 Diseñar e implementar el programa de evaluación del desempeño, basado en los objetivos y metas institucionales	% de avance en el programa	ND		30%	30%	40%		Unidad de Recursos Humanos	OFICINA DE ADMINISTRACION
	8.1.4 Mejorar el proceso de contratación de personal(CAS) basado en perfiles de competencias	% de contrataciones anuales evaluadas bajo competencias	ND			100%	100%	100%	Unidad de Recursos Humanos	OFICINA DE ADMINISTRACION
	8.1.5 Implementar un programa de desarrollo de liderazgo	% de directivos que completaron el programa de liderazgo	ND		100%				Unidad de Recursos Humanos	OFICINA DE ADMINISTRACION
8.2 Impulsar el desarrollo del recurso humano orientado a lograr el personal motivado	8.2.2 Diseñar el programa de reconocimiento e incentivos, en base a las evaluaciones de desempeño	Nro. de reconocimientos e incentivos entregados	4 (2015)		4	8	12	12	Unidad de Recursos Humanos	OFICINA DE ADMINISTRACION
	8.2.3 Elaborar y ejecutar un plan para gestionar el cambio del régimen laboral que permita la homologación de salarios al mercado laboral	Plan elaborado y ejecutado	-		X				Oficina de Planeamiento Estratégico y Presupuesto Unidad de Recursos Humanos	

Planes de Acción Generales y Específicos, Indicadores, Cronograma, Metas y Responsables

Objetivo No. 8: Crear una nueva cultura organizacional orientado a lograr el personal competente motivado y comprometido con la institución.									
Planes de Acción Generales y Específicos		Indicador/ Hito	Línea de Base	Cronograma y Metas					Responsables
				2014	2015	2016	2017	2018	
8.3 Asegurar la suficiencia del personal para el cumplimiento de sus funciones	8.3.1 Medir las brechas de cantidad de personal por áreas en base a la estructura organizacional	Medición de brechas realizada	-		X				Oficina de ADMINISTRACION
	8.3.2 Presentar un proyecto para incrementar nuevas plazas al régimen 276	Proyecto presentado y aprobado	-	X					Oficina de Planeamiento Estratégico y Presupuesto
	Alinear la organización estructural, funcional y de procesos, para facilitar el logro de los objetivos estratégicos (VER IG 9.3)					X			Oficina de Planeamiento Estratégico y Presupuesto
	Incentivar la especialización en Oncología (VER IG 7A.3)								
	8.4.1 Implementar un programa de mejora de la comunicación interna	% de avance en la implementación del plan	ND		30%	30%	40%		Oficina de ADMINISTRACION
8.4 Implementar un plan de la mejora de la cultura y clima organizacional	8.4.2 Implementar un programa de integración del personal	% de cumplimiento del plan anual de integración	ND		40%	100%	100%	100%	Oficina de ADMINISTRACION
	8.4.3 Implementar un programa de mejora de la gestión de las relaciones laborales	% de implementación del plan de mejora de las relaciones laborales	ND		20%	30%	30%	20%	Oficina de ADMINISTRACION
	8.4.4 Implementar un programa de manejo del estrés dirigido al personal asistencial	% de avance en la implementación del programa	ND		40%	100%	100%	100%	Oficina de ADMINISTRACION
	8.4.5 Implementar un programa de afianzamiento de los principios y valores del empleado	% de avance en la implementación del programa	ND		10%	20%	30%	40%	Oficina de ADMINISTRACION

Planes de Acción Generales y Específicos, Indicadores, Cronograma, Metas y Responsables

Objetivo No. 9: Mejorar la organización y la eficiencia en el desempeño de la gestión de los procesos de asesoría y apoyo institucional

Planes de Acción Generales y Específicos		Indicador/ Hito	Línea de Base	Cronograma y Metas					Responsables	
				2014	2015	2016	2017	2018	Ejecución	Control
9.1 Abastecer de bienes y servicios en la calidad, cantidad y oportunidad requeridos	9.1.1 Capacitar continuamente a las unidades orgánicas y a los comités especiales de contrataciones y adquisiciones en normas y procedimientos administrativos vigentes	% de unidades orgánicas y comités que cuentan con personal capacitado en procedimientos administrativos	ND	50%	100%	100%	100%	100%	Unidad de Logística Unidad De Recursos Humanos	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN
	9.1.2 Revisar y reestructurar el MOF de la Unidad de logística, área de adquisiciones	Reestructuración implementada	-		X				Unidad de Logística Área de Organización Y Racionalización	OFICINA DE ADMINISTRACION
	9.1.3 Alinear la organización interna del área logística mediante la implementación de procedimientos internos de trabajo	% del personal alineado con los procedimientos internos de trabajo		25%	75%	100%	100%	100%	Unidad de Logística Unidad de RRHH Área de Organización Y Racionalización	OFICINA DE ADMINISTRACION
9.2 Mantener los equipos y sistemas prioritarios operativos	9.2.1 Realizar una autoevaluación para identificar e informar las necesidades de personal y capacitación del área	Informe de necesidades de personal elaborado	-	X					Área de Mantenimiento	OFICINA DE ADMINISTRACION
	9.2.2 Realizar el diagnóstico situacional de equipamiento e infraestructura de toda la institución	% de avance en el diagnóstico (acumulado)	0%	30%	60%	100%			Área de Mantenimiento	OFICINA DE ADMINISTRACION
	9.2.3 Optimizar los procedimientos para disminuir los tiempos de respuesta para el mantenimiento correctivo	Tiempo promedio usado desde el requerimiento hasta el diagnóstico del problema y requerimiento a logística	ND	LB	PD	PD	PD	PD	Área de Mantenimiento	OFICINA DE ADMINISTRACION
	9.2.4 Implementar medidas de control para optimizar el uso de los recursos de mantenimiento en todas las áreas institución (equipo, insumos, personal)	Plan de Control implementado	ND	X					Área de Mantenimiento	OFICINA DE ADMINISTRACION
	9.2.4 Elaborar e implementar el Plan de Mantenimiento Preventivo de Equipamiento e Infraestructura de los servicios prioritizados	Plan de Mantenimiento Preventivo elaborado	ND		X				Área de Mantenimiento	OFICINA DE ADMINISTRACION
	Desarrollar e implementar un sistema informático, en base a los requerimientos de los clientes internos y a la priorización realizada (IE 9.4.4)	% de cumplimiento del Plan de mantenimiento preventivo	ND	-	25%	50%	75%	100%	Área de Mantenimiento Unidad De Logística	OFICINA DE ADMINISTRACION

Planes de Acción Generales y Específicos, Indicadores, Cronograma, Metas y Responsables

Objetivo No. 9: Mejorar la organización y la eficiencia en el desempeño de la gestión de los procesos de asesoría y apoyo institucional		Indicador/ Hito	Línea de Base	Cronograma y Metas					Responsables	
				2014	2015	2016	2017	2018	Ejecución	Control
9.3 Alinear la organización estructural, funcional y de procesos, para facilitar el logro de los objetivos estratégicos	9.3.1 Identificar e implementar los procesos organizacionales enfocados en los usuarios y objetivos institucionales	Manual General de Procesos elaborado	ND		1				Área de Organización Y Racionalización	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO Y PRESUPUESTO
		% de manuales de procesos y procedimientos elaborados(acumulado)	ND	10%	100%				Área de Organización Y Racionalización	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO Y PRESUPUESTO
	9.3.2 Reestructurar y/o reasignar la estructura orgánica y funcional del IREN para la ejecución de los procesos y objetivos institucionales	Rediseño de la organización completado	X		X				Área de Organización Y Racionalización	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO Y PRESUPUESTO
	9.3.3 Diseñar e implementar herramientas de control y reporte integral de procesos	Mecanismos de control establecidos	X			X			Área de Organización Y Racionalización	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO Y PRESUPUESTO
9.4 Fortalecer el soporte informático y de telecomunicaciones en la organización	9.4.1 Realizar una autoevaluación para identificar e informar las necesidades de personal y capacitación del área	Informe de necesidades de personal elaborado y enviado	-	X					Unidad de Informática	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN
	9.4.2 Realizar el diagnóstico de necesidades de equipamiento informático y de telecomunicaciones	Informe de requerimientos elaborado	-		X	X	X	X	Unidad de Informática	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN
	9.4.3 Identificar y priorizar las necesidades y requerimientos de sistemas informáticos de las áreas usuarias	Necesidades identificadas y priorizadas	-	X					Unidad de Informática	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN
	9.4.4 Desarrollar e implementar un sistema informático integral, en base a los requerimientos de los clientes internos y a la priorización realizada	% de avance en la implementación del sistema	ND	15%	50%	100%	100%	100%	Unidad de Informática	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN