Ministerio de Salud
Instituto Nacional
De Ciencias
Neurológicas

REPUBLICA DEL PERU

N° 042-2020-DG-INCN

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 10 de Marzo de 2020

VISTOS:

El Expediente N° 20-000608-001, sobre aprobación del Plan de Gestión de la Calidad 2020, conteniendo el Informe N° 005-2020-OGC-INCN de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, el Informe N° 011-2020-UO-OEPE/INCN de la Unidad de Organización de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, el Proveído N° 54-2020-OEPE/INCN de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y el Informe N° 082-2020-OAJ-OAJ/INCN del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, y;

I. TAGLE L.

CONSIDERANDO:

A. CARRASCO

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, dispone que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, su protección es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla. Siendo de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que la provea. Es de responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual tiene como objetivo general mejorar continuamente la calidad de los servicios, recurso y tecnología del sector salud mediante el desarrollo de una cultura de calidad, sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios externos e internos a fin de mejorar la oferta de los servicios de salud que brinda el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas;

G. VARGAS

Que, mediante Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, se aprobó el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud", cuyo objetivo general es mejorar continuamente la calidad de los servicios del sector salud, mediante el desarrollo de una cultura de calidad sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos, que tengan un impacto en los resultados sanitarios;

P. MAZZETTI S

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a mejorar la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, se aprobó a NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud", cuyo objetivo general es establecer los lineamientos técnicos y metodológicos para realizar la auditoría de la calidad de la atención en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, sean públicos, privados o mixtos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA se aprobó el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", que permiten estandarizar los elementos conceptuales, estructurales y metodológicos más relevantes en el ciclo de producción normativa del Ministerio de Salud así como brindar a las Instancias reguladoras de Ministerio de Salud una herramienta que facilite el desarrollo de sus funciones normativas;

Que, el numeral 6.1.4. de la referida norma, se consideran Documentos Técnicos aquellos que abordan aspectos como "Doctrinas", "Lineamiento de Políticas", "Sistemas de Gestión de la Calidad", "Planes" (de diversa naturaleza). Su finalidad es básicamente de información u orientación a los usuarios, personal de salud y/o población general. Se basa en el conocimiento científico y técnico, validado por la experiencia sistematizada y documenta, y respaldado por las normas vigentes que correspondan;

I. TAGLE L.

Que, el literal h) del artículo 10° del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, aprobado por Resolución Ministerial N° 787-2006/MINSA, establece que la Dirección General, tiene asignada entre sus objetivos funcionales, lograr la mejora continua de procesos organizacionales en el Instituto Nacional enfocado en los objetivos de los usuarios y conducir las actividades de implementación y/o mejoramiento continuo del modelo organizacional;

A. CARRASCO

Que, en ese contexto, mediante Informe N° 005-2020-OGC-INCN, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad solicita a la Dirección General la aprobación del Plan de Gestión de la Calidad 2020 en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas;

Que, el Plan de Gestión de la Calidad 2020, tiene como finalidad el desarrollo de la investigación científica, docencia, atención especializada en salud neurológica, neuroquirúrgico y afines; con enfoque multidisciplinario en la gestión de los servicios de salud, cumpliendo de manera creativa con responsabilidad y mística;

G. VARGAS

Que, asimismo, se cuenta con la opinión técnica favorable de la Unidad de Organización de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, según Informes N° 011-2020-UO-OEPE/INCN. Aparece de su contenido, que cumple con los criterios de acuerdo a la Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA que aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"; ratificado por la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, mediante Proveído N° 54-2020-OEPE/INCN;

P. MAZZETTI S

Que, asimismo el numeral 17.1 del artículo 17° del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, establece: "La autoridad podrá disponer en el mismo acto administrativo que tenga eficacia anticipada a su emisión, solo si fuera más favorable a los administrados, y siempre que no lesione derechos fundamentales o intereses de buena fe legalmente protegidos a terceros y que

Ministerio de Salud
Instituto Nacional
De Ciencias
Neurológicas

REPUBLICA DEL PERU

Nº 042 -2020-DG-INCN

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 10 de Marzo de 2020

existiera en la fecha a la que pretenda retrotraerse la eficacia del acto el supuesto de hecho justificativo para su adopción"; en consecuencia, corresponde disponer que la aprobación que se expida mediante el presente acto resolutivo, tendrá eficacia anticipada al 02 de enero de 2020;

Que, el Plan de Gestión de la Calidad 2020, cumple con observar la normatividad legal vigente para su aprobación, por lo que corresponde emitir el acto resolutivo correspondiente;

Que, estando a lo informado y con la opinión favorable del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;

Con las visaciones de la Directora Adjunta, de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas;

De conformidad con el del T.U.O. de la Ley N° 27444 "Ley del Procedimiento Administrativo General", aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, la Ley N° 26842, Ley General de Salud, la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", la Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, que aprobó el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud", la Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprobó la "Política Nacional de Calidad en Salud", la Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, se aprobó a NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud", la Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA que aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud" y el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, aprobado por Resolución Ministerial Nº 787-2006/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- APROBAR con eficacia anticipada al 02 de enero de 2020, el Plan de Gestión de la Calidad 2020 en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, y que en veinticuatro (24) fojas, forma parte de la presente resolución.

Artículo 2°.- DEJAR SIN EFECTO la Resolución Directoral N° 0105-2019-DG-INCN, que aprobó el Plan de Gestión de la Calidad 2019 del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

I. TAGLE L.

A. CARRASCO

G. VARGAS

D. MAZZETTI S

Artículo 3°.- ENCARGAR a la Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas el monitoreo, aplicación y supervisión del cumplimiento del mencionado Plan aprobado en el ámbito de sus competencias.

Artículo 4°.- NOTIFICAR la presente Resolución Directoral a las instancias administrativas pertinentes para los fines que estimen conveniente.

Artículo 5°.- ENCARGAR a la Oficina de Comunicaciones la difusión y publicación de la presente Resolución Directoral, en el portal de la página web del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

Regístrese y Comuníquese,

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dirección General

Med. Clr. Pilar Elena Mazzetti Soler
Directora de Instituto Especializado (e)

A. CARRASCO

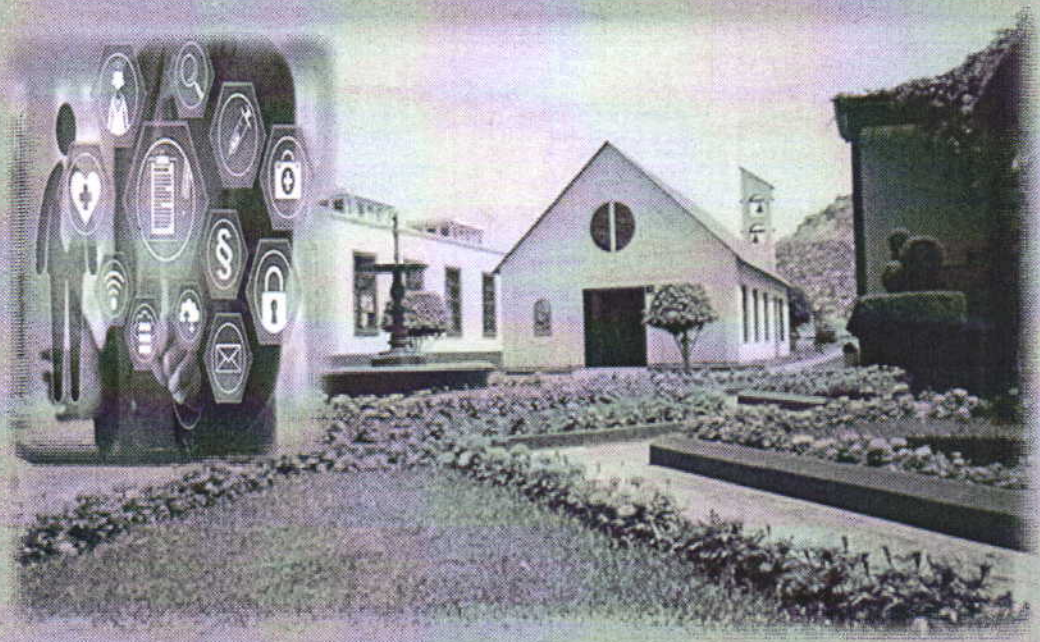
G. VARGAS

I. TAGLE L.

PEMS/ACCH
Visaciones- copias
DG,
D. Adjunta
OEPE
OEAIDE
OAJ.

PERÚ | Ministerio de Salud | Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud | Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas

OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD



PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD

MINISTERIO DE SALUD - Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas - Dirección Adjunta
I. TAGLE L.

MINISTERIO DE SALUD - V° B° - Dirección General - Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
P. MAZZETTI S.

Jr. Ancash N° 1271
Barrios Altos, Lima 1 – Perú
Central Telefónica N° 411-7700
www.incn.gob.pe

2020

SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD

MINISTERIO DE SALUD - Oficina de Gestión de la Calidad - Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas

G. VARGAS

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS

OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD

Lima – Perú

2020

I. TAGLE L.

P. MAZZETTI S.

A. CARRASCO

G. VARGAS

www.incn.gob.pe
direcciongeneral@incn.gob.pe
Jr. Ancash 1271
Barrios Altos.
Lima 1 Perú
Tel. (511) 411-7700

PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS"

DIRECTORIO:

M.C. ESP. PILAR E. MAZZETTI SOLER
DIRECTORA GENERAL

M.C. ESP. ISABEL B. TAGLE LOSTAUNAU
DIRECTORA ADJUNTA

ING. HÉCTOR R. NÚÑEZ FLORES
DIRECTOR EJECUTIVO DE LA OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN

M.G. GLORIA A. VARGAS NÚÑEZ
DIRECTORA EJECUTIVA DE LA OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO

M.C. ESP. JAQUELINE CORTEZ ESCALANTE
JEFA DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

ELABORACION:
MG. ALDO CARRILLO Y ESPINOZA

REVISION

JULIO A. CASTRO VILLARCORTA
JEFE DE LA UNIDAD DE ORGANIZACIÓN

I. TAGLE L.

P. MAZZETTI S

A. CARRASCO

Lima, 2020

G. VARGAS

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS

ROL	ORGANO	FECHA	V° B°
ELABORADO	OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD		
REVISADO POR	OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO (UNIDAD DE ORGANIZACIÓN)		
	ASESORÍA JURÍDICA		
APROBADO	DIRECCIÓN GENERAL		

A. CARRASCO

I. TAGLE L.

G. VARGAS

P. MAZZETTI S.

ÍNDICE

	CONCEPTO	PAGINA
	Caratula	1
	Denominación	2
	Directorio	3
	Cuadro: Elaboración, Revisión y Aprobación	4
	Índice	5
I.	Introducción	6
II.	Base legal	7
III.	Generalidades	8
IV.	Resultados de la Medición de los tiempos de Espera 2019	12
V.	Resultados del proceso de autoevaluación para la acreditación - año 2019	14
VI.	problemas de "no calidad" detectados y medidas para revertir tiempos o procesos que no aportan valor al usuario	15
VII.	Servidores del área de gestión de la calidad	16
VIII.	caracterización e identificación de necesidades	17
IX.	Principales prioridades del INCN	17
X.	Organigrama Estructural	19
XI.	Actividades operativas	20
XII.	Productos Entregables	22
XIII.	Implementación del Plan	23
XIV.	Presupuesto requerido para desarrollo de actividades	24

A. CARRASCO

G. VARGAS

I. TAGLE L.

P. MAZZETTI S

PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2020

I. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud por intermedio de su Unidad Funcional de Calidad, promueve e impulsa en sus diferentes establecimientos de salud el desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. Tiene como finalidad mejorar los servicios de salud y por ende la satisfacción del usuario externo.

Para cumplir con ese cometido, el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas con participación de la Oficina de Gestión de la Calidad y en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, desarrolla anualmente acciones y planes de desarrollo y mejoramiento de los servicios de salud, teniendo presente que la gestión de la calidad en salud va más allá de mejorar los procesos, se requiere liderazgo de los decisores, trabajo en equipo, gestión basada en procesos y sobretodo con trato humano.

La gestión actual se ha planteado dentro de sus objetivos mejorar la calidad de atención. Ello constituye un reto, implica responder ante las necesidades y expectativas de nuestro ciudadano teniendo en cuenta que tiene "Derecho a la Salud con Calidad", por lo que, dando cumplimiento a la normatividad vigente ha formulado su documento denominado **"Plan de Gestión de la Calidad 2020"** en cuyo contenido se abordan aspectos generales como la política de trabajo institucional, los objetivos, estrategias, técnicas, herramientas y una matriz que vincula los procesos de implementación enmarcados en el Plan Estratégico Institucional 2019-2021.

Asimismo, para desarrollar las actividades inherentes al plan se propone una metodología participativa y colaborativa desde un enfoque apreciativo, las prestaciones ofertadas beneficiarán al ciudadano como usuario de los servicios de salud, al bien común, al interés general de la sociedad.

Finalmente, preservar el proceso de la mejora continua conlleva ser empáticos con las necesidades y expectativas de los usuarios, incidiendo en el trato humanizado, la calidad de los servicios, equidad, eficiencia, respeto y trato digno a las personas.

A. CARRASCO

G. VARGAS

I. TAGLE L.

P. MAZZETTI S.

II. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27815, "Ley del Código de Ética de la Función Pública".
- Decreto Legislativo N° 1161, aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/MINSA, aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión 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° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial Nº 502-2016/MINSA, que aprueba la NTS Nº 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud".
- Resolución Ministerial Nº 095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnica y Herramientas para la Gestión de la Calidad".
- Resolución Ministerial Nº 491-2012/MINSA, que aprueba la incorporación del Anexo 4:" Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría III-2".
- Resolución Directoral N° 134-2006-SA-INCN-DG, aprueba el Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.
- Resolución Ministerial Nº 787-2006/MINSA, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.
- Resolución Ministerial Nº 850-2016/MINSA, aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 1334-2018/MINSA, que aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2019-2021.

A. CARRASCO

G. VARGAS

I. TAGLE L.

P. MAZZETTI S

III. GENERALIDADES

El Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN) es un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud, institución de salud especializada de nivel III-2 de alta complejidad, comprometido en la atención integral en la especialidad de Neurociencias.

La Oficina de Gestión de la Calidad, es un órgano de asesoramiento técnico, promueve los lineamientos de política institucional a través del uso de herramientas, instrumentos y una metodología de trabajo para fortalecer la calidad de servicio que brinda el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas a los usuarios de los servicios de salud neurológicos y neuroquirúrgicos.

EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS

Nuestra misión

Brindar atención altamente especializada en neurología y neurocirugía, integrando la práctica clínica, investigación y docencia, inspirando confianza contribuyendo en la salud de nuestros pacientes y de la comunidad.

Nuestra visión

Ser reconocidos como institución innovadora, confiable, con infraestructura moderna, recursos humanos altamente calificados, que lidera la red nacional integrada de neurología y neurocirugía.

Nuestros valores institucionales

Solidaridad
Calidez
Responsabilidad
Interculturalidad
Puntualidad.

Finalidad de la entidad

El INCN tiene como finalidad el desarrollo de la investigación científica, docencia, atención especializada en salud neurológica, neuroquirúrgico y afines; con enfoque multidisciplinario en la gestión de los servicios de salud, cumpliendo de manera creativa con responsabilidad y mística.

Ubicación del instituto

G. VARGAS

A. CARRASCO

I. TAGLE L.

P. MAZZETTI S

Jr. Ancash N° 1271 Cercado de Lima, Distrito de Lima, Provincia de Lima.

Rol institucional

El instituto Nacional de Ciencias Neurológicas es rectora en el campo de las ciencias neurológicas del Sector Salud, brinda atención especializada, desarrolla investigación científica, docencia y proponer normas para su implementación en los servicios de salud del país; promueve, coordina y supervisa la política de atención en Neurociencias en el país.

Funciones del INCN según normatividad vigente.

La Resolución Ministerial N° 787-2006/MINSA, aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, precisando sus funciones generales:

a. Innovar permanentemente las normas, métodos y técnicas para la salud en el campo neurológico y neuroquirúrgico.

b. Lograr los resultados de las investigaciones específicas encargadas por la Alta Dirección y Direcciones Generales técnico-normativas del Ministerio de Salud en el ámbito de su competencia.

c. Incrementar continuamente la calidad y productividad de la investigación especializada en el campo Neurológico.

d. Lograr eficacia, calidad y eficiencia en la prestación de servicios especializados de salud en el campo neurológico y neuroquirúrgico.

e. Lograr la adquisición y aplicación de nuevos conocimientos científicos y tecnológicos para la investigación, docencia y atención especializada de salud en el campo neurológico y neuroquirúrgico.

f. Establecer relaciones de cooperación científica y tecnológica con la comunidad científica, nacional e internacional, en el marco de sus objetivos funcionales a través de la Alta Dirección del Ministerio de Salud.

g. Lograr que los profesionales de la salud y técnicos del sector, conozcan y sean capacitados, en nuevos conocimientos científicos y tecnológicos, adquiridos en la Investigación, Docencia y Atención Especializada en el campo de las Neurociencias.

h. Lograr la difusión de los resultados de las investigaciones Neurológicas

i. Reducir los riesgos y daños neurológicos originados por los estilos de vida.

j. Recuperar la salud y rehabilitar las capacidades de los pacientes con enfermedades neurológicas y neuroquirúrgico.

k. Lograr la difusión y el uso apropiado de los productos farmacéuticos y afines para el tratamiento de las enfermedades neurológicas.

G. VARGAS

A. CARRASCO

P. MAZZETTI S

I. TAGLE L.

l. Lograr oportunamente la información sobre la salud, que sea necesaria para la toma de decisiones, por las autoridades del Instituto Nacional y el Ministerio de Salud.

m. Lograr el soporte técnico necesario para el funcionamiento y desarrollo de la Red integrada para la prestación de servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento neurológico.

n. Gestionar el financiamiento de las actividades y proyectos que sean necesarios, para lograr sus objetivos funcionales, operativos y estratégicos, de conformidad con las políticas sectoriales.

o. Establecer y mejorar continuamente el modelo organizacional apropiado para el logro de sus objetivos, en el marco de las normas de la organización general establecidas por el Ministerio de Salud.

p. Capacitar, motivar y comprometer a los recursos humanos en el logro de la visión y objetivos funcionales, operativos y estratégicos.

q. Lograr la disponibilidad de la infraestructura, bienes y servicios requeridos para la realización de los procesos y actividades conducentes al cumplimiento de sus objetivos funcionales, operativos y estratégicos.

r. Automatizar e integrar los sistemas de información necesarios para el planeamiento, ejecución y evaluación de los procesos, procedimientos y gestión institucional.

s. Lograr que la cooperación, científica, tecnológica y financiera nacional e internacional, coadyuve al logro de los objetivos funcionales, operativos y estratégicos del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

Objetivos institucionales

a) Fortalecer la rectoría y liderazgo con innovación tecnológica en el marco de la modernización de la salud neurológica.
b) Impulsar el desarrollo de la investigación para la generación de nuevos conocimientos en neurociencias.
c) Descentralizar las actividades de Docencia Especializada a los profesionales de la salud a nivel nacional.
d) Gestionar la disponibilidad de recursos estratégicos para asegurar una atención oportuna.
e) Promover el acceso a la salud neurológica a nivel nacional a través de redes de atención.
f) Contribuir a la disminución de la morbimortalidad en Enfermedades Neurológicas y Neuroquirúrgicas.
g) Optimizar el flujo de procesos institucionales para asegurar la calidad de la atención.

G. VARGAS

Objetivos estratégicos institucionales del Sector Salud

A. CARRASCO

I. TAGLE L.

P. MAZZETTI S

El Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, como IPRESS del Sector Salud articula seis (06) de los ocho (08) Objetivos Estratégicos del Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud 2019-2021, aprobado con Resolución Ministerial N° 1334-2018/MINSA. Estos guardan relación con la naturaleza del servicio que se brinda en nuestra Institución.

La Oficina de Gestión de la Calidad del INCN está inmersa funcionalmente con los objetivos estratégico institucional 4 y acción estratégica institucional 04.02.

OEI.04: Fortalecer la rectoría y la gobernanza sobre el sistema de salud; y la gestión institucional; para el desempeño eficiente; ético e íntegro; en el marco de la modernización de la gestión pública.

AEI.04.02: Gestión orientada a resultados al servicio de la población; con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados.

Situación actual del INCN

La Oficina de Gestión de Calidad del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, concordante con el documento técnico: **"Política Nacional de Calidad en Salud"** aprobado mediante R.M 727-2009/MINSA, adecua sus esfuerzos y actividades operativas a las políticas nacionales de calidad de atención de salud.

La OGC como órgano asesor en la estructura del INCN, mide y evalúa la calidad de servicios al ciudadano, recomienda propuestas de mejora continua de la calidad de servicios; contribuye con herramientas e instrumentos que coadyuven la toma de decisiones para la mejora y fortalecimiento de la calidad de atención al usuario externo. La entidad empleando herramientas estadísticas, en sus diferentes carteras de servicios ha efectuado mediciones de los tiempos de espera y el proceso de autoevaluación para la acreditación.

A. CARRASCO

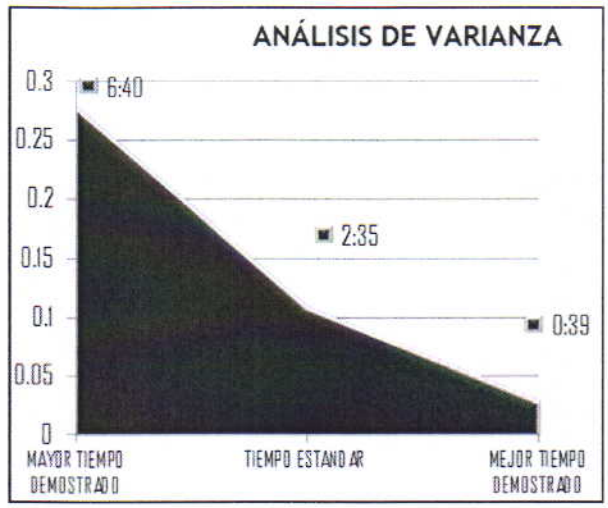
G. VARGAS

I. TAGLE L.

P. MAZZETTI S

IV. RESULTADOS DE LA MEDICION DE LOS TIEMPOS DE ESPERA 2019

MAYOR TIEMPO DEMOSTRADO	6:40
TIEMPO ESTANDAR	2:35
MEJOR TIEMPO DEMOSTRADO	0:39
TIEMPO EN COLA	4:30
TIEMPO DE ATENCIÓN	1:31



TIEMPO A OPTIMIZAR	**4:04**

DERROCHES DE TIEMPO, TIEMPOS DESPERDICIADOS NO APORTAN VALOR AL USUARIO

Los resultados con los mayores tiempos de espera producidos en:

- **Farmacia:** Tiempo de espera **23 minutos** para la entrega de medicamentos.
- **Explicación del por qué sucede**: Con frecuencia, se apreció a solo un técnico en farmacia atendiendo a usuarios SIS, pagantes y preferenciales a la vez.
- **Admisión:** Tiempo de espera **51 minutos**, Cola previa a la atención en ventanilla.
- **Explicación del por qué sucede:** En ocasiones, el sistema de transmisión de datos informáticos, contratado por la entidad, deja de funcionar u opera con demasiada lentitud dificultando la ejecución de procesos con celeridad, perjudicando la atención a los usuarios y causando reclamos.
- **Triaje:** Tiempo de espera **60 minutos**, Cola previa a la atención.

  Explicación del por qué sucede: Permanentemente en la ventanilla de triaje, se aprecia en el módulo a una profesional de la salud atendiendo tanto a usuarios SIS, pagantes y preferenciales.
- **Consultorios Externos**: Tiempo de espera **111 minutos** para la atención de consulta.

  Explicación del por qué sucede: Los pacientes continuadores programados llegan temprano a Consultorios Externos intentando pasar consulta antes que los pacientes nuevos, no respetan su hora de programación (media hora antes).

G. VARGAS

A. CARRASCO

I. TAGLE L.

P. MAZZETTI S

En síntesis:

En diferentes rutas de medición están evidenciados desperdicios de tiempo o MUDAS.:

Tiempo de los usuarios en cola:	**4:30 horas. (Tiempo de no calidad)**
Tiempo de atención al usuario:	1.31 horas
El tiempo a optimizar a favor de los usuarios:	**4.04 horas**
4.04 horas, tiempo por mejorar, desperdiciado. Derroches de tiempo que no genera valor ciudadano, mudas innecesarias. No calidad.	

La medición de rutas pre establecidas en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, permite conocer la existencia de considerable tiempo de espera, tiempo de no calidad, afecta a ciudadanos usuarios de nuestros servicios de salud y genera perjuicios económicos a la entidad.

PROPUESTAS DE MEJORA, NUEVOS ENFOQUES DE VALOR EN BENEFICIO DE LOS USUARIOS:

Las Jefaturas de Consultorios Externos – DASP, Oficina de Estadística e Informática, Farmacia, etc. Deben optar en enfoques de valor cuya característica sea la simplicidad en busca de la máxima satisfacción.

Para actividades o procesos que no aportan valor al usuario:

- **Respecto a la obligatoriedad de presentación de la hoja de referencia.** - Formulación de estrategias de comunicación relacionada a la hoja de referencia como requisito indispensable en la entidad para la atención y programación de citas.
- **Respecto al inicio estándar de las atenciones médicas.** - la Jefatura de Consultorios Externos y la Oficina de Personal deben efectuar acciones de supervisión durante el horario establecido.
- **Respecto a la falta de medicamentos.** - Gestión de stocks y actualización del petitorio de medicamentos para la adquisición de nuevos fármacos.

  Para la programación de citas con tiempo prolongado. - realizar un análisis del estudio de la oferta y demanda de servicios de salud neurológicos, neuroquirúrgicos y de ayuda diagnostica para ampliación de turnos en atención.

- **Para el cuello de botella, tiempo de espera durante la entrega de medicamento y en triaje**. - Apertura de ventanillas adicionales para la atención de usuarios; además brindar atención preferencial a los usuarios, tanto a la entrada y salida.
- Impulso y/o del fortalecimiento del Plan Cero Colas

G. VARGAS

A. CARRASCO

I. TAGLE L.

P. MAZZETTI S

V. RESULTADOS DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION - AÑO 2019

Establecimiento: Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas - INCN

Tipo de establecimiento: III-2

Fase: autoevaluación interna.

	Establecimiento :	INSTITUTO NACIONAL DE CI										
	Tipo de Establecimiento :	INCN										
	Fase:	AutoEvaluación										
	Año:	2019							MACROPROCESO			CATEGORIAS
	Periodo :	1										
			Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoria	Cumplimiento x categoria
	Macroprocesos	Criterios eval	E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
GER	Direccionamiento	11	6	4	1	11	55.20	29.22	52.94	227.70	149.52	65.67
	Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	41.40	23.14	55.88			
	Gestión de la calidad	20	9	6	5	20	41.40	30.48	73.61			
	Manejo del riesgo de atención	42	11	30	1	42	41.40	34.69	83.78			
	Gestión de seguridad ante desastres	18	12	6	0	18	13.80	4.60	33.33			
	Control de la gestión y prestación	11	5	6	0	11	34.50	27.40	79.41			
PRE	Atención ambulatoria	11	7	4	0	11	41.40	37.26	90.00	289.80	200.62	69.23
	Atención quirúrgica	25	7	11	7	25	41.40	19.87	48.00			
	Atención de hospitalización	21	4	11	6	21	41.40	26.82	64.77			
	Atención de emergencias	15	11	1	3	15	27.60	13.17	47.73			
	Investigación	17	10	7	0	17	69.00	48.88	70.83			
	Enseñanza	10	8	2	0	10	69.00	54.63	79.17			
APO	Atención de Apoyo diagnóstico y tratamiento	14	1	9	4	14	17.25	6.96	40.32	172.50	115.12	66.74
	Admisión y alta	15	3	6	6	15	17.25	12.81	74.24			
	Desarrollo de Servicios	16	8	8	0	16	17.25	12.94	75.00			
	Gestión de medicamentos	16	4	12	0	16	17.25	13.86	80.36			
	Gestión de la información	15	6	8	1	15	17.25	16.22	94.00			
	Descontaminación, Limpieza, Desinfeccción, Esteriliz.	20	7	11	2	20	17.25	10.84	62.86			
	Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	17.25	6.27	36.36			
	Nutrición y dietética	10	3	7	0	10	17.25	13.19	76.47			
	Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	17.25	9.29	53.85			
	Gestión de equipos e infraestructura	13	5	6	2	13	17.25	12.75	73.91			
	Total	345	138	167	40	345						
										Puntaje Final (%)	67.43	

RESULTADO FINAL
NO aprobado - Subsanar en 9 meses (50%-69%)

A. CARRASCO

G. VARGAS

I. TAGLE L.

P. MAZZETTI S

VI. PROBLEMAS DE "NO CALIDAD" DETECTADOS Y MEDIDAS PARA REVERTIR TIEMPOS O PROCESOS QUE NO APORTAN VALOR AL USUARIO

PROBLEMAS DETECTADOS	MEDIDAS PROPUESTAS PARA REVERTIR
Clima y cultura organizacional	Incentivos dinerarios y no dinerarios para el personal administrativo y asistencial.
Procesos con derroches de tiempo, no aportan valor al usuario.	Aplicación de las herramientas Lean Six Sigma para eliminar los desperdicios de tiempo, largos tiempos de espera y niveles de insatisfacción de los usuarios.
Mejora Continua de la Calidad de Servicios	Identificación de los cuellos de botella en los diferentes procesos. Implementación en la Plataforma de Atención al Usuario, la escucha al usuario externo. Incremento del número de orientadoras en la Plataforma de Atención al Usuario. Intervención de los buenos oficios (IBOS) a favor de los usuarios de salud. Revisión y readecuación de los flujos y procesos en Admisión y Citas, así como en Farmacia, Caja y área de Pre liquidación. Concurso interno orientado a promover prácticas y/o mejoras en los procesos, optimización de recursos y reducción de niveles de insatisfacción de los usuarios.
Trabajo en Equipo	Convocatoria al mayor número de profesionales multidisciplinarios para la toma de decisiones consensuadas.
Gestión del riesgo y las buenas prácticas de seguridad del paciente.	Fortalecimiento de las buenas prácticas de atención y gestión del riesgo por el Comité de Seguridad del Paciente. Desarrollo de un Sistema de Registro- Notificación - Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso en los diferentes servicios. Promoción y fortalecimiento de la Cultura de Seguridad y Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente en el aprendizaje del error. Desarrollo de rondas de seguridad; identificación-registro-notificación-análisis y mejora del incidente y evento adverso. Reducción de Riesgos asociados a la prestación, seguimiento a planes de mitigación de riesgos.

G. VARGAS

Objetivo específico N° 01:

"Gestión de procesos para la acreditación"

- ✓ Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad
- ✓ Autoevaluación anual del establecimiento
- ✓ Evaluación del avance del Plan de Gestión de la Calidad

A. CARRASCO

I. TAGLE L.

P. MAZZETTI S.

Objetivo específico N° 02:

"Cultura de la calidad y mejora continua"

- ✓ Implementación del uso de herramientas de la calidad y metodología para elaboración de proyectos de mejora continúa de la calidad.
- ✓ Implementación de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud en las IPRESS.
- ✓ Desarrollo del Encuentro Institucional de Experiencias en Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud.

Objetivo específico N° 03:

"Gestión del riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente"

- ✓ Monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento en la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- ✓ Monitoreo, supervisión y evaluación de la implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos en Salud.
- ✓ Monitoreo, supervisión y evaluación para la implementación de los Lineamientos para la Prevención y Control de las IAAS.
- ✓ Implementación de la adherencia a la técnica del lavado de manos.

Objetivo específico N° 04:

"Gestión de la información sanitaria e investigación para la calidad"

- ✓ Medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa /hospitalización/ emergencia en el establecimiento de salud.
- ✓ Socialización de los resultados de la medición.

VII. SERVIDORES DEL AREA DE GESTION DE LA CALIDAD

Personal nombrado

- Mg. Aldo Carrillo y Espinoza
  Especialista Administrativo nombrado
- Lic. Psic. Hirma Dora Chávez Horna
  Psicóloga nombrada

Personal por suplencia

- Rvdo. Pedro Pablo Gonzales Palacios
  Capellán contratado

G. VARGAS

A. CARRASCO

I. TAGLE L.

P. MAZZETTI S

VIII. CARACTERIZACION E IDENTIFICACION DE NECESIDADES

ESTADO ACTUAL AMBIENTE Y MOBILIARIO	NECESIDADES BASICAS URGENTES
AMBIENTES Oficina habilitada en espacio reducido e inadecuado. Espacio hacinado, insalubre con un aforo por encima de lo recomendado. Extremadamente peligroso por ser madera añosa, de alto riesgo para ser evaluado por defensa civil.	Reubicación de la Oficina a otros ambientes. Ampliación y remodelación con estudio de proyecto sustentado por Arquitectos e Ingenieros Civil.
MOBILIARIOS Antiguo de metal y madera reciclados, bienes patrimoniales y muebles dados de baja de otras instituciones Las sillas usadas por el personal en mal estado, de segundo uso, reciclados de otras instituciones	Los mobiliarios deben ser reemplazados por nuevos dado que se encuentran en pésimas condiciones. Las sillas reemplazadas por nuevas y ergonómicas.

SITUACIÓN ACTUAL RECURSOS HUMANOS	NECESIDADES BASICAS URGENTES.
Médico cirujano	Designado en cargo de confianza
Lic. Administración nombrado	Estudios y análisis estadísticos.
Lic. Psicóloga nombrada	Fortalecer su permanencia en la PAU
Secretaria Destacada	Asignación de una servidora con el perfil requerido. Solicitar su continuidad.
01 capellán contratado D.L 276	Fortalecer labores de escucha al usuario.
04 orientadoras. Servicio terceros.	Fortalecer su capacitación en la PAU
PREVISTO: Médico auditor PREVISTO: Abogado PREVISTO: Licenciada en enfermería	Para desarrollar auditorias médicas en el INCN. Para atender respuestas a reclamos de usuarios y la SUSALUD. Para fortalecer el comité de seguridad del paciente.

IX. PRINCIPALES PRIORIDADES DEL INCN

- ✓ *Mejora de la capacidad resolutiva de las unidades orgánicas para mejorar la calidad de servicio y atención especializada.*
- ✓ *Mejoramiento continuo de los procesos de atención asistencial y administrativa.*
- ✓ *Impulso de mejora del clima laboral y las condiciones de bioseguridad en los lugares de trabajo.*
- ✓ *Fortalecimiento de competencias y capacidades del personal vinculado a la atención de usuarios externos.*
- ✓ *Reducción de indicadores de insatisfacción de usuarios externos, tiempos de espera y número de reclamos.*

J. VARGAS

A. CARRASCO

P. MAZZETTI S

I. TAGLE L.

✓ *Reestructuración de flujos y procesos de atención considerados como desperdicios de tiempos, tiempo de no calidad*

SITUACIÒN ACTUAL EQUIPOS INFORMATICOS Y MOBILIARIO	NECESIDADES BASICAS URGENTES.
Laptop dado de baja por antigüedad y obsolescencia.	Por reemplazo se requiere 02 Laptops
PC (equipos de cómputo antiguos)	Requiere adquisición URGENTE de 02 equipos
Silla reclinable ergonómica	Requiere adquisición URGENTE 05 sillas
Mobiliario de escritorio	Requiere adquisición URGENTE
Carencia de memoria externa para asegurar la data de los estudios realizados en la oficina	Se requiere 2 discos de un terabyte cada uno.
Se carece de una mesa de trabajo/reuniones	Una mesa grande para sala de reuniones.
Proyector multimedia antiguo	Requiere adquisición proyecto multimedia
Estante para archivos	Se requiere dos estantes para archivar documentos.

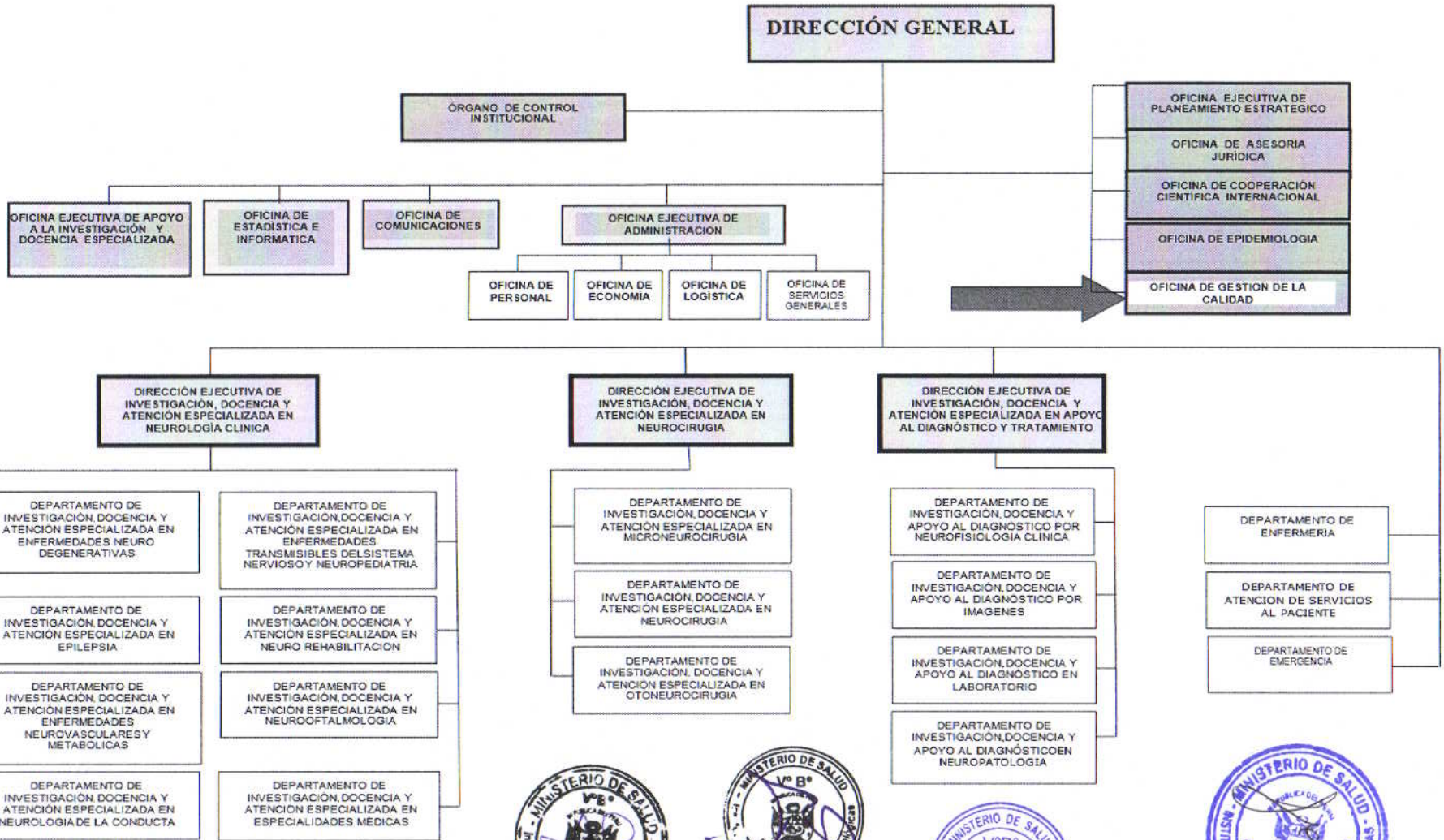
A. CARRASCO

G. VARGAS

I. TAGLE L.

P. MAZZETTI S

X. ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL



G. VARGAS

I. TAGLE L.

A. CARRASCO

www.incn.gob.pe | Jr. Ancash 1271
direccióngeneral@incn.gob.pe | Barrios Altos.
Lima 1 Perú
Tel. (511) 411-7700

XI. ACTIVIDADES OPERATIVAS

PROGRAMACION DE ACTIVIDADES OPERATIVAS 2020 - OFICINA GESTION DE LA CALIDAD

TAREA	ACTIVIDAD OPERATIVA	U.M	META ANUAL	Cronograma											
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Gestión de procesos para la acreditación	Reconformación y oficialización de los equipos de auto evaluadores internos.	R.D	1		X										
	Capacitación al equipo de acreditación y a auto evaluadores incorporados.	Actividad educativa	2					X							
	Elaboración del plan de autoevaluación.	R.D	1			X									
	Acción de autoevaluación al establecimiento INCN	Informe	1						X						
	Plan de mejora en respuesta a los resultados de la autoevaluación.	R.D	1										X		
	Evaluación del plan de mejora de la calidad.	Informe	2						x						x
Cultura de la calidad y mejora continua	Capacitación a los equipos de mejora continua y servidores.	Capacitación	4			x			x			x			x
	Implementación del uso de herramientas y metodología para la elaboración de PMC.	Taller	2			x						x			
	Monitoreo y/o seguimiento a la implementación de recomendaciones como resultado de las auditorias de calidad.	Informe	2			x			x			x			x
	Identificación y selección de PMC Institucionales para concursar en el encuentro nacional por la Semana de la Calidad – MINSA.	Informe	1							x					
	Charlas, conversatorios y análisis de temas relacionados a la calidad en las organizaciones del mundo. Problemas de NO calidad, tiempos o procesos que no aportan valor a los usuarios.	Actividad educativa	10	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Fomento de la Simplificación administrativa, cadena de valor y mudas.	Informe	3				x				x			x	

G. VARGAS

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

Plataforma de atención al usuario	Fortalecimiento de capacidades del potencial humano asignado a la Plataforma de Atención al Usuario SIS y no SIS.	Capacitación	2				x			x					
	Gestión para la implementación de un sistema automatizado para recepción y atención de respuestas a los reclamos de los usuarios de salud.	Informe	2						x						x
	Monitoreo a las acciones desarrolladas en la PAU.	Informe	4			x			x			x			x
	Reporte mensualizado de reclamos y sugerencias procesadas.	Informe	12	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Socialización de indicadores de reclamos y sugerencias.	Informe	4			x			x			x			x
Gestión del riesgo y buenas prácticas en la seguridad del paciente	Monitoreo y evaluación trimestral del cumplimiento en la aplicación de las listas de verificación de cirugia segura LVCS en el CNQ.	Informe	4			x			x			x			X
	Monitoreo y evaluación trimestral del cumplimiento de reporte de eventos adversos en salud en el instituto.	Informe	4			x			x			x			X
	Monitoreo, supervisión y evaluación sobre la implementación de los lineamientos para la prevención y control de las IAAS.	Informe	4			x			x			x			X
	Implementación de la adherencia a la técnica de lavado de manos en diferentes servicios del instituto.	Informe	4			x			x			x			X
	Monitoreo, supervisión y evaluación de la auditoria de la calidad, sobre la calidad de atención en salud en el instituto.	Informe	4			x			x			x			X
	Monitoreo, supervisión y evaluación sobre la implementación de las rondas de seguridad en salud en el instituto	Informe	12	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X
	Socialización de resultados de las rondas de seguridad con las áreas/servicios involucrados.	Informe	4			x			x			x			x
Gestión de la información sanitaria e investigación para la calidad	Medición de la satisfacción del usuario externo SERVQUAL en CONSULTA EXERNA, HOSPITALIZACIÓN, EMERGENCIA.	Informe	1							x					
	Medición de los T.E tiempos de espera en consulta externa y emergencia.	Informe	1								x				
	Matriz de seguimiento e informe sobre la implementación de recomendaciones como resultados de las mediciones de T.E.	Informe	2						x						X
	Socialización de resultados de las mediciones T.E.	Informe	2							x					X

G. VARGAS

I. TAGLE L.

P. MAZZETTI S

A. CARRASCO

XII. PRODUCTOS ENTREGABLES

Los entregables son los documentos generados como resultado de la ejecución de la programación de actividades previstos para el periodo 2020.

Componente	Nº	DENOMINACION		CARACTERISTICAS DE PROGRAMACION						
		CRITERIOS y/o ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACION/REGISTRO	CRITERIOS DE PROGRAMACION DE ACTIVIDADES	NORMATIVA	INDICADORES	Politicade la Calidad en Salud
Garantía y Mejora	1	Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en centros quirúrgicos de establecimientos de salud de III nivel de atención.	Informe	2	Aplicación de la lista de verificación de las buenas practicas en seguridad del Paciente en los centros quirúrgicos, conforme a lo establecido en normatividad vigente.	Listas de verificación aplicadas. Encuesta de evaluación de la implementación de la Lista de Verificación. Informe de la implementación de la lista de verificación.	Información semestral consolidado de la implementación de la Lista de verificación en los centros quirúrgicos de establecimientos de salud de Nivel III	RM N°1021-2010/MINSA	Número de fichas implementadas de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía/Número total de atención en CNQ. Número de encuesta de evaluación de la implementación de la Lista de Verificación mediante equipo conductor conformado/Número total de jefaturas responsables del INCN.	Octava Política
	2	Implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos en Salud en los establecimientos de salud	Informe	2	Procedimiento para el registro, notificación y el análisis sobre la ocurrencia de incidentes y/o eventos adversos	Reporte de eventos adversos registrados. Informe del análisis de eventos adversos.	Información semestral consolidada de registro, notificación y análisis de eventos adversos en salud, ocurridos en establecimientos de salud.	RM N° 727-2009/MINSA	Número de unidades orgánicas que reportan eventos adversos/incicentes/Total de unidades orgánicas que conforman el INCN.	Octava Política
	3	Implementación de la Auditoría de la Calidad de Atención en los establecimientos de salud.	Informe	2	Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.	Plan anual de auditoria de la Calidad de atención (cronograma). Informe de auditorias de la Calidad de atención realizadas.	Información semestral de Auditorias de la Calidad de atención realizadas en establecimientos de salud, según tipo de auditoria (programada y no programada).	RM N° 502-2016/MINSA	Número de unidades orgánicas del establecimiento que informan auditorias realizadas/Total de Unidades Orgánicas que conforman el INCN. Número de auditorias de caso realizadas e informadas a la autoridad competente /Total de auditorias de caso solicitadas por la autoridad competente	Octava Política
	4	Implementación de proyectos y/o acciones de mejoras en relación a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y las prioridades sanitarias identificadas	Informe	2	Resultados del desarrollo de proyectos y/o acciones de mejora en base a la problemática identificada referente a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y las prioridades sanitarias nacionales y regionales identificadas	Informe sobre proyectos y/o acciones de mejora implementados.	Información semestral de proyectos y/o acciones de mejora relacionados a su problemática sanitaria, implementadas en establecimientos de salud.	RM N° 095-2012/MINSA	Número de Unidades Orgánicas del establecimiento que implementan proyectos de mejora/ Número de problemática identificada referente a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y las prioridades sanitarias identificadas.	Septima Política
	5	Implementación de los Lineamientos para la Prevención y Control de las IAAS	Informe	4	Informe trimestral consolidado en relación al porcentaje de implementación de los seis lineamientos para la Prevención y Control de las IAAS a nivel local	Informes trimestrales de la Oficina de Epidemiología	Actividades desplegadas a partir de las estrategias establecidas para cada lineamiento aplicables a nivel local	Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA	Número de unidades orgánicas del establecimiento que informan implementación de los lineamientos para la prevención y control de las IAAS/Total de Unidades Orgánicas que conforman el INCN.	Octava Política
	6	Implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud	Informe	4	Informe trimestral consolidado en relación al porcentaje de cumplimiento de la adherencia a la técnica de lavado de manos clínico en servicios priorizados	Informes trimestrales de la Oficina de Epidemiología	Actividades desplegadas por parte de los responsables de gestión de la calidad en coordinación con responsable de epidemiología y otros a nivel de los servicios priorizados	Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA	Número de unidades orgánicas del establecimiento que implementan el proceso de higiene de manos /Total de unidades orgánias que conforman el INCN.	Octava Política
	7	Implementación de la Autoevaluación de establecimientos de salud	Informe	1	Actividad de evaluación interna del establecimiento de salud, mediante estándares preestablecidos, agrupados por Macroprocesos y clasificados en categoría de Macroprocesos Gerenciales, Prestacionales y de Apoyo.	Informe sobre Conformación de Equipos, Plan de Autoevaluación, comunicación de Inicio de Autoevaluación e Informe Técnico de Autoevaluación.	Una Autoevaluación al año por establecimiento de salud	RM Nº 270-2009/MINSA	Número de macroprocesos evaluados y tienen informe Técnico de Autoevaluación / Número total de macroprocesos establecidos según nivel de complejidad.	Septima Política
Información para la Calidad	8	Medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa/hospitalización/emergencia en establecimiento de salud categoría III-2.	Informe	1	Medición del grado de satisfacción del usuario externo mediante la aplicación de encuestas SERVQUAL - Modificado, procesamiento y reporte con el aplicativo (formato Excel), en consulta externa /hospitalización/ emergencia, en establecimientos de salud con categoría III-2.	Informe emitido por la Oficina de Gestión de la Calidad sobre los resultados de la medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa/hospitalización /emergencia, categoría III-2.	Información anual de medición de la satisfacción de los usuarios externos en establecimientos de salud con categoría III-2.	R.M. Nº 527-2011/MINSA	Porcentaje de satisfacción del usuario externo en consulta externa/hospitalización / emg según nivel y categoría Porcentaje de usuarios que refieren estar satisfechos con lo servicios del establecimiento de salud en consulta externa/hospitalización/emg según nivel y categoría	Novena Política

G. VARGAS

I. TAGLE L.

P. MAZZETTI S.

A. CARRASCO

XIII. IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN

Están vinculadas u orientadas hacia la promoción, aplicación y fortalecimiento:

De una cultura de la información.

Socialización de las bases conceptuales de Gestión de la Calidad con los Directivos, Jefes de Departamentos, personal asistencial y administrativo del instituto.

De educación.

Capacitación al personal del instituto en el uso de herramientas y técnicas necesarias para la implementación de mejoras y cambio.

Coordinación con Unidad Funcional de Calidad - Minsa y entidades académicas para el desarrollo de actividades educativas.

De sostenibilidad.

Mecanismos de comunicación, asistencia técnica y apoyo desde el nivel central y compromiso por los avances.

De reconocimiento.

Mecanismos de reconocimiento al buen desempeño del personal y de los equipos de trabajo.

De evaluación y monitoreo.

Implementación del procesamiento, análisis y evaluación de información para la calidad con énfasis en la perspectiva del usuario.

De investigación.

Investigación operativa que permita el mejoramiento de la calidad en los servicios del instituto.

XIV. MONITOREO Y SUPERVISIÓN

La Oficina de Gestión de la Calidad es órgano de asesoramiento técnico de la alta dirección, monitorea y supervisa las actividades programadas en su plan de trabajo. Las acciones se ejecutan en coordinación con los jefes de las diferentes unidades orgánicas asistenciales y administrativas involucradas.

MINISTERIO DE SALUD V°B° Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas Oficina de Asesoría Jurídica
A. CARRASCO

MINISTERIO DE SALUD V°B° Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
C. VARGAS

MINISTERIO DE SALUD Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas Oficina de Gestión de la Calidad

MINISTERIO DE SALUD V°B° Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas Dirección Adjunta
I. TAGLE L.

MINISTERIO DE SALUD V°B° Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas Dirección General
P. MAZZETTI S

XV. PRESUPUESTO REQUERIDO PARA DESARROLLO DE ACTIVIDADES

TAREA	ACTIVIDAD OPERATIVA	U.M	META ANUAL	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	COSTO Soles
Gestión de procesos para la acreditación	Reconformación y oficialización de los equipos de autoevaluadres internos.	R.D	1		X											1,500
	Capacitación al equipo de acreditación y a auto evaluadores incorporados.	Actividad educativa	2					X								
	Elaboración del plan de autoevaluación.	R.D	1			X										
	Acción de autoevaluación al establecimiento INCN	Informe	1						X							
	Plan de mejora en respuesta a los resultados de la autoevaluación.	R.D	1										X			
	Evaluación del plan de mejora de la calidad.	Informe	2						X						X	
Cultura de la calidad y mejora continua	Capacitación a los equipos de mejora continua y servidores.	Capacitación	4			x			x			x			X	8500
	Implementación del uso de herramientas y metodología para la elaboración de PMC.	Taller	4			x						x				
	Monitoreo y/o seguimiento a la implementación de recomendaciones como resultado de las auditorias de calidad.	Informe	4			x			x			x			x	
	Identificación y selección de PMC Institucionales para concursar en el encuentro nacional por la Semana de la Calidad – MINSA.	Informe	1							x						
	Charlas, conversatorios y análisis de temas relacionados a la calidad en las organizaciones del mundo. Problemas de NO calidad, tiempos o procesos que no aportan valor a los usuarios.	Informe	6		x		x		x		x		x		x	
	Fomento de la Simplificación administrativa, cadena de valor y mudas.	Informe	3				x				x					
Plataforma de atención al usuario	Fortalecimiento de capacidades del potencial humano asignado a la Plataforma de Atención al Usuario SIS y no SIS.	Capacitación	2				x				x					500
	Gestión para Implementación de un sistema automatizado para recepción y atención de respuestas a los reclamos de los usuarios de salud.	Informe	2						x						X	
	Monitoreo a las acciones desarrolladas en la PAU.	Informe	4			x			x			x			X	
	Reporte mensualizado de reclamos y sugerencias procesadas.	Informe	12	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Socialización de indicadores de reclamos y sugerencias.	Informe	4			x			x			x			x	
Gestión del riesgo y buenas prácticas en la seguridad del paciente	Monitoreo y evaluación trimestral del cumplimiento en la aplicación de las listas de verificación de cirugía segura LVCS en el CNQ.	Informe	4			x			x			x			X	5,200
	Monitoreo y evaluación trimestral del cumplimiento de reporte de eventos adversos en salud en el instituto.	Informe	4			x			x			x			X	
	Monitoreo, supervisión y evaluación sobre la implementación de los lineamientos para la prevención y control de las IAAS.	Informe	4			x			x			x			X	
	Implementación de la adherencia a la técnica de lavado de manos en diferentes servicios del instituto.	Informe	4			x			x			x			X	
	Monitoreo, supervisión y evaluación de la auditoria de la calidad sobre la calidad de atención en salud en el instituto.	Informe	4			x			x			x			X	
	Monitoreo, supervisión y evaluación sobre la implementación de las rondas de seguridad en salud en el instituto	Informe	4	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	
	Socialización de resultados de las rondas de seguridad con las áreas/servicios involucradas.	Informe	4			x			x			x			X	
Gestión de la información sanitaria e investigación para la calidad	Medición de la satisfacción del usuario externo SERVQUAL en CONSULTA EXERNA, HOSPITALIZACIÓN, EMERGENCIA.	Informe	1							x						4,800
	Medición de los T.E tiempos de espera en Consulta externa y Emergencia.	Informe	1								x					
	Matriz de seguimiento e informe sobre la implementación de recomendaciones como resultados de las mediciones de T.E.	Informe	2						x						X	
	Socialización de resultados de las mediciones de T.E.	Informe	2							x					X	

MAZZETTI G.

I. TAGLE L.

A. CARRASCO

G. VARGAS