

N° 029 -2024-DG-INCN

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 30 de Enero del 2024

VISTOS:

El Exp, Adm. N° 24-000400-001, que contiene el INFORME N° 006-2024-OGC-INCN, de fecha 08 de enero del 2024, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, el INFORME N° 008-2024-UO-OEPE/INCN, de fecha 12 de enero del 2024, del Jefe de la Unidad de Organización de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, el PROVEIDO N° 009-2024-OEPE/INCN, de fecha 12 de enero del 2024 y, el INFORME N° 043-2024-OAJ/INCN, de fecha 24 de enero del 2024, de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, y;

CONSIDERANDO:

Que, el Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud N° 1161, la que en su Artículo 1° titulada Finalidad dice: "El presente Decreto Legislativo determina y regula el ámbito de competencia, las funciones y la estructura orgánica básica del Ministerio de Salud; así como sus relaciones de articulación y coordinación con otras entidades;

Que, con Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/MINSA, de fecha 30 de mayo del 2006, que en su artículo 1° **RESUELVE:** Aprobar el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", que tiene como finalidad contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo y tiene como objetivo, establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, la Resolución Ministerial N° 787-2006/MINSA, de fecha 16 de agosto del 2006, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, la que en el Título I Generalidades Artículo 5° Objetivos del Reglamento nos dice: El objetivo del presente Reglamento es establecer la organización del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, normando su naturaleza, visión, misión y objetivos estratégicos, sus objetivos funcionales generales, estructura orgánica y objetivos funcionales de sus unidades orgánicas, así como sus relaciones, régimen económico, régimen laboral y disposiciones pertinentes, también nos dice en su Artículo 17° Oficina de Gestión de la Calidad.- Es la Unidad Orgánica encargada de implementar el



Sistema de Gestión de la Calidad en el Instituto, para promover la mejora continua de la calidad de los procesos asistenciales y administrativos de atención al paciente, con la participación activa del personal; depende la Dirección General y tiene asignados los siguientes objetivos funcionales:

- a. Promover la incorporación del enfoque de calidad en el Plan Estratégico Operativo Institucional y planes de trabajo.
- b. Proponer indicadores de calidad y desarrollo de actividades para la mejora continua, en coordinación con la Oficina de Planeamiento Estratégico.
- c. Implementar las normas, estrategias, metodologías e instrumentos de la calidad para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.
- d. Asesorar a la Oficina de Personal para la capacitación y sensibilización del personal en los conceptos y herramientas de la calidad.

(...)

- h. Desarrollar y evaluar mecanismos de escucha al usuario para la mejora de la calidad y la participación ciudadana en salud.

Que, con Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, de fecha 29 de octubre del 2009, que **RESUELVE** en su Artículo 1° Aprobar el Documento Técnico: “Política Nacional de Calidad en Salud”, que tiene como finalidad Contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional y tiene como objetivo, Establecer las directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de salud en el sistema de salud del Perú.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, de fecha 03 de febrero del 2012 que **RESUELVE** en el Artículo 1° Aprobar la Guía Técnica: “Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad” teniendo como finalidad Contribuir a la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud y sus actividades dirigidas a la mejora continua de los procesos a través de la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad y como Objetivo General Brindar al personal de las organizaciones de salud un documento de consulta que provea la metodología para la elaboración de proyectos de mejora de la calidad así como la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad;

Que, la Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, de fecha 15 de julio del 2016, que **RESUELVE** en el Artículo 1° Aprobar la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 “Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud”, teniendo como Finalidad, Contribuir a mejorar la calidad de atención en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del Sector Salud, además tiene como Objetivo General Establecer los lineamientos técnicos y metodológicos para realizar la auditoria de la calidad de la atención en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, sean públicos, privados o mixtos y como Objetivos Específicos Actualizar el marco normativo de la auditoria de la calidad de la atención en





N° 029 -2024-DG-INCN

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 30 de Enero del 2024

salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del Sector Salud; Estandarizar los instrumentos para el procedimiento de auditoria de la calidad de la atención en salud y promover la auditoria de la calidad de la atención en salud como herramienta gerencial en los servicios de salud que permita realizar procesos de mejora continua;

Que, el Decreto Supremo N° 008-2017-SA, de fecha 03 de marzo del 2017, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, en el Artículo 126° titulado Institutos Nacionales Especializados, dice: Los Institutos Especializados son Órganos desconcentrados del Ministerio de Salud, dependientes de la Dirección General de Operaciones en Salud. Son responsables de desarrollar las funciones de investigación y docencia en materia de salud, así como servicios de salud altamente especializada en salud, y considera al Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas como tal en el literal f) del artículo en mención;

Que, la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, de fecha 05 de julio del 2021, **RESUELVE** en el Artículo 1° Aprobar las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", el cual tiene como finalidad Fortalecer el Rol de la Rectoría Sectorial del Ministerio de Salud, ordenando la producción normativa de la función de regulación que cumple como Autoridad Nacional de Salud (ANS) a través de sus Direcciones u Oficinas Generales, Órganos Desconcentrados y Organismos Públicos Adscritos y tiene como Objetivo General Establecer las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los Documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud en el marco de sus funciones rectoras;

Que, con Resolución Directoral N° 077-2023-DG-INCN, de fecha 21 de marzo del 2023, la que **RESUELVE** en su artículo primero APROBAR la Directiva Administrativa: "Lineamientos para la Formulación, Elaboración y aprobación de Documentos Normativos y Planes Específicos en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas", teniendo como Finalidad: Contribuir con los lineamientos de elaboración, formulación, aprobación, modificación y actualización de los Documentos Normativos y Planes Específicos, además tiene como Objetivo General: Establecer criterios técnicos, disposiciones y lineamientos metodológicos; que faciliten la determinación, seguimiento, medición, análisis y mejora de los procedimientos para maximizar las etapas de



planificación, formulación, actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación.

El sub numeral 5.3.3 de la precitada Norma titulada Tipos de Documentos Normativos, menciona a los siguientes: Directiva, Guía Técnica y Documento Técnico, a su vez el sub numeral 5.3.8 define al Documento Técnico de la siguiente manera: Es la denominación genérica de aquella publicación del INCN, que contiene información sistematizada o contenidos sobre un determinado aspecto sanitario o administrativo, o que fija posición sobre él; y que la Dirección General considera necesario enfatizar o difundir, autorizándola expresamente. Al ser oficial lo respalda, difunde y facilita su disponibilidad para que sirva de consulta o referencia, sobre aspectos relativos al tema que se aboca. Su finalidad es básicamente de información u orientación a los usuarios, personal de salud, basado en el conocimiento científico y técnico, validado por la experiencia sistematizada y documentada, respaldado por las normas vigentes que correspondan;

Por su contenido, algunos serán de obligatorio cumplimiento (precisado en el ámbito de aplicación), otros serán referenciales, y algunos de información sobre el tema. Se consideran Documentos Técnicos aquellos que abordan aspectos como "Doctrinas", "Lineamientos de Políticas", "Sistema de Gestión de la Calidad", "Planes (de diversa naturaleza)", "Manuales" entre otros. Son precedidos por la Denominación Genérica: Documento Técnico;

El numeral 7.3 de la Resolución Directoral en mención dice que es la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico (OEPE), la encargada de brindar la Asesoría, soporte y apoyo necesario para formular documentos normativos.

Que, con PROVEIDO N° 009-2024-OEPE/INCN, el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, hace suyo el contenido en todos sus extremos del INFORME N° 008-2024-UO-OEPE/INCN, de la unidad de Organización de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, en el que señala que del análisis y visto el Exp. N° 24-000400-001 y su contenido (Informe N° 006-2024-OGC-INCN, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad), de esta forma y estando en cumplimiento con los criterios de la Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/MINSA, que aprueba el documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud", la Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud", la Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica: "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad", la Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V02 "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud", la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud" y la Resolución Directoral N° 077-2023-DG-INCN, que aprueba la Directiva Administrativa: "Lineamientos para la Formulación, Elaboración y Aprobación de Documentos Normativos y Planes Específicos en





Nº 029 -2024-DG-INCN

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 30 de Enero del 2024

el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas es de **OPINIÓN TÉCNICA FAVORABLE**;

Que, de los antecedentes, se aprecia que el proyecto DOCUMENTO NORMATIVO – DOCUMENTO TÉCNICO: “**PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2024**” del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, se encuentra elaborado conforme a la normativa indispensable para su aprobación; por lo que, corresponde su aprobación conforme a lo dispuesto en el Art. 17° del Texto Único Ordenado de la Ley de Procedimiento Administrativo General, Ley N° 27444 y en uso de las atribuciones conferidas mediante Resolución Ministerial N° 787-2006-MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, y de las facultades conferidas; en consecuencia, disponer que la aprobación que se expida mediante Acto Resolutivo, tendrá con eficacia anticipada al 02 de enero del 2024;

Estando a lo informado por la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica y el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico;

Con las visaciones de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- APROBAR con eficacia anticipada al 02 de enero del 2024, el Proyecto del DOCUMENTO NORMATIVO – DOCUMENTO TÉCNICO: “**PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2024**” del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, y que a folios veintiséis (26) forma parte de la presente Resolución Directoral.

Artículo Segundo.- Encargar a la Oficina de Gestión de la Calidad, la coordinación técnica y administrativa en la organización, planificación y supervisión del funcionamiento del DOCUMENTO NORMATIVO – DOCUMENTO TÉCNICO: “**PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2024**”, del INCN.

Artículo Tercero.- Déjese sin efecto cualquier acto resolutive que se oponga a dicha resolución.





Artículo Cuarto.- ENCARGAR, a la Oficina de Comunicaciones efectuó la publicación y difusión de la presente Resolución Directoral en el Portal de Transparencia del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, de conformidad con la norma 27806 Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Regístrese, comuníquese y cúmplase,



MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dirección General

M.C. Esp. JORGE ENRIQUE MEDINA RUBIO
Director del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas



JEMR/CADH/HDCH/AGGG/mwnc



INCN



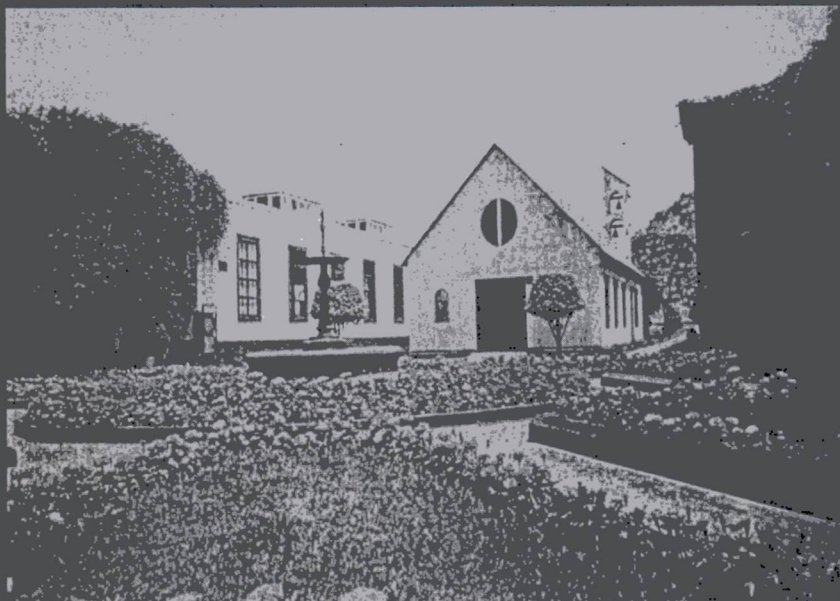
PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestación y
Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional
de Ciencias Neurológicas

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2024”



2024



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional
de Ciencias Neurológicas

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



DOCUMENTO TÉCNICO: "PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2024"



M. CRUZADO S.



C. DIAZ H.



BICENTENARIO
PERÚ
2024



DOCUMENTO TÉCNICO:
"PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2024"



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional
de Ciencias Neurológicas

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"



DIRECTORIO:

M.C. ESP. JORGE ENRIQUE MEDINA RUBIO

DIRECTOR GENERAL

CPC. CESAR ARTURO DIAZ HUANGAL

DIRECTOR EJECUTIVO DE LA OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO

LIC. PSIC. HIRMA DORA CHÁVEZ HORNA

JEFE DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

EQUIPO TÉCNICO:

LIC. ADM. ALDO CARRILLO Y ESPINOZA

ESPECIALISTA ADMINISTRATIVO

LIC. SANDRA ARANDA HURTADO

PSICOLOGA

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

APOYO Y SOPORTE ADMINISTRATIVO:

TEC. LUIS MIGUEL CRUZADO SALAZAR

JEFE DE LA UNIDAD DE ORGANIZACIÓN

OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO

Lima, Perú
2024



M. CRUZADO S.



C. DIAZ H.



BICENTENARIO
PERÚ
2024



DOCUMENTO TÉCNICO:
"PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2024"



ÍNDICE

N°	CONTENIDO	PÁG.
	CUADRO DE CONTROL	05
I.	INTRODUCCIÓN	06
II.	FINALIDAD	07
III.	OBJETIVOS	07
	3.1. OBJETIVO GENERAL	07
	3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	07
IV.	ÁMBITO DE APLICACIÓN	07
V.	BASE LEGAL	07
VI.	CONTENIDO	08
	6.1. JUSTIFICACIÓN	08
	6.2. GLOSARIO DE TÉRMINOS	10
	6.3. ACTIVIDADES	10
	6.4. INDICADORES DE DESEMPEÑO	11
	6.5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	15
VII.	RESPONSABILIDADES	19
VIII.	ANEXOS	19
	ANEXO 01: ACTIVIDADES OPERATIVAS DE CALIDAD	20
	ANEXO 02: IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DETECTADAS EN CALIDAD	21
	ANEXO 03: PRIORIDADES DEL INCN DESDE EL PUNTO DE VISTA DE CALIDAD	23
	ANEXO 04: ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL	24
	ANEXO 05: PRODUCTOS DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	25
IX.	BIBLIOGRAFÍA	26





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional
de Ciencias Neurológicas

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"



DOCUMENTO TÉCNICO: "PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2024"

ROL	ORGANO	FECHA	V° B°
ELABORADO	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Enero, 2024	
REVISADO POR	OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO (UNIDAD DE ORGANIZACIÓN)	Enero, 2024	
	OFICINA DE ASESORÍA JURÍDICA	Enero, 2024	
APROBADO	DIRECCIÓN GENERAL	Enero, 2024	



BICENTENARIO
PERÚ
2024



DOCUMENTO TÉCNICO:
"PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2024"



DOCUMENTO TÉCNICO: "PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2024"

I. INTRODUCCIÓN

La calidad en salud puede ser definida de manera diferente de acuerdo al actor involucrado. Es así que, para el personal de salud, esta variable puede ser definida como el grado en el cual los servicios brindados a individuos y poblaciones incrementan la probabilidad de los resultados en salud deseados y son consistentes con un conocimiento profesional actualizado (IOM, 1990), definición popular adaptada de Donabedian, utilizada también por el Ministerio de Salud (MINSA, 2006).

Para los pacientes, está basada más estrechamente en términos del resultado del servicio brindado. Ellos toman decisiones relacionadas a su cuidado dependiendo principalmente de cuán centrada en el paciente es la atención, comodidades, y reputación. El punto de vista del paciente con respecto a su atención será diferente también de acuerdo a la relación costo-efectividad, es decir, la rentabilidad, demostrando que los costos y coberturas juegan un rol importante para ellos (Muir Gray, 2009).

Las aseguradoras y programas del gobierno que se dedican a subsidiar o cubrir en cierta medida los costos de atención de los pacientes, debido a que suelen manejar un conjunto limitado de recursos, suelen estar más atentos a la relación costo-efectividad y a la eficiencia para asegurar un uso correcto de sus recursos (Nash, Joshi, Ransom, y Ransom, 2019).

Los administradores (y personal administrativo) dirigen su atención a los aspectos no clínicos, tales como acceso al servicio y comodidades. Estos están encargados de asegurar que los recursos sean distribuidos con eficiencia, a un costo adecuado y de manera equitativa (Nash, et al., 2019).

A nivel colectivo o social la eficiencia y la rentabilidad juegan un papel central, así como la equidad y el acceso a la atención, dado que se considera necesario garantizar el acceso a la atención para todo individuo, en particular para los grupos desfavorecidos (Nash, et al., 2019). Revisando cada definición y prioridad, se puede entender la importancia de tomar en cuenta la eficiencia, efectividad, equidad, seguridad, tiempos, y un enfoque centrado en el paciente en cada nivel (Berwick, 2002).

El Sistema de Gestión de la Calidad en Salud (SGCS) definido como "el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a las entidades de salud del Sector y a sus dependencias públicas de los tres niveles (Nacional, Regional y Local), en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión", se enmarca en los Lineamientos de Política del Sector Salud, que se traduce en políticas y objetivos de calidad orientados a la búsqueda permanente de la mejora de la calidad de atención (MINSA, 2006).

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

En cumplimiento del SGCS desarrollado por el MINSA, el INCN se compromete, a través del Plan de Gestión de la Calidad, a hacer más accesible y descentralizada la atención a pacientes con afectaciones neurológicas, respaldando sus resultados en medidas adecuadas a las variables y en conformidad con la normativa vigente para una evaluación, monitoreo y toma de decisiones adecuados en el marco de acreditación, auditoría, atención al usuario, mejora continua, seguridad del paciente e información de calidad.



II. FINALIDAD

Contribuir al fortalecimiento de los diferentes procesos de la calidad en salud neurológicos, neuroquirúrgicos y servicios médicos de apoyo.

Socialización y empleo de herramientas, instrumentos y metodologías de trabajo para fortalecer la calidad de servicio que brinda el instituto especializado a sus usuarios de servicios de neurológicos, neuroquirúrgicos y de apoyo al diagnóstico.

III. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Garantizar el acceso a cuidados y servicios de salud neurológicos y neuroquirúrgicos de calidad organizados en Redes Integradas de Salud; centradas en la persona; familia y comunidad; con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

3.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS

1. Fortalecer el registro en la Lista de Verificación de Cirugía Segura (LVSC).
2. Fortalecer la implementación del registro, notificación y análisis de la ocurrencia de eventos adversos.
3. Dar cumplimiento a la norma de la Auditoría de la Calidad de la Atención.
4. Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad.
5. Mantener el nivel adecuado del proceso de Higiene de Manos.
6. Fomentar las buenas prácticas de Seguridad del Paciente.
7. Afianzar el proceso de Acreditación del INCN.
8. Determinar el nivel de satisfacción de los usuarios externos mediante la aplicación de la encuesta SERVQUAL
9. Monitoreo del Plan de Clima Organización y ejecución de sus recomendaciones.



IV. AMBITO DE APLICACIÓN

El Plan de Gestión de la Calidad se aplica en las Unidades Orgánicas Asistenciales y Administrativas del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

V. BASE LEGAL

Leyes

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- Ley N° 30421, Ley Marco de Telesalud.
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.

Decretos

- Decreto Legislativo N° 1161, aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 054-2018-PCM, aprueba los Lineamientos de Organización del Estado y sus modificatorias.

Resoluciones Ministeriales

- Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/MINSA, aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 787-2006/MINSA, aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.





- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Normas Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médico de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, aprueba el Plan Nacional del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, 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 N° 491-2012/MINSA, incorpora el Anexo 4: "Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría III-2", a la NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 "Normas Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médico de Apoyo" aprobado con Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA.
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud".
- Resolución Ministerial N° 546-2020/MINSA, aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2019-2023 y su ampliación mediante Resolución Ministerial N° 621-2021/MINSA, que aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2019-2024.
- Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".

Resoluciones Directorales

- Resolución Directoral N° 134-2006-SA-INCEN-DG, aprueba el Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.
- Resolución Directoral N° 077-2023-DG-INCEN, aprueba la Directiva Administrativa: "Lineamientos para la Formulación, Elaboración y aprobación de Documentos Normativos y Planes Específicos en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas".

VI. CONTENIDO

6.1. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo a la *Ley N° 26842, Ley General de Salud*, "la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla", además de que cada persona "tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales".

El Plan de Gestión de la Calidad está diseñado conforme a lineamientos del SGCS, documento normativo que, en lo que compete a Establecimientos de Salud, comprende y relaciona aquellos elementos que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a dichas entidades, en lo relativo a la calidad de atención y de la gestión. Siendo así, se hace imperioso, el correcto cumplimiento de los lineamientos establecidos en el plan, como en su constitución y publicación en sí.

Debido a la pandemia por COVID-19, el Estado, incluido el MINSA, se ha visto en la obligación de digitalizar procedimientos en sus diferentes niveles. Dentro de las funciones a cumplir en el SGCS, están tanto la de velar por la correcta atención brindada por los diferentes canales, como también la evaluación de la tecnología sanitaria.





La Ley N° 30421, *Ley Marco de Telesalud*, define la Telesalud como un "servicio de salud a distancia prestado por personal de salud competente, a través de las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC), para lograr que estos servicios y los relacionados con estos sean accesibles a los usuarios en áreas rurales o con limitada capacidad resolutive. Este servicio se efectúa considerando los siguientes ejes de desarrollo de la Telesalud: la prestación de los servicios de salud; la gestión de los servicios de salud; la información, educación y comunicación a la población sobre los servicios de salud; y el fortalecimiento de capacidades al personal de salud, entre otros".

Para mantenerse a la vanguardia, el INCN continúa informatizando procesos y acortándolos con una filosofía centrada en el paciente. De acuerdo a normativa la Matriz SGCS, la cual, además de contener el Plan de Gestión de la Calidad, evalúa otros componentes, los cuales son elaborados, coordinados, trabajados y producidos en conjunto con los comités y equipos correspondientes. Teniendo entre ellos:

- Al criterio de programación, **seguridad en cirugía**, el cual tiene como objetivo el identificar practicas inseguras y riesgos asociados a la atención de en Salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud.
- El criterio de programación en referencia a la información consolidada de registro, notificación y análisis de **eventos adversos**, teniendo como finalidad mejorar la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes que acuden a los establecimientos de salud.
- El criterio de la implementación de la auditoría **de la calidad de atención en salud**, la cual se realiza para verificar y mejorar la calidad de la atención en los servicios en salud y promover activamente el respeto de los derechos de los usuarios de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- El Criterio de programación de la implementación de **proyectos y/o acciones de mejora**, con el fin de fortalecer las competencias técnicas del personal de salud en el uso de herramientas y técnicas para el mejoramiento continuo de la calidad y la elaboración de proyectos de mejora.
- El Criterio de programación de la implementación del proceso de **higiene de manos**, cuyo objetivo es contribuir a reducir las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud en los servicios asistenciales vuestra institución.
- El Criterio de programación de la implementación de las **rondas de seguridad del paciente**, el cual tiene como principal objetivo establecer las disposiciones para la implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente como herramienta de Gestión del riesgo en la atención de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, a fin de contribuir con la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de salud, disminuyendo los riesgos de atención de salud.
- El Criterio de programación de la **autoevaluación**, el cual promueve la evaluación interna según los macro procesos del listado de estándares para implementar mejoras en los procesos y/o procedimientos administrativos y/o asistenciales al interior de vuestra institución.
- Por último, el criterio de medición de la **satisfacción de los usuarios externos**, el cual tiene como principal objetivo y/o finalidad identificar las principales causas del nivel de insatisfacción del usuario externo (SERVQUAL), para la implementación de acciones para la mejora continua en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo basados en la satisfacción del usuario externo.



Por todo lo señalado anteriormente, se demuestra que las diversas acciones de la gestión de la calidad en la institución no pueden ser desarrolladas de manera independiente, por el contrario, éstas se comportan de manera integrada e interrelacionada.

El Plan de Gestión de la Calidad, para el desarrollo de sus objetivos según normativa, requiere asignación de recursos responsables y un monitoreo continuo en comunicación bidireccional con las áreas correspondientes.

Acorde con el Reglamento de Organización y Funciones del INCN, se considera prioritario la ejecución del presente plan, como punto de partida en el fortalecimiento del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud en la institución. Además, para garantizar servicios que acorten las brechas de insatisfacción del usuario, sea seguro y efectivo, y esté dirigido al bienestar de los diversos usuarios de los servicios de salud neurológicos y neuroquirúrgicos.

6.2. GLOSARIO DE TERMINOS

- SGCS: Sistema de Gestión de la Calidad.
- SUSALUD: Superintendencia de Salud.
- MINSA: Ministerio de Salud.
- DVMPAS: Dirección Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud.
- UFGCS: Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud.
- OGC: Oficina de Gestión de la Calidad.
- PAU: Plataforma de Atención al Usuario.
- UPSS: Unidad Prestadora de Servicios de Salud.
- LVCS: Lista de Verificación de Cirugía Segura.
- MCC: Mejora Continua de la calidad.
- CAS: 1. Comité de Auditoría en Salud; 2. Contrato Administrativo de Servicios.
- CAM: Comité de Auditoría Médica.
- PAACAS: Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- PMC: Proyecto(s) de Mejora Continua.

6.3. ACTIVIDADES

- Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en los centros quirúrgicos del INCN.
- Implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de incidentes y/o Eventos Adversos en Salud en el INCN.
- Implementación de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud en el INCN.
- Implementación de Proyectos y/o Acciones de Mejora en base a problemáticas identificadas.
- Implementación del Proceso de Higiene de Manos en el INCN.
- Implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente el INCN.
- Implementación de la Autoevaluación en el INCN.
- Medición de la Satisfacción del Usuario Externo en Consulta externa, Hospitalización, Emergencia y Telemonitoreo en el INCN.
- Monitoreo del Plan de Clima Organización y ejecución de sus recomendaciones.





6.4. INDICADORES DE DESEMPEÑO

Tabla 1

Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en los centros quirúrgicos del INCN

0 puntos	1 punto	2 puntos
Sin documentos	Cuenta con designación oficial de equipo conductor y del coordinador por turno quirúrgico	Cuenta con designación oficial de equipo conductor y del coordinador por turno quirúrgico. Estos cuentan con respectivos informes trimestrales / mensuales sobre avances del proceso de implementación y respectivas propuestas de mejora
Sin consolidado	Cuenta con consolidado de los respectivos planes y proyectos de mejora	Cuenta con consolidado de los respectivos planes y proyectos de mejora, con programa de acompañamiento y monitoreo para su mejoramiento
Sin encuestas semestrales	Cuenta con encuestas semestrales de implementación de LVSC	Cuenta con encuestas semestrales de implementación de LVSC y el cargo respectivo del reporte a la UFGCS
Sin registros	Cuenta con registro de las capacitaciones realizadas	Cuenta con registro de las capacitaciones realizadas donde detalla la brecha existente entre los conocimientos de los participantes (pre y post test)
Porcentaje de cumplimiento semestral de la LVSC =		h_i

Tabla 2

Implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de incidentes y/o Eventos Adversos en Salud en el INCN

0 puntos	1 punto	2 puntos
Sin documentos	Cuenta con registro documentado oficialmente	Cuenta con registro documentado oficialmente y viene implementando un Sistema de Registro y Notificación de Eventos Adversos
Sin identificar	Tiene identificados los eventos adversos más frecuentes	Cuenta con un registro de identificación del número de servicios de salud que vienen implementando un Sistema de Registro y Notificación de Eventos Adversos
Sin identificar	Tiene servicios identificados	Cuenta con un registro de identificación del servicio donde son más frecuentes los eventos adversos
Sin informes	Cuenta con el consolidado de los informes trimestrales	Cuenta con el consolidado de informes trimestrales, los cuales detallan la metodología causa raíz de los eventos adversos más frecuentes
Porcentaje de cumplimiento de servicios capacitados =		h_i



Tabla 3

Implementación de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud en el INCN

0 puntos	1 punto	2 puntos
Sin comité	Cuenta con comité de auditoría médica (CAS)	Cuenta con comité de auditoría médica formalmente designado y operativo
Sin comité	Cuenta con comité de auditoría en salud (CAM)	Cuenta con comité de auditoría en salud formalmente designado y operativo
Sin Plan Anual o sin tener aprobación	Cuenta con Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud (PAACAS) aprobado formalmente	Cuenta con Plan Anual de Auditoría aprobado formalmente y lo ha remitido a la UFGCS del DVMPAS
Sin registro	Cuenta con registro del personal de salud capacitado	Cuenta con registro del personal de salud capacitado y certificado en auditoría de la calidad de atención en el último año
Sin informe o reportes	Cuenta con el informe y los reportes trimestrales de auditoría	Cuenta con el informe y los reportes trimestrales de auditoría, y han sido comunicados oficialmente a la UFGCS del DVPAS
No realiza seguimiento	Realiza seguimiento de las recomendaciones de los informes de auditoría	Realiza seguimiento de las recomendaciones de los informes de auditoría y cuenta con informes de seguimiento
Porcentaje de cumplimiento del PAACAS =		h_i
Porcentaje de recomendaciones implementadas =		h_i

Tabla 4

Implementación de Proyectos y/o Acciones de Mejora en base a problemáticas identificadas

0 puntos	1 punto	2 puntos
Sin proyectos	Ha realizado capacitación en proyectos de mejora	Ha realizado capacitación en proyectos de mejora y tiene documentadas las acciones/proyectos de mejora que se llevarán a cabo
Sin consolidado	Cuenta con consolidado actualizado de los proyectos de mejora	Cuenta con consolidado actualizado de los proyectos de mejora y figuran las respectivas etapas y temáticas abordadas
Sin informe remitido a la UFGCS	Cuenta con informe remitido a la UFGCS	Cuenta con informe remitido a la UFGCS con sus respectivos resultados positivos según sea la etapa del proyecto
Porcentaje de proyectos y/o acciones de mejora elaborados/implementados =		h_i



M. CRUZADO S.



C. DIAZ H



BICENTENARIO
PERÚ
2024





Tabla 5

Implementación del Proceso de Higiene de Manos en el INCN

0 puntos	1 punto	2 puntos
Sin actividades o sin informe	Cuenta con informe documentado	Cuenta con informe documentado remitido a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del DVMPAS
Sin informe trimestral	Cuenta con informe trimestral de monitoreo de la técnica correcta de higiene de manos	Cuenta con informe trimestral de monitoreo de la técnica correcta de higiene de manos y de los 5 momentos de la higiene de manos en la atención en salud
Porcentaje de adherencia de la higiene de manos =		h_i

Tabla 6

Implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente el INCN

0 puntos	1 punto	2 puntos
Sin documento oficial de la constitución	Cuenta con documento oficial del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente según normatividad	Cuenta con documento oficial del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente según normatividad y con cronograma anual aprobado por el titular
Sin informes	Cuenta con informes de Rondas de Seguridad	Cuenta con informes de Rondas de Seguridad según cronograma anual aprobado y con informes de implementación de acciones de mejora en relación a riesgos identificados
Porcentaje de número de rondas implementadas / Total de rondas programadas =		h_i

Tabla 7

Implementación de la Autoevaluación en el INCN

0 puntos	1 punto	2 puntos
Sin organizar y sin plan	Cuenta con equipo de acreditación y de evaluadores internos	Cuenta con equipo de acreditación y de evaluadores internos, y han sido capacitados para realizar el proceso de acreditación
Sin plan ni comunicación	Cuenta con plan de autoevaluación	Cuenta con plan de autoevaluación y la comunicación del inicio de autoevaluación a la UFGCS
Sin informes	Cuenta con informe técnico de autoevaluación y con informes de implementación de las acciones de mejora en un 30%	Cuenta con informe técnico de autoevaluación y con informes de implementación de las acciones de mejora en un 80%
Puntaje obtenido en la autoevaluación realizada =		h_i



M. CRUZADO S.

BICENTENARIO
PERÚ
2024

Tabla 8

Medición de la Satisfacción del Usuario Externo en Consulta externa, Hospitalización, Emergencia y Telemonitoreo en el INCN

0 puntos	1 punto	2 puntos
Sin programar	Tiene programado formalmente el inicio de la medición de la satisfacción de los usuarios externos en consulta externa, hospitalización y emergencia	Tiene programado formalmente el inicio de la medición de la satisfacción de los usuarios externos en consulta externa, hospitalización y emergencia; y al primer semestre hay un avance del 50% de aplicación de las encuestas
Sin consolidado	Cuenta con el consolidado de los resultados de la medición de la satisfacción del usuario externo en 1 UPSS	Cuenta con el consolidado de los resultados de la medición de la satisfacción del usuario externo en 2 UPSS
Sin informe de resultados	Cuenta con el informe de los resultados de la medición de la satisfacción de los usuarios externos	Cuenta con el informe de los resultados de la medición de la satisfacción de los usuarios externos y tiene identificados los proyectos y/o acciones de mejora para el inicio de su intervención
Sin informe	Cuenta con informe de la medición de la satisfacción de los usuarios externos	Cuenta con informe con resultados de la medición de la satisfacción del usuario externo y ha sido remitido a la UFGCS
Porcentaje promedio de satisfacción de usuarios externos =		h_i



M. CRUZADO S.



C. DIAZ H.



6.5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2024- Según Criterios de Programación de Actividades Institutos (IPRESS III-2) 2024																
Actividades		Unidad de medida	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Entregables
OE.1: FORTALECER EL REGISTRO EN LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA (LVSC)																
Designación oficial del equipo conductor y del coordinador de LVSC	Resolución Directoral		X													1 entrega
Notificación trimestral sobre avances del proceso de implementación y sus respectivas propuestas de mejora	Informe			X				X			X			X		4 entregas
Programa de acompañamiento y monitoreo correspondientes a informes trimestrales	Memorando circular			X				X			X			X		4 entregas
Elaboración de informes semestrales de la implementación de la LVSC y reporte a la UFGCS	Resolución Directoral								X						X	2 entregas
OE.2: FORTALECER LA IMPLEMENTACIÓN DEL REGISTRO, NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LA OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS																
Sensibilización en la herramienta SINREA	Memorando Circular		X			X			X			X				4 entregas
Informe en base a documentación y uso del Registro y Notificación de Eventos Adversos con identificación de eventos adversos más frecuentes y metodología causa raíz	Informe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		12 entregas
Elaboración de informes semestrales y comunicación al UFGCS	Informe								X						X	2 entregas
OE.3: DAR CUMPLIMIENTO A LA NORMA DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN																
Constitución del CAS y del CAM	Resolución Directoral		X													1 entrega
Elaboración y presentación del PAACAS a Dirección General para su aprobación	Resolución Directoral			X												1 entrega

Capacitación y certificación de integrantes de los comités	Informe						X												1 entrega
Auditorías programadas realizadas	Informe					X					X								4 entregas
Monitoreo de acciones correctivas	Informe						X						X						4 entregas
Elaboración de informes semestrales y comunicación al UFGCS	Informe											X							2 entregas
OE.4: FORTALECER COMPETENCIAS EN MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD																			
Conformación del Comité de Mejora Continua	Resolución Directoral																		1 entrega
Identificación de Prioridades de Mejora y designación de Equipos de Mejora Continua	Resolución Directoral					X													1 entrega
Capacitaciones a los Equipos de Mejora Continua	Actas de reunión					X				X				X					5 entregas
Informe de avance de Proyectos de mejora enviado a la UFGCS	Informe										X							X	2 entregas
Participación en el Concurso Anual de Proyectos de Mejora	Informe																		Condicional
Socialización de resultados de Proyectos de mejora	Memorando Circular																	X	1 entrega
OE.5: MANTENER EL NIVEL ADECUADO DEL PROCESO DE HIGIENE DE MANOS																			
Elaboración y presentación del Plan Anual de Higiene de Manos a Dirección General para su aprobación	Resolución Directoral						X												1 entrega
Actividades desarrolladas por el día Mundial de Higiene de manos	Resolución Directoral								X										1 entrega
Monitoreo o supervisión del cumplimiento de Higiene de manos	Informe							X							X				4 entregas

[illegible]



VII. RESPONSABILIDADES

- La ejecución del presente plan es de responsabilidad de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- Las actividades y/o acciones se ejecutan en coordinación con los jefes de las diferentes unidades orgánicas asistenciales y administrativas involucradas.

VIII. ANEXOS

ANEXO 01: ACTIVIDADES OPERATIVAS DE CALIDAD

ANEXO 02: IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DETECTADAS EN CALIDAD

ANEXO 03: PRIORIDADES DEL INCN DESDE EL PUNTO DE VISTA DE CALIDAD

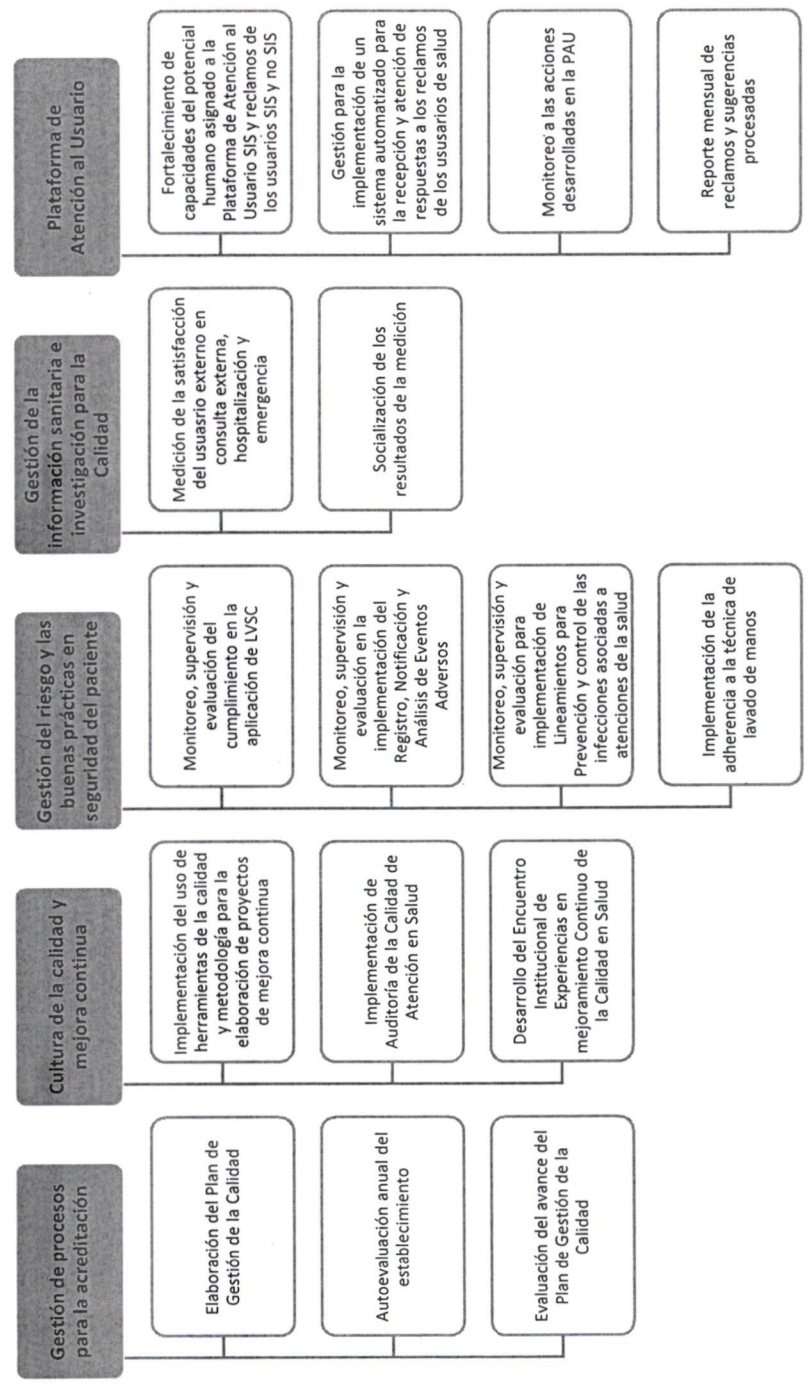
ANEXO 04: ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL

ANEXO 05: PRODUCTOS DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD





ANEXO 01 ACTIVIDADES OPERATIVAS DE CALIDAD



ANEXO 02

IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DETECTADAS EN CALIDAD

Tabla 10

Necesidades básicas urgentes por el estado actual del ambiente y el mobiliario

Categoría	Estado actual	Necesidades básicas urgentes
Ambientes	Oficina habilitada en espacio reducido (aprox. 12m ²) e inadecuado (no cumple con normas de ventilación y aislamiento) a; b, siendo hacinado e insalubre con un aforo por encima de lo recomendado.	Opción 1: Reubicación de la Oficina a otro ambiente que cumpla con la normativa (área aproximada de 63m ² con ventilación vías de ventilación superiores al 5% del área total de la oficina (en caso no tenga ventilación exterior, sistema de ventilación electromecánico). Opción 2: Ampliación y remodelación con estudio de proyecto sustentado por arquitectos e ingenieros civiles.
	Viola las normas de bioseguridad, aún más durante el contexto de la pandemia por COVID-19.	
	Presenta alto riesgo por material según evaluación de defensa civil.	
Mobiliario	Antiguo de metal y madera reciclados, bienes patrimoniales y muebles dados de baja de otras instituciones.	Reemplazo de mobiliarios por nuevos dado que se encuentran en pésimas condiciones. Reemplazo de sillas por nuevas y ergonómicas en pos de la salud ocupacional.
	Sillas usadas por el personal en mal estado, de segundo uso, reciclados de otras instituciones.	

- a. Norma técnica de arquitectura A.010
b. Norma técnica de arquitectura A.0130
c. Norma técnica de arquitectura A.080

Tabla 11

Necesidades básicas urgentes por el estado situacional de equipos informáticos y mobiliario

Categoría	Estado actual	Necesidades básicas urgentes
Equipos informáticos	Equipos de cómputo insuficientes para el trabajo del personal	Adquisición de 3 equipos de cómputo
	Carencia de memoria externa para asegurar la data de los estudios realizados en la oficina	Adquisición de 2 unidades de 1Tb cada una
Mobiliario	Sillas antiguas o inadecuadas para la correcta postura durante la jornada laboral	Adquisición de 5 sillas reclinables ergonómicas
	Mobiliario de escritorio	Adquisición y/o renovación de 7 escritorios
	Carencia de mesa de trabajo / reuniones	Adquisición de 1 mesa para reuniones
	Estantes insuficientes para archivar documentos	Adquisición de 2 estantes para archivar documentos



Tabla 12

Necesidades básicas urgentes por el estado actual de RRHH cubiertas por personal por
locación de servicios

Categoría	Estado actual	Necesidades básicas urgentes
Locación de servicios	Abogado para atender respuestas a reclamos de usuarios y SUSALUD, SETI Reclamos, PAUS.	Necesidad de personal para el seguimiento, mantenimiento y control a las denuncias de los usuarios
	Abogado para Integridad y Anticorrupción	Necesidad de personal para dar seguimiento, mantenimiento y control a las denuncias de actos de corrupción y al Plan de Integridad y lucha contra la corrupción y al cumplimiento de RD No. 021-2023-DG-INCN
	Contador Público para el Sistema de Control Interno (con la Contraloría) ^a	Necesidad del personal para dar seguimiento, mantenimiento y control del SCI
	Apoyo Administrativo egresado en carrera de salud para fortalecer actividades administrativas de la OGC (Comités, Equipos de trabajo, elaboración de Planes de gestión)	Necesidad del personal para brindar experticia y conocimiento técnico y normativo vinculado al sector salud
	Secretario con perfil requerido	Necesidad del personal encargado de documentación de la OGC
	Orientadores para la atención de pacientes en áreas comunes	Necesidad del personal para brindar orientación a pacientes que acuden al INCN
	Orientadores para la atención de pacientes en áreas comunes	Necesidad del personal para brindar orientación a pacientes que acuden al INCN
	Orientadores para la atención de pacientes en áreas comunes	Necesidad del personal para brindar orientación a pacientes que acuden al INCN

a. Encargaturas provenientes de Dirección General

Tabla 13

Necesidades básicas urgentes por el estado actual de RRHH cubiertas por personal Nombrado
y CAS

Categoría	Estado actual	Necesidades básicas urgentes
Nombrado	Jefatura	Cubierto por personal asistencial, modalidad asignación de funciones a Psicóloga nombrada en cargo de confianza
	Capellán (D.L. 276)	Cubierto mediante contrato a plazo fijo en plaza de nombramiento, para fortalecer labores de escucha al usuario y asistencia espiritual
	Especialista Administrativo II (D.L 276)	Cubierto. Luego de haber concluido cargo de confianza.



M. CRUZADO S.



C. DIAZ H





ANEXO 03

PRIORIDADES DEL INCN DESDE EL PUNTO DE VISTA DE CALIDAD

- ✓ Mejora de la capacidad resolutive de las unidades orgánicas de nuestra institución 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.
- ✓ Reestructuración de flujos y procesos de atención considerados como desperdicios de tiempos. (nudos críticos o cuellos de botella)



M. CRUZADO S.

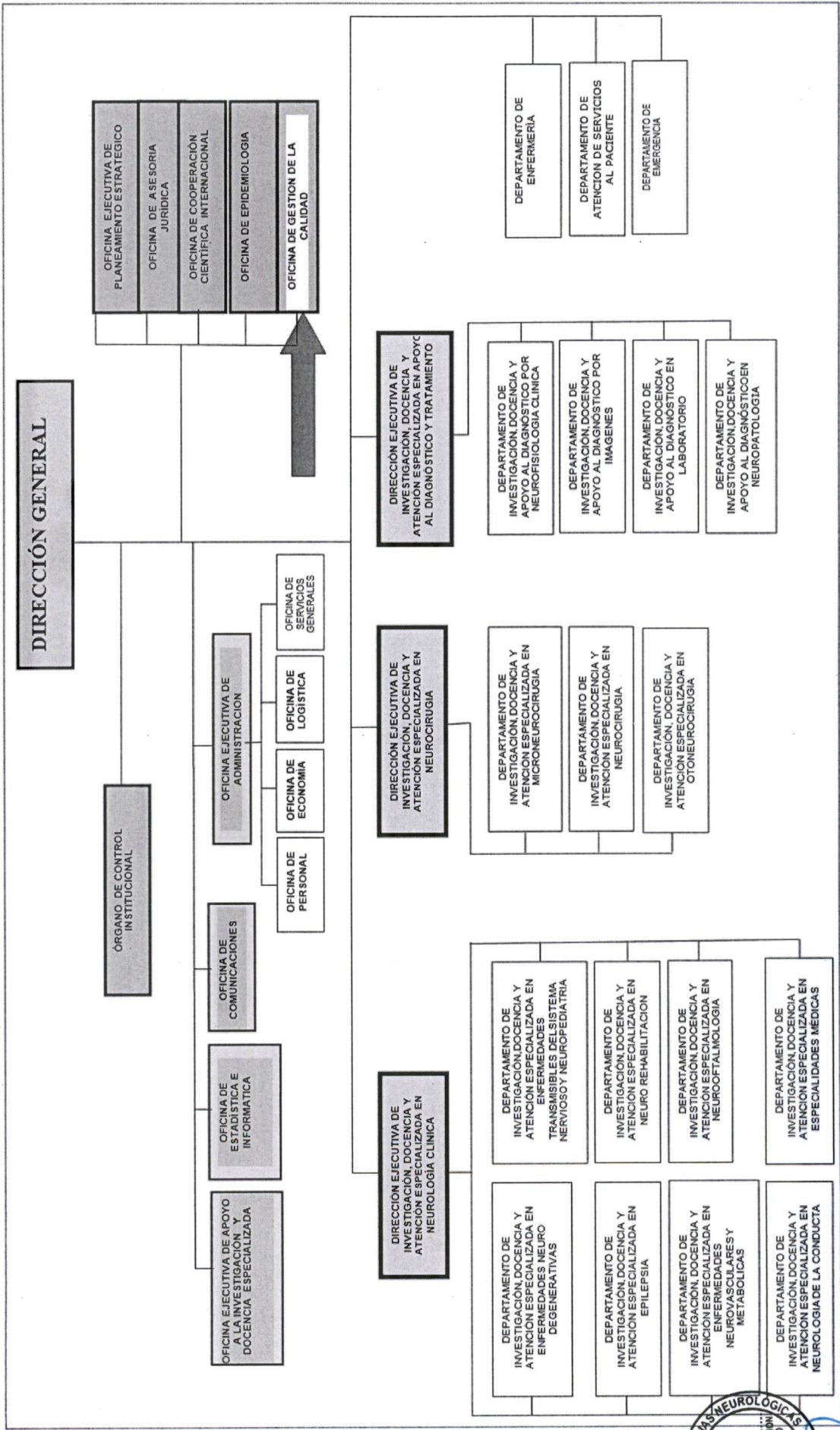


C. DIAZ H.





ANEXO 04
ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL





IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Berwick, D. M. 2002. "A User's Manual for the IOM's 'Quality Chasm' Report." *Health Affairs (Millwood)*, 21 (3): 80–90
2. Institute of Medicine (1990) *Medicare: A Strategy for Quality Assurance*. Washington, DC: National Academies Press
3. Muir Gray, J. A. (2009). *Evidence-Based Healthcare: How to Make Decisions About Health Services and Public Health*, 3ra ed. Edinburgh, UK: Churchill Livingstone
4. Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento (2006). *Requisitos de seguridad* (Norma Técnica a.130). https://limacap.org/normatividad-019/oficinas/RNE_A.130%20REQUISITOS%20DE%20SEGURIDAD%20DS%20N%C2%B0%20017-2012_09.11.2012.pdf
5. Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento (2018). *Oficinas* (Norma Técnica A.080). <https://ici.edu.pe/brochure/normas/Norma-A.080-Oficinas-Ingesoft.pdf>
6. Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento (2021). *Condiciones Generales de Diseño del Reglamento Nacional de Edificaciones* (Norma Técnica A.010). <https://elperuano.pe/NormasElperuano/2021/07/08/1970636-1/1970636-1.htm>
7. Nash, D. B., Joshi M. S., Ransom, E. R., Ransom, S. B. (2019). *The Healthcare Quality Book: Vision, Strategy, and Tools* 4ta ed. AUPHA/HAP

