



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 28 de marzo de 2025

Visto, el Expediente N° 25-005139-001, que contiene el INFORME N° MEMORANDO N° 001-2025-ETP-SIS-DG-INCN, del Equipo de Trabajo del Proyecto SIS - INCN, el INFORME N° 048-2025-UO-OEPE/INCN, de la Unidad de Organización de la OEPE, el PROVEIDO N° 038-2025-OEPE/INCN, del de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, y;

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo a lo establecido en los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, disponen que "la salud es condición indispensable para el desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo". Por lo que su protección es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, asimismo el numeral III del Título Preliminar establece que toda persona tiene derecho a la protección de su Salud en los términos y condiciones que establece la Ley. El derecho a la salud es irrenunciable y es 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 con arreglo a principios de equidad;

Que, la Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 008-2010-SA, resuelve en su artículo 1° establecer el marco normativo del aseguramiento universal en salud, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento, asimismo en el numeral 3 del artículo 5° menciona que el Estado asegura a toda la población cubierta bajo el esquema de aseguramiento universal en salud un sistema de protección social en salud que incluye garantías explícitas relativas al acceso, calidad, protección financiera y oportunidad, con las que deben ser otorgadas las prestaciones;

Que, de acuerdo al numeral 17.1 del artículo 17° del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, establece que: La autoridad podrá disponer en el mismo acto administrativo que tenga eficacia anticipada a su emisión, sólo 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 existiera en la fecha a la que pretenda retrotraerse la eficacia del acto el supuesto de hecho justificativo para su adopción;

Que, lo dispuesto en el artículo 4° del Decreto Legislativo N° 1163, Decreto Legislativo que Aprueba Disposiciones para el Fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, establece que la transferencia de fondos o pago que efectuó el Seguro Integral de Salud (SIS), requiere la suscripción obligatoria de un convenio o contrato, pudiendo tener una duración de hasta tres (3) años renovables. En los convenios y contratos suscritos con



las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) públicas y privadas respectivamente, podrán establecerse diferentes modalidades y mecanismos de pago;

Que, de acuerdo a la Resolución Jefatural N° 234-2022-SIS/J, aprueba la Directiva N° 015-2022-SIS/GNF-V.01 "Directiva que establece el Proceso de Valorización de las Prestaciones de Salud del Seguro Integral de Salud", la misma que tiene por finalidad establecer el proceso de valorización de las prestaciones de salud, brindadas a los asegurados del Seguro Integral de Salud por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), a efectos del financiamiento según mecanismo de pago definido;

Que, a través del MEMORANDO N° 001-2025-ETP-SIS-DG-INCEN, de fecha 11 de marzo de 2025, el Equipo de Trabajo del Proyecto SIS – INCEN, informa que a la firma del Convenio con el SIS se incorporó la cláusula *EL PRESTADOR Y LAS IAFAS SIS*, en el marco de la cuarta Adenda del Convenio entre el Seguro Integral de Salud – SIS el fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL y la Institución Prestadora de Servicios de Salud, "Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas"- INCEN, para el financiamiento de las prestaciones brindadas a sus asegurados -Periodo 2022-2024; comprometiéndose a continuar en este nuevo Convenio con el desarrollo del plan de mejora de la calidad en los procesos prestacionales y administrativos, por ello remite a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico el Documento Técnico - "Plan de Mejora de la Calidad en los Procesos Prestacionales y Administrativos que contribuyen a Mejorar la Calidad, para el Cumplimiento del Convenio" para su aprobación de acuerdo al Anexo 1: Cronograma de Actividades con eficacia anticipada al 02 de enero de 2025, en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas;

Que, al artículo 5° del Título I, del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, aprobado con Resolución Ministerial N° 787-2006/MINSA, tiene por objetivo 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 de sus relaciones, régimen económico, régimen laboral y disposiciones pertinentes;

Que, el artículo 10° de la precitada norma establece que la Dirección General es el Órgano de dirección del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, a cargo de un Director General; tiene asignados los siguientes objetivos funcionales:

- ✓ Gestionar la obtención de cooperación técnica y financiera nacional e internacional y el apoyo a los planes del Instituto Nacional en el marco de las facultades autorizadas por el Ministerio de Salud.
- ✓ Organizar y dirigir el funcionamiento del Instituto Nacional para el logro de sus objetivos.
- ✓ 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.

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, se aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", que tiene por finalidad fortalecer el rol de Rectoría 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 y 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;





RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, *28* de marzo de 2025

Que, en ese contexto, mediante la Resolución Directoral N° 077-2023-DG-INCN, de fecha 21 de marzo de 2023, se resuelve aprobar la Directiva Administrativa: "LINEAMIENTOS PARA LA ELABORACIÓN, FORMULACIÓN Y APROBACIÓN DE DOCUMENTOS NORMATIVOS Y PLANES ESPECÍFICOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS", con el objetivo general de 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;



Que, con fecha 20 de marzo de 2025, el Jefe de la Unidad de Organización de la OEPE, traslada al Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico el INFORME N° 048-2025-UO-OEPE/INCN, con Opinión Técnica Favorable del Documento Normativo - Documento Técnico: "Plan de Mejora de la Calidad en los Procesos Prestacionales y Administrativos que contribuyen a Mejorar la Calidad, para el Cumplimiento del Convenio", elaborado por el Equipo de Trabajo del Proyecto SIS – INCN, conformado con Resolución Directoral N° 080-2025-DG-INCN, en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas informe que es ratificado con el PROVEIDO N° 038-2025-OEPE/INCN, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, sugiriendo aprobar el documento técnico con eficacia anticipada al 02 de enero del 2025 de acuerdo al numeral 6.2 del Cronograma de Actividades;



Que, el Documento Normativo - Documento Técnico: "Plan de Mejora de la Calidad en los Procesos Prestacionales y Administrativos que contribuyen a Mejorar la Calidad, para el Cumplimiento del Convenio", tiene por finalidad mejorar los procesos prestacionales y administrativos para lograr una atención con oportunidad segura y de calidad a los pacientes del INCN, con objetivo general de desarrollar e implementar un plan de mejora de los procesos prestacionales y administrativos, que contribuyan a la óptima calidad, eficiencia e integridad de los datos registrados en un sistema digitalizado de prestaciones de salud en el FUA, para obtener un financiamiento favorable del SIS y asegurar una ejecución efectiva por parte del INCN, asimismo a la firma del convenio con el SIS se incorporó la cláusula *EL PRESTADOR Y LAS IAFAS SIS*, en el marco de la cuarta Adenda del Convenio entre el SIS, con una demanda presupuestal de S/ 144,000.00, que será financiado por la *FF DyT*;



Que, conforme al literal g) del artículo 11° del Título III, del Reglamento de Organización y Funciones del INCN, aprobado por Resolución Ministerial N° 787-2006/MINSA, establece las atribuciones y responsabilidades del Director General es expedir resoluciones directorales en los asuntos de su competencia;



Que, estando al plan propuesto por el Equipo de Trabajo del Proyecto SIS – INCN, y lo opinado por el Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica con el INFORME N° 189-2025-OAJ/INCN, de 27 de marzo de 2025;

Con los vistos del Presidente del Equipo de Trabajo del Proyecto SIS-INCN, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

De, conformidad con lo establecido en la Ley N° 26842, Ley General de Salud, la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, Resolución Directoral N° 077-2023-DG-INCN, aprueba la Directiva Administrativa: "Lineamientos para la Elaboración, Formulación y Aprobación de Documentos Normativos y Planes Específicos en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, la Resolución Ministerial N° 002-2025/MINSA, y su modificatoria, que delega facultades en el Ministerio de Salud durante el Año Fiscal 2025, en el artículo 14° delegación y facultades a los /las Directores/as Generales de las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) de Lima Metropolitana, Institutos Nacionales Especializados y Hospitales del Ministerio de Salud y el Manual de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, aprobado con Resolución Ministerial N° 787-2006/MINSA;



SE RESUELVE:

Artículo 1° APROBAR con eficacia anticipada al 02 de enero de 2025, el Documento Normativo - Documento Técnico: "Plan de Mejora de la Calidad en los Procesos Prestacionales y Administrativos que contribuyen a Mejorar la Calidad, para el Cumplimiento del Convenio" y que a veintisiete (27) folios formará parte integrante del acto resolutivo.



Artículo 2° ENCARGAR, al Equipo de Trabajo del Proyecto SIS – INCN, la implementación, aplicación, monitoreo, supervisión y cumplimiento del Documento Normativo - Documento Técnico: "Plan de Mejora de la Calidad en los Procesos Prestacionales y Administrativos que contribuyen a Mejorar la Calidad, para el Cumplimiento del Convenio".

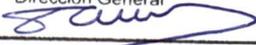
Artículo 3° DEJAR SIN EFECTO, todo acto resolutivo que se oponga o contradiga a la presente Resolución Directoral.

Artículo 4° DISPONER que la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación y difusión de la presente Resolución Directoral en el Portal de Transparencia del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

Regístrase, comuníquese y publíquese,



LJSR/LMLV/PDRG/mcs

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dirección General

M.C. Esp. LUIS JAIME SAAVEDRA RAMIREZ
Director General
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas



INCN



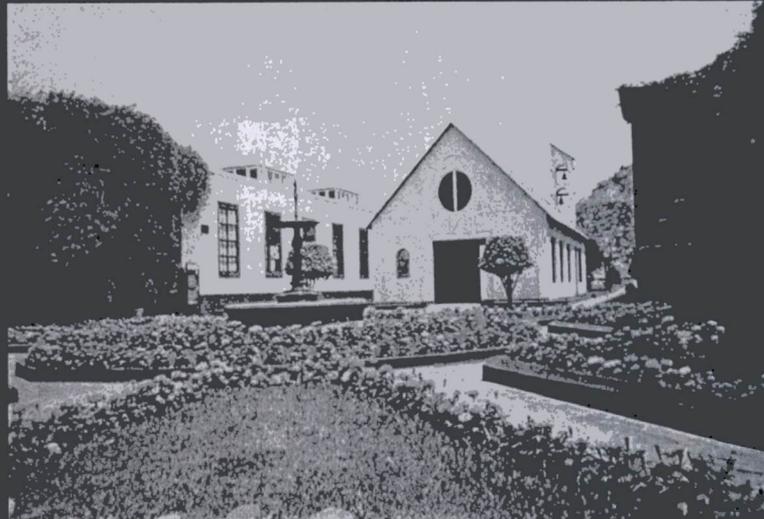
PERÚ
Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional
de Ciencias Neurológicas

DIRECCION GENERAL

EQUIPO DE TRABAJO DEL PROYECTO SIS - INCN



**DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LOS
PROCESOS PRESTACIONALES Y
ADMINISTRATIVOS QUE CONTRIBUYEN A
MEJORAR LA CALIDAD, PARA EL
CUMPLIMIENTO DEL CONVENIO”**



2025



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 de la recuperación y consolidación de la economía peruana"



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS

DIRECCIÓN GENERAL

EQUIPO DE TRABAJO DEL PROYECTO SIS - INCN



DOCUMENTO TÉCNICO: "PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LOS PROCESOS PRESTACIONALES Y ADMINISTRATIVOS QUE CONTRIBUYEN A MEJORAR LA CALIDAD, PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONVENIO"



DIRECTORIO:

M.C. ESP. LUIS JAIME SAAVEDRA RAMIREZ
DIRECTOR GENERAL

M.C. ESP. LEONEL MARIO LOZANO VÁSQUEZ
DIRECTOR DE LA OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO

CPC. MARINA ISABEL HERNÁNDEZ PACHECO
RESPONSABLE DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE SEGUROS

ELABORADO POR:

EQUIPO DE TRABAJO PARA EL PROYECTO SIS - INCN 2025
Resolución Directoral N°080-2025-DG-INCN

- Director General
- Responsable de la Unidad Funcional de Seguros
- Director(a) de la Oficina Ejecutivo de Administración
- Director(a) de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Director(a) Ejecutivo(a) de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Neurología Clínica
- Director(a) de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Neurocirugía
- Director(a) Ejecutivo(a) de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento
- Jefe del Departamento de Atención de Servicios al Paciente
- Jefe(a) de la Oficina de Gestión de la Calidad
- Jefe(a) de la Oficina de Estadística e Informática
- Jefe(a) de la Oficina de Logística
- Jefe(a) del Servicio de Farmacia

Lima, Perú
2025





ÍNDICE

| N° | CONTENIDO | PÁG. |
|-------|---|------|
| | CUADRO DE CONTROL | 05 |
| I. | INTRODUCCION | 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 | 10 |
| | 6.1. ESTRATEGIAS | 10 |
| | 6.2. CRONOGRAMA Y ACTIVIDADES | 10 |
| | 6.3. RECURSOS | 11 |
| VII. | RESPONSABILIDADES | 13 |
| VIII. | ANEXOS | 13 |
| | ANEXO 01: CRONOGRAMA Y ACTIVIDADES | 14 |
| | ANEXO 02: FODA | 15 |
| | ANEXO 03: METODOLOGÍA DE LOS 5 ¿POR QUÉS?: DESEMBALSE QUIRÚRGICO | 16 |
| | ANEXO 04: METODOLOGÍA DE LOS 5 ¿POR QUÉS?: MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS DATOS REGISTRADOS EN EL FUA | 17 |
| | ANEXO 05: METODOLOGÍA DE LOS 5 ¿POR QUÉS?: MAPEO DE PROCESOS PRESTACIONALES Y ADMINISTRATIVOS | 18 |
| | ANEXO 06: DIAGRAMA DE ISHIKAWA DEL DESEMBALSE QUIRÚRGICO | 19 |
| | ANEXO 07: DIAGRAMA DE ISHIKAWA DE LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS DATOS REGISTRADOS EN EL FUA. | 20 |
| | ANEXO 08: DIAGRAMA DE ISHIKAWA DEL MAPEO DE PROCESOS PRESTACIONALES Y ADMINISTRATIVOS. | 21 |
| | ANEXO 09: MATRIZ DE RIESGOS/OPORTUNIDADES DE DESEMBALSE QUIRÚRGICO. | 22 |
| | ANEXO 10: MATRIZ DE RIESGOS/OPORTUNIDADES DE LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS DATOS REGISTRADOS EN EL FUA. | 23 |
| | ANEXO 11: MATRIZ DE RIESGOS/OPORTUNIDADES DEL MAPEO DE PROCESOS PRESTACIONALES Y ADMINISTRATIVOS. | 24 |
| | ANEXO 12: METODOLOGÍA DE CICLO DE MEJORA CONTINUA O CICLO PDCA DEL DESEMBALSE QUIRÚRGICO. | 25 |
| | ANEXO 13: METODOLOGÍA DE CICLO DE MEJORA CONTINUA O CICLO PDCA DE LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS DATOS REGISTRADOS EN EL FUA. | 26 |
| | ANEXO 14: METODOLOGÍA DE CICLO DE MEJORA CONTINUA O CICLO PDCA DEL MAPEO DE PROCESOS PRESTACIONALES Y ADMINISTRATIVOS. | 27 |



P. RODRIGUEZ



L. LOZANO V.





CUADRO DE CONTROL

| ROL | ORGANO | FECHA | V° B° |
|--------------|--|-------------|---|
| ELABORADO | EQUIPO DE TRABAJO PARA EL PROYECTO SIS - INCN 2025 | ENERO, 2025 | |
| REVISADO POR | OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO (UNIDAD DE ORGANIZACIÓN) | MARZO, 2025 |  L. LOZANO V. |
| | OFICINA DE ASESORÍA JURÍDICA | MARZO, 2025 |  P. RODRIGUEZ |
| APROBADO | DIRECCION GENERAL | MARZO, 2025 | |





DOCUMENTO TÉCNICO:

“PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LOS PROCESOS PRESTACIONALES Y ADMINISTRATIVOS QUE CONTRIBUYEN A MEJORAR LA CALIDAD, PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONVENIO”**I. INTRODUCCIÓN**

El Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN) es una entidad desconcentrada del Ministerio de Salud, dedicada a la investigación, docencia, normatividad y atención especializada de enfermedades que afectan al sistema nervioso central (cerebro y columna vertebral).

El INCN tiene por misión: “Brindar atención altamente especializada en Neurología y Neurocirugía, integrando la práctica clínica, investigación y docencia, inspirando confianza y contribuyendo en la salud de nuestros pacientes y de la comunidad”. Desde el año 1700 hasta la actualidad el INCN brinda los mejores servicios de calidad a todos los pacientes en los diferentes tipos de atención como son consulta externa, hospitalización, intervenciones quirúrgicas, emergencia y apoyo al diagnóstico, siendo el mayor porcentaje de pacientes atendidos los que corresponden al Seguro Integral de Salud (SIS).

A lo largo del tiempo, el INCN ha brindado de forma ininterrumpida atenciones, actualmente presenta un embalse quirúrgico debido, principalmente, a la falta de medicamentos e insumos. Este problema desencadena las causas identificando los puntos cruciales por atender: no se cuenta con la totalidad de flujo de procesos prestacionales y administrativos, así como el registro deficiente de los datos en el Formato Único de Atención (FUA).

Es por ello que, en la firma del convenio SIS – INCN periodo 2025-2027, se incorporó la cláusula *“EL PRESTADOR y LA IAFAS SIS, en el marco de la cuarta Adenda del Convenio entre el Seguro Integral de Salud - SIS, el Fondo Intangible Solidario de Salud - FISSAL y la Institución Prestadora de Servicios de Salud” Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas - INCN, para el financiamiento de las prestaciones brindadas a sus asegurados - Periodo 2022-2024; se comprometen a continuar en este nuevo Convenio con el desarrollo del plan de mejora de la calidad en los procesos prestacionales y administrativos que contribuyen a mejorarla calidad del dato registrado de las prestaciones de salud en el Formato Único de Atención, incluyendo acciones de mejora en el proceso de estructura de costos para la implementación del plan de desembalse quirúrgico. Para este fin EL PRESTADOR tendrá hasta 90 días para presentar la propuesta del plan mencionado. La GREP será la contraparte del SIS para esa tarea, para desarrollar un plan de mejora y poder atender a todos los pacientes asegurados.*

En ese sentido el presente Plan de Trabajo, está orientado a disminuir la morbimortalidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes que se encuentran en una lista de espera quirúrgica; y que requieren recibir la atención de manera oportuna y pertinente.



II. FINALIDAD

Mejorar los procesos prestacionales y administrativos para lograr una atención con oportunidad segura y de calidad a los pacientes del INCN.

III. OBJETIVO

3.1. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar e implementar un plan de mejora de los procesos prestacionales y administrativos, que contribuyan a la óptima calidad, eficiencia e integridad de los datos registrados en un sistema digitalizado de prestaciones de salud en el FUA, para obtener un financiamiento favorable del SIS y asegurar una ejecución efectiva por parte del INCN.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.2.1. Determinar la situación de los pacientes en la lista de espera para calcular el financiamiento adicional que se solicitará al SIS.
- 3.2.2. Implementar un sistema de digitalización para mejorar de manera integral todo el proceso del FUA.
- 3.2.3. Identificar, supervisar y evaluar los procesos de prestación y administración de servicios para optimizar la atención al paciente, con el objetivo de elevar la calidad, eficiencia e integridad en la Institución.
- 3.2.4. Establecer un cronograma de actividades indicando el tiempo estimado.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Este plan de trabajo abarca desde la recolección de información sobre desembalse quirúrgicos en todas las unidades de Neurocirugía hasta la entrega final del proyecto al SIS y su posterior implementación en el INCN. Además de optimizar los procesos prestacionales y administrativos, que contribuirán a fortalecer la calidad y eficiencia del servicio, garantizando una atención óptima para los pacientes.

V. BASE LEGAL

Leyes

- Ley N° 26842 "Ley General de Salud" y modificatorias.
- Ley N° 29414 Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010- SA, señala como una de las funciones de las IAFAS la de "brindar servicios de cobertura en salud a sus afiliados en el marco del proceso de Aseguramiento Universal en Salud".
- Ley N° 31953, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2024, y en el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 011-2011- SA, modificado por Decreto Supremo N° 002-2016-SA;

Decretos

- Decreto Legislativo N° 1161, aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y sus modificatorias.
- Decreto Legislativo N° 1163, aprobado por el Decreto Supremo N° 030-2014-SA, y sus modificatorias, se establece que "El Seguro Integral de Salud (SIS) suscribe





convenios con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas, Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (UGIPRESS) públicas, Gobiernos Regionales, Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) públicas, para la transferencia de fondos o pago por las prestaciones de salud y administrativas que se brinden a sus asegurados".

- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 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°422-2007/MINSA, aprueba la Directiva Administrativa que regula el proceso de pago para las prestaciones del Seguro Integral de Salud – SIS y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 787-2006/MINSA, aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.
- Resolución Ministerial N°872-2009/MINSA, establece disposiciones para que el Seguro Integral de Salud aplique el Tarifario y Definiciones Operacionales aprobadas por R.M. N° 240-2009/MINSA.
- Resolución Ministerial N°547-2010/MINSA - Declarar el inicio del proceso de Aseguramiento Universal en Salud, a través de la implementación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), en el Piloto de Lima Metropolitano y la Provincia Constitucional del Callao.
- Resolución Ministerial N°325-2012/MINSA se aprueba el Listado de Enfermedades de Alto Costo de Atención (LEAC), estableciéndose además que los gastos generados por la atención de las enfermedades de alto costo de atención serán financiados por la Unidad Ejecutora 002 del Seguro integral de Salud – Fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL, de conformidad a lo previsto en la Ley N° 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes subsidiado y semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud.
- Resolución Ministerial N°902-2017/MINSA, aprueba el Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios (CPMS) del sector salud, relación ordenada de las denominaciones y códigos de las identificaciones estándares de los procedimientos médicos y sanitarios de uso obligatorio en las entidades del sector salud (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS e Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud – IAFAS).
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN "Norma Técnica de salud para la gestión de la historia clínica" y su modificatoria.
- Resolución Ministerial N°826-2021/MINSA, que aprueba las normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud.

Resoluciones Jefaturales

- Resolución Jefatural N° 093-2015/SIS se aprueba el Listado de Procedimientos de Alto Costo (LPAC) y con Resolución Ministerial N° 230-2020-MINSA se aprueba el Documento Técnico: Listado de Enfermedades Raras o Huérfanas (LERH).





- Resolución Jefatural N°241-2015/SIS: Directiva Administrativa 002-2015-SIS/GREP-V.02" Directiva Administrativa que regula el Proceso de Evaluación Automática".
 - Resolución Jefatural N°011-2021/SIS: Aprueban Transferencia Financiera a favor de Unidades Ejecutoras, para el financiamiento de prestaciones económicas de sepelio.
 - Resolución Jefatural N.° 015-2021/SIS, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2021-SIS/GREP-V.01 "Directiva Administrativa para la Gestión del Formato Único de Atención (FUA) en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) Públicas, Privadas o Mixtas en el marco de los Convenios o Contratos aprobados por el Seguro Integral de Salud (SIS)".
 - Resolución Secretarial N°020-2021/SIS/SG, que formaliza la aprobación del Cronograma de Plazos de la IAFAS SIS.
 - Resolución Jefatural N°066-2021/SIS Disponer las acciones que resulten necesarias para la extensión de la cobertura prestacional de toda persona afiliada a la IAFAS SIS en el marco del Decreto de Urgencia N° 017-2019, conforme a lo dispuesto en el artículo 2 del Decreto de Urgencia N° 046-2021.
 - Resolución Jefatural N°089-2022-SIS, que aprueba la Directiva N°001-2022-SIS/OGPPDO-V.01 "Directiva que regula la emisión de los documentos normativos del Seguro Integral de Salud" y sus anexos.
 - Resolución Jefatural N°234-2022-SIS, que aprueba la Directiva N°015-2022-SIS/GNF-V.01 "Directiva que establece el Proceso de Valorización de las Prestaciones de Salud del Seguro Integral de Salud".
 - Resolución Jefatural N°00049-2023-SIS/J, aprueba la Directiva N°003-2023-SIS/GREP - V.03 Directiva que regula el Control Prestacional Electrónico del Seguro Integral de Salud y sus anexos.
 - Resolución Jefatural N°000190-2023-SIS/J Aprobar la homologación y actualización de la codificación de los Tarifarios de Procedimientos denominado: "Anexo 01: Reporte de CPT/CPMS homologados con la Resolución Ministerial N° 550-2023-MINSA", que forma parte integrante de la presente resolución. Artículo 2.- Aprobar el Documento Técnico denominado: "Anexo 02 - Tarifario de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Seguro Integral de Salud", que forma parte integrante de la presente Resolución.
 - Resolución Jefatural N°000050-2024-SIS/J: Aprobar la Directiva N°002-2024-SIS/GREP-V.01: "Directiva para el Registro de la Información de las Prestaciones Otorgadas a los Asegurados del Seguro Integral de Salud (SIS) en el Formato Único de Atención (FUA)" y sus anexos, el cual entrará en vigencia el 01 de junio del 2024.
- Resoluciones Directorales**
- Resolución Directoral N° 235-2007-SA-INCN-DG, aprueba el Manual de Organización y Funciones de la Dirección General del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.
 - Resolución Directoral N° 077-2023-INCN-DG, aprueba la Directiva Administrativa: Lineamientos para la Elaboración, Formulación y Aprobación de Documentos Normativos y Planes Específicos en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.





VI. CONTENIDO

6.1. ESTRATEGIAS:

Las estrategias para llevar a cabo el proyecto y cumplir con el convenio se fundamentarán en diversos estudios, análisis detallados y un enfoque colaborativo, los cuales serán clave para el desarrollo y la ejecución efectiva del plan de trabajo.

Para lo cual, se requiere la calidad y talento humano de profesionales especialistas tanto del INCN como del SIS, que de acuerdo al convenio 2025, la Gerencia de Riegos y Evaluaciones Prestacionales (GREP) será la contraparte para realizar el proyecto.

Las metodologías empleadas en el desarrollo del proyecto de mejora se centrarán en el uso de técnicas y herramientas de gestión de calidad, con el objetivo de identificar el origen y las causas fundamentales de los problemas, además de implementar propuestas orientadas a la mejora continua del llenado del FUA y de los procesos involucrados en la atención de los pacientes SIS.

- **Metodología de los 5 Porqués:** Consiste en hacer preguntas sucesivas que investigan la relación causa-efecto de un problema específico, permitiendo profundizar en su origen.
- **Diagrama de Ishikawa:** El Diagrama Causa-Efecto, también conocido como Diagrama de Ishikawa, facilita una comprensión colectiva de un problema complejo, mostrando claramente todos sus elementos y las relaciones entre ellos en cualquier nivel de detalle.
- **Ciclo de Mejora Continua o Ciclo PDCA:** Es un enfoque estructurado que consta de cuatro etapas: Planificar, Hacer, Verificar y Actuar. Esta metodología se utiliza para el análisis y mejora de procesos de forma continua.

6.2. CRONOGRAMA Y ACTIVIDADES

Dicho esto, se han identificado 3 entregables de los cuales se tratará el plan de trabajo y son los siguientes:

- Implementación del Desembalse quirúrgico.
- Mejora de la calidad de los datos registrados en el FUA.
- Mapeo de procesos prestacionales y administrativos.

| N° | ACTIVIDAD | INICIO | FIN |
|------|--|--------|--------|
| 1 | IMPLEMENTACIÓN DEL DESEMBALSE QUIRÚRGICO* | Ene-25 | Feb-25 |
| 1.1 | Consolidación de las Listas de Espera de Pacientes para Cirugía - Estandarización de la lista de espera de la Dirección de Neurocirugía (casos mediáticos). - Estandarización de la lista de espera del Departamento de Neurocirugía. - Estandarización de la lista de espera del Departamento de Microneurocirugía. - Identificación del CIE 10 y CPMS | Ene-25 | Feb-25 |
| 1.3. | Financiamiento de lista de espera - Valorización del costo variable de cada CPMS | Feb-25 | Feb-25 |





| | | | |
|------------|--|---------------|---------------|
| | - Análisis de recursos necesarios (horas hombres, personal asistencial) - Propuesta de ejecución - Establecimiento de metas física | | |
| 2 | MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS DATOS REGISTRADOS EN EL FUA** | Mar-25 | Mar-25 |
| 2.1 | Análisis de Valorización del SIS Central - Revisión del FUA digitado - Evaluación de Costos - Comparación con Presupuestos y Normativas - Detección de Inconsistencias - Análisis de Eficiencia - Preparación del Reporte Final | Mar-25 | Mar-25 |
| 3 | MAPEO DE PROCESOS PRESTACIONALES Y ADMINISTRATIVOS | Abr-25 | Dic-25 |
| 3.1 | Definir el Inicio y Final del Proceso - Definir el comienzo de cada proceso prestacional y administrativo - Definir el resultado de cada proceso prestacional y administrativo | Abr-25 | Abr-25 |
| 3.2 | Identificar las actividades de los procesos - Identificar las actividades e inputs que ingresan a cada proceso - Identificar el producto o servicio que resulta de cada proceso - Identificar las actividades que se desarrollan el cada proceso | May-25 | Jun-25 |
| 3.3 | Identificar a los involucrados de los procesos | Jun-25 | Jun-25 |
| 3.4 | Integración y mejora del Mapeo de Procesos - Realizar el Diagrama SIPOC general y detallado de los procesos prestacionales y administrativos - Realizar diagrama de flujos general y detallado de cada proceso prestacional y administrativo - Realizar ficha de procesos general de los procesos prestacionales y administrativos | Jul-25 | Nov-25 |
| 3.5 | Validar Diagrama SIPOC con los miembros involucrados | Nov-25 | Dic-25 |
| 3.6 | Validar el diagrama de flujo con los miembros involucrados | Dic-25 | Dic-25 |
| 3.7 | Validar la ficha de procesos con los miembros involucrados | Dic-25 | Dic-25 |
| 3.8 | Revisión y validación del avance | Dic-25 | Dic-25 |
| 3.9 | Difusión de los documentos y Monitoreo continuo | Dic-25 | Dic-25 |

*Se actualizará y complementará información del desembalse quirúrgico al cierre del 2024 en relación a la aprobación del plan con *Resolución Directoral N° 302-2024-DG-INCEN*.

**Se está complementando información al entregable anterior aprobado con *Resolución Directoral N° 302-2024-DG-INCEN*.

En el ANEXO 01 se detallan todas las actividades y el tiempo establecido por cada entregable.

6.3. RECURSOS:

6.3.1. EQUIPO DE TRABAJO:

| ITEM | UNIDAD ORGÁNICA | CARGO |
|------|--|------------|
| 1 | Director General | Presidente |
| 2 | Responsable de la Unidad Funcional de Seguros | Miembro |
| 3 | Director(a) Ejecutivo(a) de la Oficina Ejecutiva de Administración | Miembro |
| 4 | Director(a) Ejecutivo(a) de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico | Miembro |



P. RODRIGUEZ



L. LOZANO V.



L. SAAVEDRA R.





| | | |
|----|--|---------|
| 5 | Director(a) Ejecutivo(a) de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Neurología Clínica | Miembro |
| 6 | Director(a) Ejecutivo(a) de la Dirección de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Neurocirugía | Miembro |
| 7 | Director(a) Ejecutivo(a) de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento | Miembro |
| 8 | Jefe del Departamento de Atención de Servicios al Paciente | Miembro |
| 9 | Jefe(a) de la Oficina de Gestión de la Calidad | Miembro |
| 10 | Jefe(a) la Oficina de Estadística e Informática | Miembro |
| 11 | Jefe(a) de la Oficina de Logística | Miembro |
| 12 | Jefe(a) del Servicio de Farmacia | Miembro |

Fuente: Resolución Directoral N° 080-2025-DG-INCN

6.3.2.RECURSOS DE TIEMPO:

Los recursos de tiempo serán los establecidos en el cronograma y actividades.

6.3.3.RECURSOS DE EQUIPOS:

| ITEM | DESCRIPCION | U.M. | CANTIDAD |
|------|-----------------------------------|------|----------|
| 1 | Laptops | UND | 3 |
| 2 | Silla plegable | UND | 3 |
| 3 | Útiles de oficina | KIT | 3 |
| 4 | Escritorio 76 cm x 118 cm x 47 cm | UND | 3 |

6.3.4.RECURSOS FINANCIEROS:

Recursos humanos (S/):

| ITEM | SERVICIO ESPECIALIZADO | CANTIDAD | PAGO POR SERVICIO MENSUAL | 2025* |
|------|-------------------------------------|----------|---------------------------|----------------------|
| 1 | Gestión de procesos administrativos | 1 | S/ 4,500.00 | S/ 54,000.00 |
| 2 | Administración | 1 | S/ 4,500.00 | S/ 54,000.00 |
| 3 | Auxiliar administrativo | 1 | S/ 3,000.00 | S/ 36,000.00 |
| | | | Subtotal | S/ 144,000.00 |
| | | | Total | S/ 144,000.00 |

- Recursos financiados por la fuente de financiamiento DyT.





Recursos de equipos (S/):

| ITEM | DESCRIPCION | U.M. | CANTIDAD | P.U. | TOTAL |
|--------------|-----------------------------------|------|----------|---------|----------------|
| 1 | Laptops | KIT | 3 | S/ 0.00 | S/ 0.00 |
| 2 | Silla plegable | UND | 3 | S/ 0.00 | S/ 0.00 |
| 3 | Útiles de oficina | KIT | 3 | S/ 0.00 | S/ 0.00 |
| 4 | Escritorio 76 cm x 118 cm x 47 cm | UND | 3 | S/ 0.00 | S/ 0.00 |
| TOTAL | | | | | S/ 0.00 |

- Bienes proporcionados por la institución.

Total, de recursos humanos y de equipos(S/): 144,000.00

(*) Se toma en cuenta 12 meses de enero a diciembre.

VII. RESPONSABILIDADES

Es responsabilidad del Equipo de trabajo conformado en la *Resolución Directoral N°080-2025-DG-INCN* el monitoreo y cumplimiento del presente plan de trabajo.

VIII. ANEXOS:

- Anexo 01: Cronograma Actividades.
- Anexo 02: FODA.
- Anexo 03: Metodología de los 5 ¿Por qué?: Desembalse Quirúrgico.
- Anexo 04: Metodología de los 5 ¿Por qué?: Mejora de la calidad de los datos registrados en el FUA.
- Anexo 05: Metodología de los 5 ¿Por qué?: Mapeo de procesos prestacionales y administrativos.
- Anexo 06: Diagrama de Ishikawa del desembalse quirúrgico.
- Anexo 07: Diagrama de Ishikawa de la mejora de la calidad de los datos registrados en el FUA.
- Anexo 08: Diagrama de Ishikawa del mapeo de procesos prestaciones y administrativos
- Anexo 09: Matriz de riesgos/oportunidades de desembalse quirúrgico.
- Anexo 10: Matriz de riesgos/oportunidades de la mejora de la calidad de los datos registrados en el FUA.
- Anexo 11: Matriz de riesgos/oportunidades del mapeo de procesos prestacionales y administrativos.
- Anexo 12: Metodología de ciclo de mejora continua o ciclo PHVA del desembalse quirúrgico.
- Anexo 13: Metodología de ciclo de mejora continua o ciclo PHVA de la mejora de la calidad de los datos registrados en el fua.
- Anexo 14: Metodología de ciclo de mejora continua o ciclo PHVA del mapeo de procesos prestacionales y administrativos.





ANEXO 01: CRONOGRAMA Y ACTIVIDADES

| N° | ACTIVIDAD | RESPONSABLE | FECHA ENTREGA | 2025 | | | | | | | | | | | | | |
|------|--|-------------------|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--|---|
| | | | | Ene-25 | Feb-25 | Mar-25 | Abr-25 | May-25 | Jun-25 | Jul-25 | Ago-25 | Set-25 | Oct-25 | Nov-25 | Dic-25 | | |
| 1 | PLAN DE DESEMBALESE QUIRÚRGICO | Equipo de Trabajo | Ene-25 | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1. | Consolidación de la Lista de Espera de pacientes | | X | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.2. | Financiamiento de la Lista de Espera | | | X | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS DATOS REGISTRADOS EN EL FUA | Equipo de Trabajo | Mar-25 | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1. | Análisis de valorización del SIS Central del FUA | | | | X | | | | | | | | | | | | |
| 2.2. | Actividades de implementación del FUA | | | | X | | | | | | | | | | | | |
| 3 | MAPEO DE PROCESOS PRESTACIONALES Y ADMINISTRATIVOS | Equipo de Trabajo | Abr-25 | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.1. | Definir el inicio y Final del proceso | | | | | | X | | | | | | | | | | |
| 3.2. | Identificar las actividades de los procesos | | | | | | | X | | | | | | | | | |
| 3.3. | Identificar a los involucrados del proceso | | | | | | | | X | | | | | | | | |
| 3.4. | Integración y mejora del Mapeo de Procesos | | | | | | | | | X | | | | | | | |
| 3.5. | Validar Diagrama SIPOC con los miembros involucrados | | | | | | | | | | X | | | | X | | X |
| 3.6. | Validar el diagrama de flujo con los miembros involucrados | | | | | | | | | | | | | | | | X |
| 3.7. | Validar la ficha de procesos con los miembros involucrados | | | | | | | | | | | | | | | | X |
| 3.8. | Revisión y validación del avance | | | | | | | | | | | | | | | | X |
| 3.9. | Difusión de los documentos y monitoreo continuo | | | | | | | | | | | | | | | | X |





ANEXO 02: FODA

FORTALEZAS

- Experiencia en análisis de flujos de trabajo y identificación de problemas
- Equipo preparado para los cambios e identificar problemas clave
- Enfoque en experiencia del paciente y la mejora de la calidad del servicio
- Cultura de trabajo orientada a la mejora continua
- Capacidad para implementar metodologías ágiles

OPORTUNIDADES

- Impulso para digitalizar y optimizar los servicios
- La digitalización de la información médica puede reducir errores
- Permite acceder a nuevos métodos, tendencias y herramientas para mejorar procesos
- Realizar los procesos más ágiles
- Fomentar una mayor colaboración entre equipos

FODA

DEBILIDADES

- Los procesos actuales son complicados de actualizar o adaptar a nuevas necesidades.
- Los sistemas tecnológicos actuales no están actualizados
- La carga laboral elevada impide que el personal tenga un buen enfoque
- Errores derivados de malas interpretaciones al ingresar datos
- Retraso en la entrega de documentos claves

AMENAZAS

- Resistencia al cambio por parte de los colaboradores
- Cambios frecuentes en los equipos de trabajo, perdiendo la continuidad en la implementación
- Si las mejoras requieran servicios de tercerizados
- Errores humanos en la digitación de datos
- Cambios inesperados en las regulaciones del SIS



L. SANMIEDRA R.



L. LOZANO V.



P. RODRIGUEZ



ANEXO 03: METODOLOGÍA DE LOS 5 ¿POR QUÉS?: DESEMBALSE QUIRÚRGICO

| | | | | | | |
|---|---|--|---|---|--|--|
| <p>Existe un retraso significativo en la programación y realización de cirugías, lo que contribuye a un aumento en la lista de espera de pacientes en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN)</p> | <p>¿Por qué hay un atraso en los tiempos de espera para las cirugías?</p> <p>Debido a la acumulación de procedimientos médicos pendientes, no es posible atenderlos en el tiempo adecuado</p> | <p>¿Por qué hay una acumulación de procedimientos pendientes?</p> <p>La capacidad actual de cirugía no es adecuada para gestionar la cantidad de casos</p> | <p>¿Por qué la capacidad quirúrgica actual no es suficiente?</p> <p>Debido a la falta de médico cirujano, insumos, medicamentos, equipos médicos y quirófanos disponibles</p> | <p>¿Por qué hay falta de médico cirujano, insumos, medicamentos, equipos médicos y sala de operaciones disponibles?</p> <p>Porque los recursos no se han optimizado y los horarios de operación no están alineados con la demanda</p> | <p>¿Por qué no se han optimizado los recursos y los horarios de operación?</p> <p>Porque no se ha llevado a cabo un análisis exhaustivo de la demanda de pacientes y la distribución de recursos financieros, y las decisiones de programación no se basan en datos precisos</p> | <p>Soluciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementar un sistema de gestión de programación más eficiente que permita una mejor coordinación y ajuste en tiempo real de las cirugías. - Utilizar herramientas de análisis y previsión para mejorar la planificación del personal y los recursos quirúrgicos. - Contratar personal adicional o redistribuir al personal existente según las necesidades identificadas a través del sistema de gestión. - Fomentar una comunicación y colaboración más efectiva entre los departamentos de cirugía, anestesia y administración para asegurar una programación más fluida. |
|---|---|--|---|---|--|--|





ANEXO 04: METODOLOGÍA DE LOS 5 ¿POR QUÉS?: MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS DATOS REGISTRADOS EN EL FUA

| | | | | | | |
|--|---|--|---|--|--|--|
| <p>La calidad de los datos registrados en el FUA</p> | <p>¿Por qué la calidad de los datos registrados en el FUA es deficiente?</p> <p>Por desconocimiento de la directiva</p> | <p>¿Por qué hay desconocimiento de la directiva?</p> <p>Error sistemático humano e informático en los mecanismos de validación</p> | <p>¿Por qué hay errores sistémicos humanos e informáticos en validación?</p> <p>Debido a la falta de procedimientos definidos (informática) y herramientas adecuadas para validar los datos (base de datos), generando problemas en la recaudación de los procedimientos realizados a los pacientes SIS</p> | <p>¿Por qué no hay procedimientos definidos y herramientas adecuadas para la validación de datos que generan problemas en la recaudación de procedimientos?</p> <p>Correcto llenado del FUA (Directiva Administrativa) 001-2021/SIS/GREP-VOL01</p> | <p>¿Por qué no se ejecutó la directiva administrativa 001-2021/SIS/GREP-VOL01?</p> <p>Falta de presupuesto para contratación de personal capacitado (Admisión /médico/informático/ médico)</p> | <p>Soluciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definir normas y protocolos específicos para la entrada y administración de datos en el FUA, incluyendo instrucciones detalladas y listas de verificación para garantizar la consistencia en la entrada de datos. - Crear o adquirir herramientas de software que faciliten la validación automática de los datos ingresados para identificar errores e inconsistencias antes de que los datos se finalicen. - Capacitar al personal encargado de la gestión del FUA en los nuevos procedimientos y herramientas para asegurar que todos cumplan con los estándares de calidad establecidos. - Implementar un sistema de revisión periódica de los datos y los procesos para detectar y corregir problemas de manera proactiva. |
|--|---|--|---|--|--|--|



I. S. AMETRA, R.

L. LOZANO, Y.

P. RODRIGUEZ

DOCUMENTO TÉCNICO:
"PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LOS PROCESOS PRESTACIONALES Y ADMINISTRATIVOS QUE CONTRIBUYEN A MEJORAR LA CALIDAD, PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONVENIO"



ANEXO 05: METODOLOGÍA DE LOS 5 ¿POR QUÉS?: MAPEO DE PROCESOS PRESTACIONALES Y ADMINISTRATIVOS

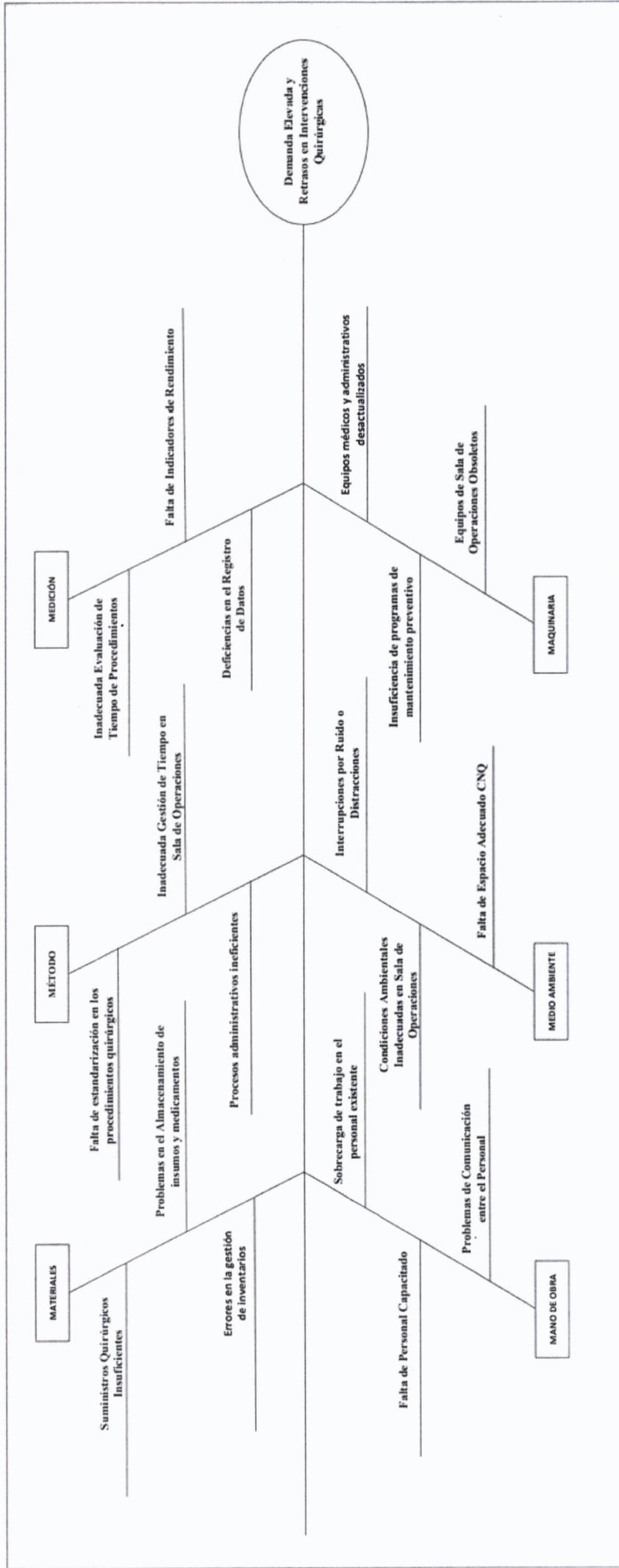
| | | | | | | |
|---|--|---|---|--|--|--|
| <p>Los pacientes en el INCN experimentan largos tiempos de espera para recibir atención médica.</p> | <p>¿Por qué los pacientes experimentan largos tiempos de espera?</p> <p>La razón es el retraso en la programación de las citas médicas</p> | <p>¿Por qué hay un retraso en la programación de las citas médicas?</p> <p>Porque el proceso de programación de citas es ineficiente y manual</p> | <p>¿Por qué el proceso de programación de citas es ineficiente y manual?</p> <p>La ineficacia se debe a la ausencia de un sistema automatizado para gestionar las citas</p> | <p>¿Por qué no se utiliza un sistema automatizado para la gestión de citas?</p> <p>Porque el INCN no ha implementado un sistema de gestión de citas debido a la falta de recursos y capacitación</p> | <p>¿Por qué el INCN no ha implementado un sistema de gestión de citas debido a la falta de recursos y capacitación?</p> <p>La falta de prioridad se debe a que no se ha considerado una inversión en tecnología y capacitación como esencial, debido a la ausencia de una estrategia y planificación claras para la mejora de procesos</p> | <p>Soluciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Introducir un software de gestión de citas que permita programar y gestionar citas de manera más eficiente, reduciendo así los tiempos de espera. - Realizar una revisión de los procesos actuales para identificar y eliminar ineficiencias adicionales y mejorar la coordinación entre departamentos. - Capacitar al personal en el uso del nuevo sistema y en procesos de coordinación para asegurar una transición suave y efectiva. - Establecer un sistema de monitoreo para revisar la efectividad del nuevo sistema y hacer ajustes según sea necesario para mejorar continuamente la eficiencia. |
|---|--|---|---|--|--|--|

MINISTERIO DE SALUD - DIRECCIÓN GENERAL DE POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE SALUD - VIBP
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS
L. SALVEDRA R.

MINISTERIO DE SALUD - OFICINA DE ASesorIA TÉCNICA Y OPERATIVA - OF. PLANES Y PROGRAMAS
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS
L. LOZANO V.

MINISTERIO DE SALUD - OFICINA DE ASesorIA TÉCNICA Y OPERATIVA - OF. PLANES Y PROGRAMAS
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS
P. RODRIGUEZ

ANEXO 06: ISHIKAWA DEL DESEMBALSE QUIRÚRGICO

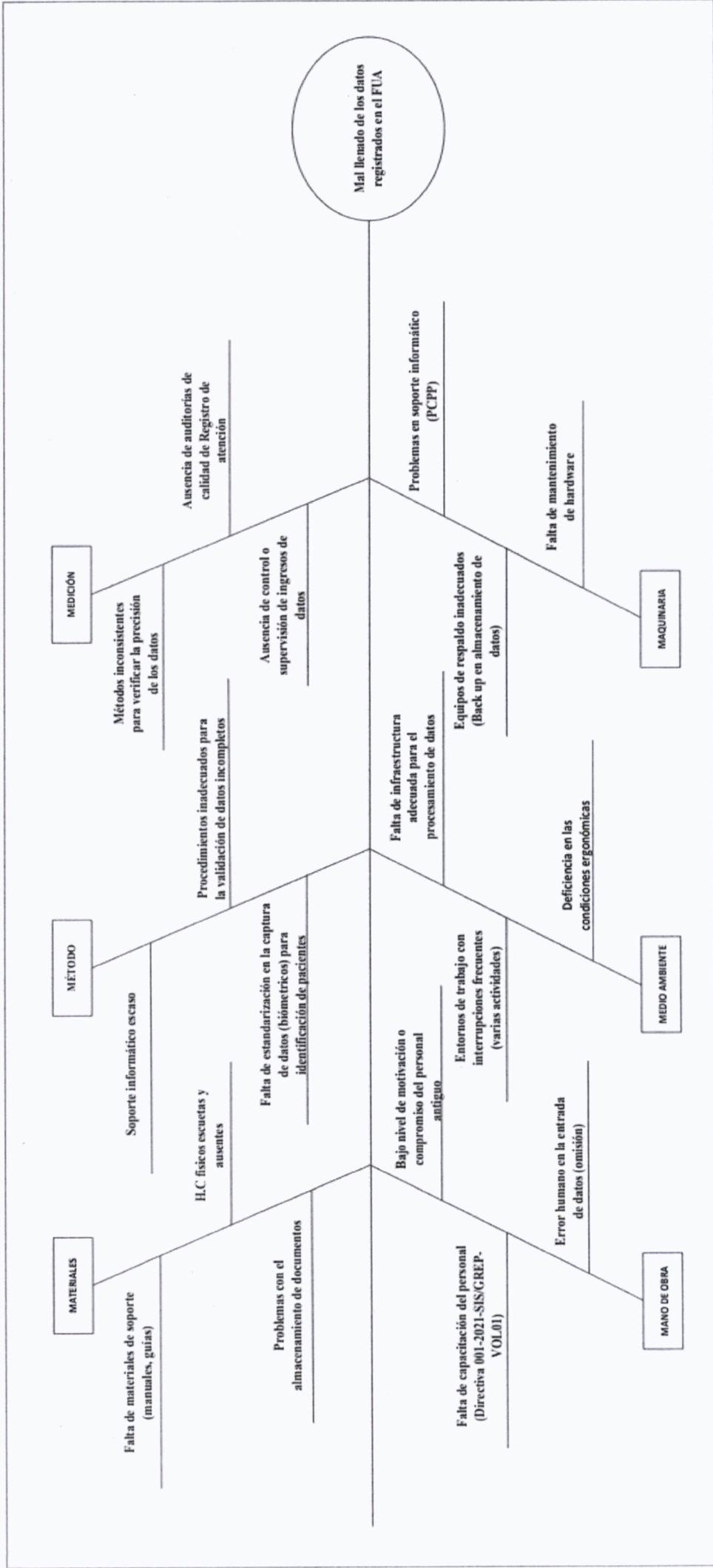


LOZANO V.

P. RODRIGUEZ



ANEXO 07: ISHIKAWA DE LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS DATOS REGISTRADOS EN EL FUA



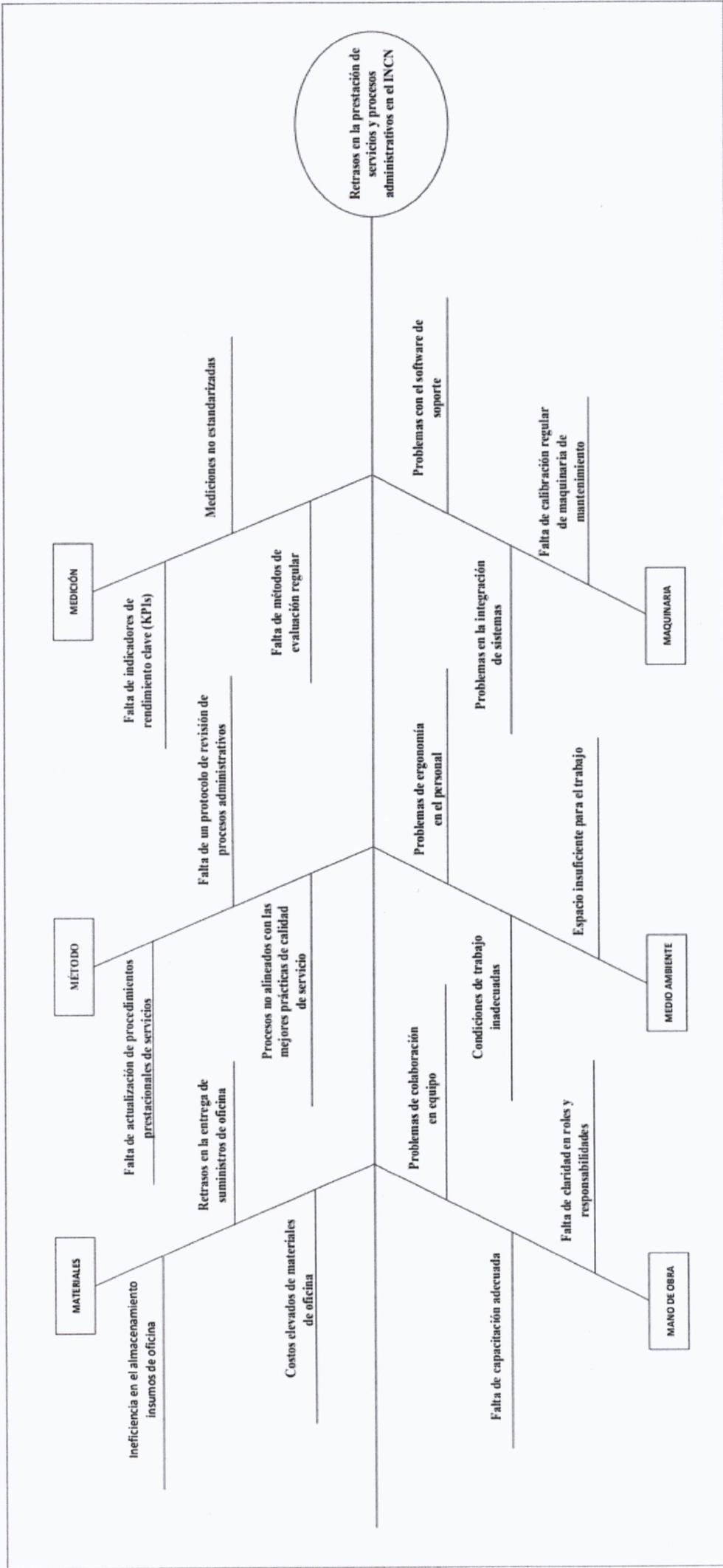
C. S. GUERRA R.

L. LOZANO V.

A. RODRIGUEZ



ANEXO 08: ISHIKAWA DEL MAPEO DE PROCESOS PRESTACIONALES Y ADMINISTRATIVOS



L. LOZANO V.

P. RODRIGUEZ

DOCUMENTO TÉCNICO:
"PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LOS PROCESOS PRESTACIONALES Y ADMINISTRATIVOS QUE CONTRIBUYEN A MEJORAR LA CALIDAD, PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONVENIO"





ANEXO 09: MATRIZ DE RIESGOS/OPORTUNIDADES DE DESEMBALSE QUIRÚRGICO

| PROCESO RESPONSABLE | | IDENTIFICACION, ANALISIS Y EVALUACION DEL RIESGO Y OPORTUNIDAD DESEMBALSE QUIRURGICO | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|---|---|---|---|--------------|---------|-------------------------------------|-----------------------|------------|--|--|------------|--|----------|--|
| | | IDENTIFICACION DEL RIESGO Y OPORTUNIDAD | | | | | EVALUACION DEL RIESGO Y OPORTUNIDAD | | | | | | | | |
| | | ANALISIS DEL RIESGO Y OPORTUNIDAD | | | | | CALIFICACION | | | | | | | | |
| | | RESPONSABLE | | EFFECTO | | CAUSA | | EVALUACION DEL RIESGO | | TIPO DE RIESGO | | ESTRATEGIA | | ACCIONES | |
| N° | RIESGO/OPORTUNIDAD | RESPONSABLE | EFFECTO | CAUSA | PROBABILIDAD | IMPACTO | NIVEL DE RIESGO | TIPO DE RIESGO | ESTRATEGIA | ACCIONES | | | | | |
| 1 | Retrasos en la disponibilidad de insumos | Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Neurocirugía | Retrasos en las cirugías, aumento en el tiempo de espera | Cadena de suministro ineficiente | 4 | 5 | 20 | Riesgos Operativos | Evitar | Establecer acuerdos con proveedores para asegurar la disponibilidad de insumos | | | | | |
| 2 | Falta de coordinación entre departamentos | Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Neurocirugía | Ineficiencia en la programación de cirugías | Procesos no estandarizados | 3 | 4 | 12 | Riesgos Operativos | Reducir | Implementar procesos estandarizados y realizar sesiones de formación | | | | | |
| 3 | Errores en la gestión de datos de pacientes | Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Neurocirugía | Errores en la programación de cirugías y en la asignación de recursos | Sistema de datos desactualizado o fallos en la entrada de datos | 3 | 4 | 12 | Riesgos de Tecnología | Reducir | Actualizar y verificar el sistema de gestión de datos | | | | | |
| 4 | Falta de recursos humanos suficientes | Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Neurocirugía | Retrasos en la realización de cirugías | Escasez de personal especializado | 4 | 4 | 16 | Riesgos Operativos | Reducir | Contratar personal adicional, optimizar la programación de cirugías | | | | | |
| 5 | Falta de financiamiento adecuado | Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Neurocirugía | Limitaciones en la ejecución de cirugías | Presupuestos insuficientes o mal administrados | 3 | 5 | 15 | Riesgos Financieros | Reducir | Buscar fuentes adicionales de financiamiento, optimizar el uso de recursos | | | | | |



L. LOZANO V.

P. RODRIGUEZ

DOCUMENTO TÉCNICO:
"PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LOS PROCESOS PRESTACIONALES Y ADMINISTRATIVOS QUE CONTRIBUYEN A MEJORAR LA CALIDAD, PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONVENIO"





ANEXO 10: MATRIZ DE RIESGOS/OPORTUNIDADES DE LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS DATOS REGISTRADOS EN EL FUA

| PROCESO RESPONSABLE | | IDENTIFICACION, ANALISIS Y EVALUACION DEL RIESGO Y OPORTUNIDAD | | | | | | | | | |
|---------------------|--|--|---|--|--------------|------------|-------------------------------------|--------------|-------------------------|---------|--|
| | | IDENTIFICACION DEL RIESGO Y OPORTUNIDAD | | | | | EVALUACION DEL RIESGO Y OPORTUNIDAD | | | | |
| | | ANALISIS DEL RIESGO Y OPORTUNIDAD | | CALIFICACION | CALCULO | EVALUACION | TIPO DE RIESGO | ESTRATEGIA | ACCIONES | | |
| N° | RIESGO/OPORTUNIDAD | CAUSA | EFEECTO | RESPONSABLE | PROBABILIDAD | IMPACTO | O DEL NIVEL | N DEL RIESGO | | | |
| 1 | Inconsistencia en los datos de entrada | Falta de estandarización en la recolección de datos | Datos incorrectos o incompletos en el FUA | Oficina de Estadística e Informática | 4 | 5 | 20 | CRÍTICO | Riesgos Operativos | Reducir | Implementar protocolos de estandarización y capacitación continua |
| 2 | Falta de capacitación del persona | Capacitación inadecuada o insuficiente | Errores en el ingreso de datos | Oficina de Estadística e Informática U.F. Seguros P. Asistencial | 3 | 4 | 12 | MODERADO | Riesgos Operativos | Reducir | Diseñar e implementar un programa de formación regular |
| 3 | Falta de seguimiento y auditoría de datos | Recursos limitados para la supervisión continua | No detección de errores en los datos | Oficina de Estadística e Informática U.F. Seguros P. Asistencial | 4 | 4 | 16 | IMPORTANTE | Riesgos de Cumplimiento | Reducir | Establecer un sistema de auditoría y revisión regular de datos |
| 4 | Dependencia excesiva de informes manuales | Falta de automatización en el proceso | Errores humanos en el reporte de datos | Oficina de Estadística e Informática U.F. Seguros P. Asistencial | 4 | 3 | 12 | MODERADO | Riesgos de Tecnología | Reducir | Automatizar procesos de reporte y validación de datos |
| 5 | Resistencia al cambio por parte del personal | Falta de familiaridad con nuevas prácticas o tecnologías | Implementación inefectiva de nuevas estrategias de calidad de datos | Personal de admisión (Ventanilla) U.F. Seguros P. Asistencial | 3 | 4 | 12 | MODERADO | Riesgos Operativos | Reducir | Ofrecer capacitaciones y sesiones informativas para fomentar la adopción |





ANEXO 11: MATRIZ DE RIESGOS/OPORTUNIDADES DE MAPEO DE PROCESOS PRESTACIONALES Y ADMINISTRATIVOS

| IDENTIFICACION, ANALISIS Y EVALUACION DEL RIESGO Y OPORTUNIDAD | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|----------------------|-------------------|-----------------------|-------------------------|------------|---|
| MAPEO DE PROCESOS PRESTACIONALES Y ADMINISTRATIVOS | | | | | | | | | | | |
| OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO | | | | | | | | | | | |
| IDENTIFICACION DEL RIESGO Y OPORTUNIDAD | | | | | EVALUACION DEL DEL RIESGO Y OPORTUNIDAD | | | | | | |
| PROCESO RESPONSABLE | | | | | | | | | | | |
| N° | RIESGO/OPORTUNIDAD | CAUSA | EFEECTO | RESPONSABLE | PROBABILIDAD | CALIFICACION IMPACTO | CALCULO DEL NIVEL | EVALUACION DEL RIESGO | TIPO DE RIESGO | ESTRATEGIA | ACCIONES |
| 1 | Retrasos en la implementación de procesos | Falta de coordinación entre departamentos | Aumento en el tiempo de espera para pacientes y retraso en la programación de cirugías | Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico | 4 | 4 | 16 | IMPORTANTE | Riesgos Operativos | Reducir | Establecer cronogramas claros y reuniones regulares entre departamentos |
| 2 | Errores en la gestión de datos | Integración deficiente de sistemas de dato | Datos inexactos y decisiones incorrectas | Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico | 3 | 4 | 12 | MODERADO | Riesgos de Tecnología | Reducir | Mejorar la capacitación del personal en el uso de sistemas y realizar auditorías regulares. |
| 3 | Cumplimiento normativo inadecuado | Cambios en regulaciones o falta de actualización en proceso | Multas y sanciones legales | Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico | 2 | 5 | 10 | MODERADO | Riesgos de Cumplimiento | Reducir | Mantenerse actualizado con regulaciones y realizar auditorías de cumplimiento periódicas |
| 4 | Resistencia al cambio por parte del personal | Implementación de nuevos procesos sin suficiente capacitación | Bajo nivel de aceptación y eficiencia reducida | Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico | 3 | 4 | 12 | MODERADO | Riesgos Operativos | Reducir | Implementar un plan de gestión del cambio con capacitación y comunicación efectiva |
| 5 | Incremento inesperado en los costos operativos | Aumento en el precio de insumos o servicios | Presión sobre el presupuesto | Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico | 3 | 4 | 12 | MODERADO | Riesgos Financieros | Transferir | Establecer un fondo de contingencia para costos imprevistos |



DOCUMENTO TÉCNICO:
"PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LOS PROCESOS PRESTACIONALES Y ADMINISTRATIVOS QUE CONTRIBUYEN A MEJORAR LA CALIDAD, PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONVENIO"

ANEXO 12: METODOLOGÍA DE CICLO DE MEJORA CONTINUA O CICLO PHVA DEL DESEMBALSE QUIRÚRGICO

| PLANIFICAR | |
|--|--|
| Analizar el problema: Identifica la magnitud del embalse quirúrgico y las razones detrás de los retrasos. | |
| Establecer metas: Reducir los tiempos de espera para las cirugías y aumentar el número de procedimientos realizados. | |
| Crear un plan: Elaborar un cronograma de cirugías, mejorar la coordinación entre los equipos y asegurar la disponibilidad de recursos y personal. | |
| HACER | |
| Implementar el plan: Ejecutar el cronograma de cirugías y coordinar con los equipos correspondientes. | |
| Capacitar al equipo: Asegurarse de que todos los involucrados entiendan y sigan el plan | |
| VERIFICAR | |
| Evaluar los resultados: Comprobar si se ha incrementado el número de cirugías y reducido los tiempos de espera. | |
| Analizar los datos: Comparar el rendimiento actual con las metas establecidas. | |
| ACTUAR | |
| Ajustar estrategias: Modificar el plan según los resultados y aplicar mejoras adicionales si es necesario. | |
| Estandarizar: Incorporar los cambios exitosos como procedimientos habituales. | |

Desembalse Quirúrgico



DOCUMENTO TÉCNICO:
"PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LOS PROCESOS PRESTACIONALES Y ADMINISTRATIVOS QUE CONTRIBUYEN A MEJORAR LA CALIDAD, PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONVENIO"



ANEXO 13: METODOLOGÍA DE CICLO DE MEJORA CONTINUA O CICLO PHVA DE LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS DATOS REGISTRADOS EN EL FUA

| | |
|--|--|
| <p>Mejora de la Calidad de los Datos Registrados en el FUA</p> | <p>PLANIFICAR</p> |
| | <p>Detectar problemas: Identificar los errores y problemas en la calidad de los datos del FUA.</p> <p>Definir objetivos: Mejorar la precisión y coherencia de los datos registrados.</p> <p>Elaborar un plan: Implementar procedimientos de validación y capacitar al personal en el registro de datos.</p> |
| | <p>HACER</p> |
| | <p>Aplicar cambios: Introducir los nuevos procedimientos y capacitar al personal en el manejo de datos.</p> <p>Monitorear la implementación: Verificar que se estén siguiendo los nuevos procedimientos.</p> |
| | <p>VERIFICAR</p> |
| | <p>Evaluar la calidad de los datos: Revisar una muestra de los datos para asegurar que cumplan con los estándares de calidad.</p> <p>Analizar resultados: Comparar la calidad de los datos antes y después de la implementación de los cambios.</p> |
| <p>ACTUAR</p> | |
| <p>Ajustar procedimientos: Mejorar los procedimientos basados en los resultados obtenidos.</p> <p>Documentar y estandarizar: Formalizar los procedimientos mejorados y capacitar al personal en ellos.</p> | |



L. SAAVEDRA R



L. LOZANO V.



P. RODRIGUEZ

DOCUMENTO TÉCNICO:
"PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LOS PROCESOS PRESTACIONALES Y ADMINISTRATIVOS QUE CONTRIBUYEN A MEJORAR LA CALIDAD, PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONVENIO"





ANEXO 14: METODOLOGÍA DE CICLO DE MEJORA CONTINUA O CICLO PHVA DEL MAPEO DE PROCESOS PRESTACIONALES Y ADMINISTRATIVOS

| | |
|---|--|
| Mapeo de Procesos Prestacionales y Administrativos | PLANIFICAR |
| | Definir el alcance: Determinar qué procesos se mapearán y cuál es el objetivo del mapeo. |
| | Establecer metas: Mejorar la eficiencia y efectividad de los procesos prestacionales y administrativos. |
| | Elaborar un plan: Identificar los recursos y herramientas necesarias para el mapeo |
| | HACER |
| | Realizar el mapeo: Ejecutar el mapeo de procesos usando herramientas como diagramas de flujo. |
| | Involucrar al personal: Asegurarse de que los empleados relevantes participen en la identificación y documentación de los procesos. |
| | VERIFICAR |
| | Revisar los mapas de procesos: Evaluar la precisión y utilidad de los mapas creados. |
| | Identificar áreas de mejora: Detectar ineficiencias o redundancias en los procesos mapeados. |
| | ACTUAR |
| | Implementar mejoras: Ajustar los procesos basados en el mapeo para aumentar la eficiencia. |
| | Estandarizar: Documentar los procesos mejorados y entrenar al personal en los nuevos procedimientos. |



DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LOS PROCESOS PRESTACIONALES Y ADMINISTRATIVOS QUE CONTRIBUYEN A MEJORAR LA CALIDAD, PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONVENIO"

P. RODRIGUEZ

L. LOZANO V.

