



PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN INTERNA 2011

INFORME FINAL

I. ANTECEDENTES

1.1 *Marco Normativo*

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- D. S. N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo.
- R. M. N° 1263-2004/MINSA, Directiva N° 047-2004-DGSP/MINSA-V.01 Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud.
- R. M. N° 519-2006/MINSA, Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- R.M. N° 456-2007-/MINSA, NTS N° 050-MINSA/DGSP-V02 “Norma Técnica de salud para la Acreditación de Establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- R.M. N° 072 Modifican la Norma Técnica de Salud NTS N° 050-MINSA/DGSP-V02 “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- R.M. N° 270 Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de Apoyo.



II DEL EQUIPO DE ACREDITACIÓN

2.1 *Conformación y Capacitación*

Con fecha 30 de diciembre del 2009 el INCN conformó mediante Resolución Directoral N° 395-2009-INCN-DG, al Comité de Acreditación para la Autoevaluación, designando como su presidente al Dr. Arturo Gárate Salazar - Sub Director General del Instituto y como sus integrantes a: (i) la Dra. Lucía Rodríguez Miranda por la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Neurología Clínica; (ii) el Dr. Jesús Félix Ramírez por la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia Y Atención Especializada en Neurocirugía; (iii) el Dr. Tito Huaytalla por la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento; (iv) la Dra. Myriam Velarde Incháustegui, por la Oficina de Gestión de la Calidad; (v) el Ing. Héctor Núñez, por la Oficina de Estadística e Informática; y el Bach. Luis Moreno de Azambuja en calidad de secretario técnico.

Entre el 18 y 20 de Noviembre del 2009, el comité en coordinación con la Oficina de Gestión de la Calidad del INCN y del MINSa, organizó el “I CURSO TALLER DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN” el cual tuvo como ponente invitada a la Lic. Rosario Zavaleta (MINSa) y sirvió para capacitar como evaluadores a 24 servidores entre médicos, enfermeras y otros profesionales, así como a servidores administrativos. Al final del evento se entregó a cada uno de los asistentes regulares una



constancia de su participación y acreditación como auto evaluadores.

No obstante, el desarrollo del curso taller evidenció: (i) que el nombre adecuado del equipo de trabajo conformado debía ser *Equipo de Acreditación* (EA) y debía ser así designado por la Dirección General en tanto responsable del proceso de acreditación; y (ii) que el *equipo de acreditación* debía contar con un coordinador elegido por y entre sus miembros y designado oficialmente.

En atención a lo anteriormente mencionado, con fecha 09 de marzo de 2010 por invitación de la Dirección General, se realizó en el auditorium del INCN la primera reunión del *Equipo de Acreditación* eligiéndose en dicha reunión como Coordinadora a la Dra. Myriam Velarde Incháustegui - Directora Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento y como Secretaria Técnica a la Lic. Lucy Revilla Montes Jefa del Departamento de Enfermería.

2.2 Validación de Macro Procesos

Asimismo, en la primera reunión del *Equipo de Acreditación* se acordó revisar todos los macro procesos a fin de informar al MINSa cuáles serían aquellos criterios que no se aplicarían al INCN por razones de su especialidad. Para dichos efectos se encargó la revisión de los macro procesos 1, 2 y 3 al Dr. Tito Huaytalla y al Mg. Aldo Carrillo; de los macro procesos 4 y 5 a la Dra. Rosa Velasco; de los macro procesos 6, 7 y 8 al Dr. Jesús Félix y a la Lic. María Miñano; de los macro procesos 9, 10 y 11 a la Dra. Yrma Quispe, a la Lic. Alicia Suarez y a la Lic. Carmen Duran.



Los resultados del precitado análisis fueron expuestos el 11 de marzo del 2010 en lo que fue la segunda reunión del *equipo de acreditación*, acordándose: (i) que el macro proceso 2GRH1 – 4 no era aplicable en tanto el MINSa no generase un aplicativo que asocie la productividad al cumplimiento de metas; (ii) que el macro proceso 4MRA-2 no era aplicable en tanto el INCN no cuenta con Banco de Sangre; (iii) que el macro proceso 8ATH7-5, no era aplicable por corresponder a la especialidad de obstetricia; (iv) que el macro proceso 9EMG1-4, era aplicable en tanto estuviese referido exclusivamente a la especialidad de Neurología; (v) que el macro proceso 11INV1-4 no era aplicable por corresponder al Instituto Nacional de Salud.

III DESARROLLO DEL PROCESO

3.1 *Conformación de Equipos*

Con fecha del 16 de marzo del 2010 en la tercera reunión del EA se acordó designar como evaluadores internos a todos los que hubieran recibido capacitación; en la cuarta reunión se conformaron 8 grupos de trabajo multidisciplinarios; y en la quinta reunión se designaron a los respectivos líderes (I), como se detalla a continuación:

CUADRO 1	
GRUPOS DE TRABAJO PARA LA AUTOEVALUACIÓN INTERNA DEL INCN	
Grupo N° 1	Grupo N° 5



Dr. Guido Albán (I)	Lic. Rosario Palacios (I)
Dra. María Meza	Eco. Jesús Carbajal
Lic. Marlene Suasnábar	Dra. Diana Rivas
Ing. Carlos Valdivia	Sr. Enrique Ayala
Lic. Aurea Sovero Luis	Sr. Jorge Ortiz
Grupo N° 2	Grupo N° 6
Dra. Lucia Rodríguez (I)	Dr. Carlos Escalante (I)
Dr. Lizardo Mija	Dr. Juan Cam
Lic. Amalia Flores	Sor. Alicia Vidal
Lic. Lourdes Robles	Sr. Julio Castro
Ing. Héctor Núñez	Sra. María Martínez
Grupo N° 3	Grupo N° 7
Dra. Yrma Quispe (I)	Dr. Gianfranco Bedriñana (I)
Dr. Rodolfo Badillo	Dr. Jesús Félix
Mg. Aldo Carrillo	Dr. Luís Saavedra
Lic. Alicia Suarez	Lic. Luz Suarez
Lic. Ronier Galarza	Sr. Luis Moreno
Grupo N° 4	Grupo N° 8
Dra. Rosa Velasco (I)	Dr. Luís Apac (I)
Dr. Lucio Portilla	Dr. Tito Huaytalla
Dr. Arturo Gárate	Lic. Carmen Duran
Lic. Martha Aquino	Lic. Edi Monzón
Sra. Luz Rengifo	Qf. Angélica Rodas

3.2 *Metodología de Trabajo*

Establecidos los 8 grupos de trabajo con su respectivo líder, en la reunión de fecha del 6 de abril se asignó los macroprocesos cuya

autoevaluación estaría a cargo de cada uno de ellos, como se aprecia en el cuadro N° 2.

CUADRO N° 2
DISTRIBUCIÓN DE MACROPROCESOS SEGÚN GRUPOS

Grupo	Macro Proceso	Estándares	Criterios
N° 1	MP 11: Investigación (INV)	3	17
	MP12: Enseñanza(ENS)	1	10
	MP21: Gestión de Insumos y Materiales (GIM)	2	8
N° 2	MP3: Gestión de la calidad (GCA)	3	20
	MP14: Admisión y Alta (ADA)	3	15
	MP 22: Gestión de Equipos e Infraestructura (GEIF)	2	13
N° 3	MP2: Gestión de Recursos Humanos GRH	4	11
	MP13: Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento Especializado (ADT)	3	14
	MP18: Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE)	4	20
N° 4	MP6: Control de la Gestión y Prestación (CGP)	2	11
	MP10: Atención Quirúrgica (ATQ)	4	24
N° 5	MP7: Atención Ambulatoria (ATA)	3	11
	MP15: Desarrollo de Servicios (DES)	5	16
	MP17: Gestión de la información (GIN)	3	15
N° 6	MP1: Direccionamiento (DIR)	2	11
	MP8: Atención de Hospitalización (ATH)	2	6
	MP 20: Manejo de nutrición de pacientes MNP	2	10

No obstante, el cronograma de exposiciones del EA se extendió por razones de fuerza mayor hasta el 16 de noviembre del 2010, lapso de tiempo dentro del cual se llevaron a cabo 20 reuniones de trabajo, luego de las cuales el EA inicio el proceso de elaboración y sustentación de sus propias fuentes auditables a lo largo de 13 sesiones adicionales, concluyendo el 13 de mayo del 2011.

3.4 *Validación de Ponderaciones*

Con fecha 29 marzo del 2011 el EA se reunió para analizar a solicitud del MINSA las puntuaciones y ponderaciones del proceso de acreditación. Hecho el análisis, por consenso y teniendo en cuenta la misión y la visión que debe tener un Instituto se acordó elevar como propuesta: (i) que los macro procesos Gerenciales que tenían una ponderación de 35% pasen a tener una ponderación del 33%, quedando Manejo del Riesgo de la Atención (MRA) con 6% y Gestión de la Calidad con 6%; (ii) que los macro procesos Prestacionales que tenían una ponderación del 40% pasen a tener una ponderación de 42%, quedando Atención de Emergencias en 4% e Investigación y enseñanza en 10%, tal y como se aprecia en el siguiente cuadro N° 4.

Las precitadas ponderaciones fueron presentadas el 6 de abril en una primera reunión técnica que se realizó en el MINSA con presencia de los demás Institutos, INEN, INSN, INO, INR e Instituto de Salud Mental y fueron aprobadas por consenso en la segunda reunión técnica llevada a cabo el 4 de mayo.

Cuadro N° 4

Macro Proceso	MINSA (%)	INCN (%)
Gerenciales	35	33
Direccionamiento	8	8
Gestión de Recursos Humanos	6	6
Gestión de la Calidad	7	6
Manejo del Riesgo de la Atención	7	6
Gestión de Seguridad ante desastres	2	2



Control de la Gestión y Prestación	5	5
Prestacionales	40	42
Atención Ambulatoria	6	6
Atención Quirúrgica	6	6
Atención de Emergencias	6	4
Atención de Hospitalización	6	6
Investigación	8	10
Enseñanza	8	10

3.4 *Autoevaluación*

Concluido el trabajo de exposición se da inicio a una tercera etapa de autoevaluación, la misma que por acuerdo de fecha 4 de octubre del 2011 se programó para los días 25 y 26 del mismo mes, habiendo cada grupo de trabajo escogido el día en que llevaría adelante el proceso, como se aprecia en el siguiente:

Cuadro N° 5

GRUPO	Oct. 2011	
	25	26
(1) Dr. Albán		x
(2) Dra. Rodríguez		x
(3) Dra. Quispe		x
(4) Dra. Velasco	x	
(5) Lic. Palacios	x	
(6) Dr. Escalante	x	
(7) Dr. Bedriñana	x	
(8) Dr. Apac	x	

Con fecha del 13 de octubre la Dirección General comunicó a las todas las oficinas las fechas de autoevaluación, requiriendo que en cada caso se designe el personal a cargo de brindar la información que los diferentes grupos de autoevaluación requieran, cuidando no afectar el normal funcionamiento de las oficinas y servicios. En las precitadas fechas, el proceso de autoevaluación se desarrolló



normalmente y en los términos previstos, no obstante a lo largo del proceso se presentaron algunas contingencias, siendo las más importantes: (i) ausencia del personal responsable de brindar la información de algunas oficinas; (ii) falta de consolidación de la información requerida; (iii) ausencia de unicidad de criterios dentro de cada equipo auto evaluador; y (iv) dificultad en la aplicación e interpretación de criterios y estándares.

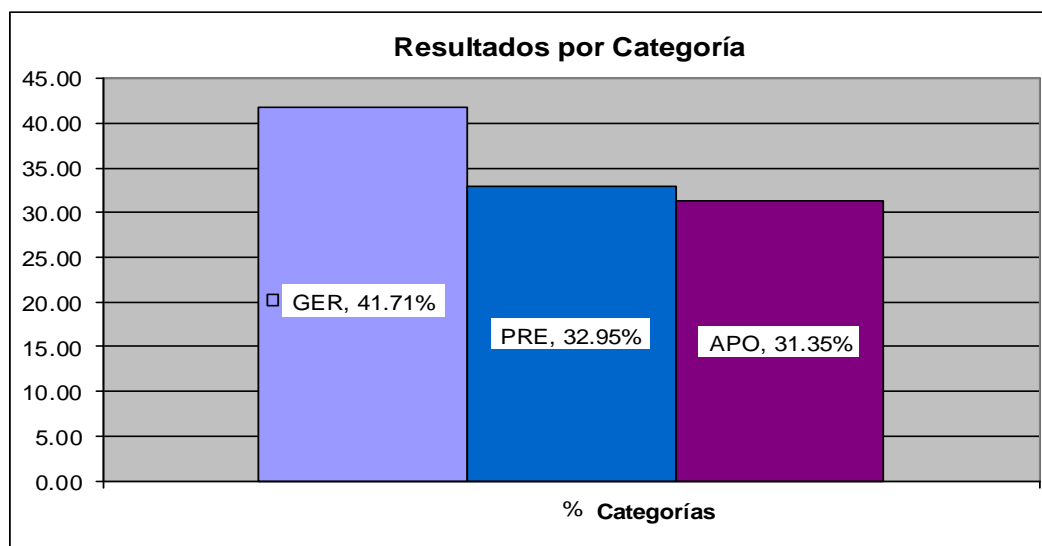
Cód. Categ	Categoría	Puntaje	Porcentaje
GER	Gerenciales	93.59	41.71
PRE	Prestacionales	94.11	32.95
APO	Apoyo	53.30	31.35

3.5 *Resultados*

Concluido el proceso de autoevaluación, la coordinación del EA convocó a un taller de trabajo con fecha 8 de noviembre en el Colegio Médico del Perú a fin de consolidar la información y puntajes de cada uno de los macro procesos, alcanzándose un 37.5% del total de la calificación como se aprecia en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 6

Gráfico N° 1



En los resultados por categorías de Macroprocesos se puede observar que el Macroproceso Gerencial alcanzó 41.71%, los Macroprocesos Prestacionales 32.95%, y de Apoyo 31.35%, concluyendo que en forma global se alcanzó 35.33%.

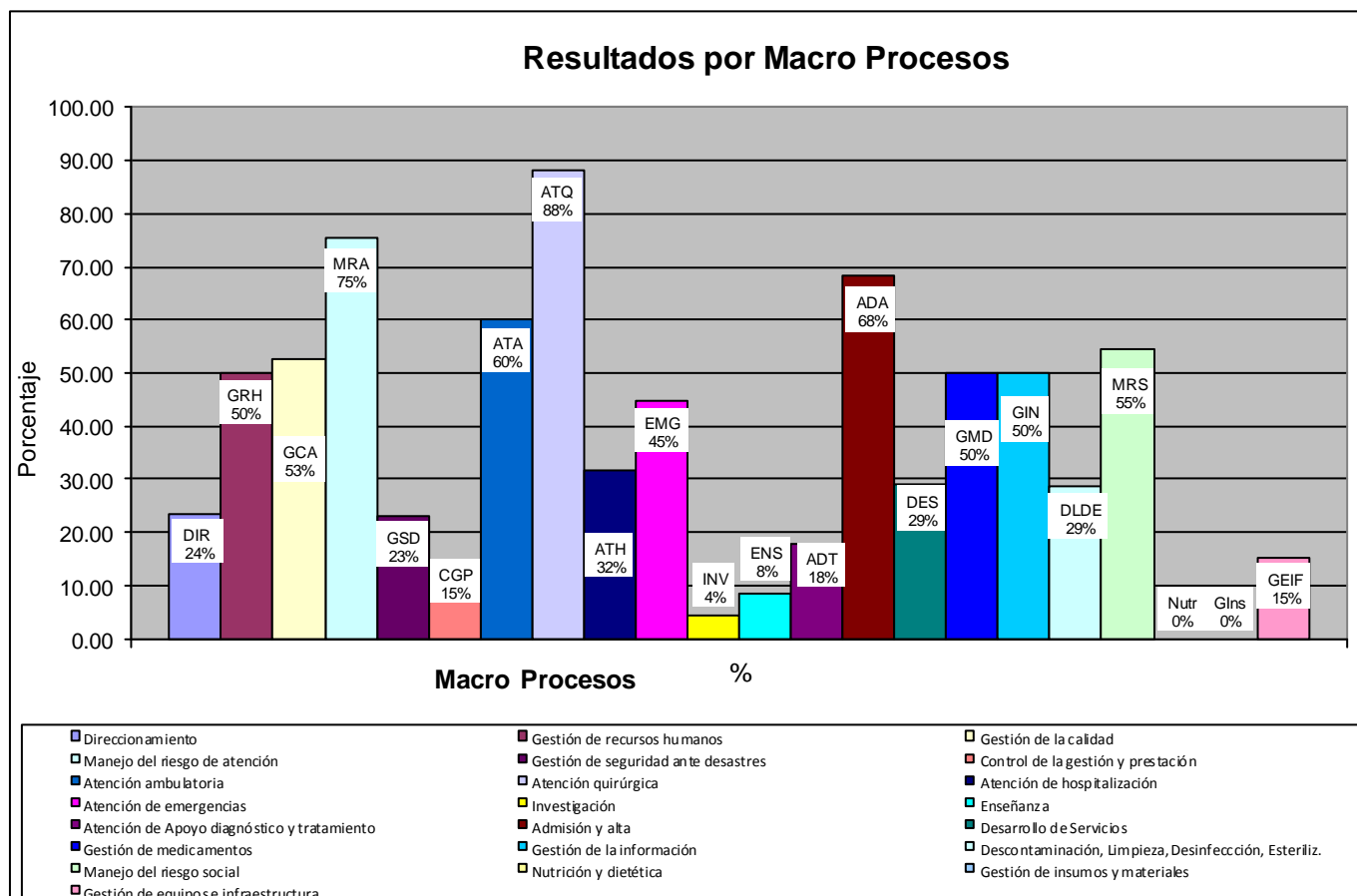
Cuadro N° 7

Resultado Global:		241 Puntos -> 35.44%	
COD MACRO	Macroprocesos	Puntaje	Porcentaje
DIR	Direccionamiento	12.80	23.53
GRH	Gestión de recursos humanos	20.40	50.00
GCA	Gestión de la calidad	21.53	52.78
MRA	Manejo del riesgo de la atención	30.74	75.34
GSD	Gestión de seguridad ante desastres	3.12	22.92
CGP	Control de la gestión y prestación	5.00	14.71
ATA	Atención ambulatoria	24.48	60.00
ATH	Atención de hospitalización	12.94	31.71



EMG	Atención de emergencias	12.17	44.74
ATQ	Atención quirúrgica	36.03	88.30
INV	Investigación	2.83	4.17
ENS	Enseñanza	5.67	8.33
ADT	Atención de Apoyo diagnóstico y tratamiento	3.04	17.86
ADA	Admisión y alta	11.59	68.18
DES	Desarrollo de Servicios	4.96	29.17
GMD	Gestión de medicamentos	8.50	50.00
GIN	Gestión de la información	8.50	50.00
DLDE	Descontam, limpieza, desinfecc. Y estéril.	4.86	28.57
MRS	Manejo del riesgo social	9.27	54.55
MNP	Nutrición y dietética	0.00	0.00
GIM	Gestión de insumos y materiales	0.00	0.00
GEIF	Gestión de equipos e infraestructura	2.59	15.22

Gráfico N° 2



En los resultados por Macroprocesos se puede observar que el Macroproceso Atención Quirúrgica logró un 88%, seguido del Macroproceso Manejo de Riesgo de Atención 75%, los Macroprocesos de Admisión y Alta y Atención Ambulatoria lograron más del 60%, los macroprocesos Gestión de la Calidad, Gestión del recurso Humano, Gestión de Medicamentos, Gestión de la Información, Manejo de Riesgo Social alcanzaron un promedio de evaluación más del 50%.



Los Macroprocesos que merecen nuestra atención en la evaluación son Nutrición y Dietética 0%, Gestión de Insumos y Materiales 0%, así mismo el Macroproceso Investigación 4%, Enseñanza 8%.

Los Macroprocesos Control de la Gestión y Prestación 15%, Gestión de Equipos e Infraestructura 15%

Los Macroprocesos Direccionamiento 24%, Gestión de la Seguridad ante Desastres 23%, Descontaminación Limpieza y desinfección 29%, Desarrollo de Servicios 29%.

Los resultados para los establecimientos de Categoría III-II que se espera alcanzar corresponde a 80% del total, en razón de ello el Instituto en esta primera autoevaluación alcanzó el 35.33%, lo que amerita iniciar con una nueva autoevaluación.

Los resultados Obtenidos mediante el uso del aplicativo informático dispuesto por la Dirección de Calidad Estrategia de Acreditación del Ministerio de Salud se incorporan en los anexos.

3.6 *Otros aspectos de importancia*

En este punto es importante mencionar que la falta de programación del proceso de autoevaluación en el POI INCN 2011 determinó que todos los costos asociados a su ejecución sean asumidos con la colaboración de las diferentes oficinas y servicios así como de la Dirección General.

Por otra parte, es también importante señalar que el EA ha generado un archivo central de información conteniendo las diferentes, cartas, oficios, circulares, actas, listados de asistencia, archivos digitales de texto, presentaciones en power point, entre otros, generados a lo largo del tiempo, cuyo inventario se anexa al presente informe.

Finalmente y a manera de reconocimiento por el trabajo realizado a largo de más de 2 años con 4 meses y más de 64 sesiones, la Dirección General dispuso el reconocimiento a cada uno de los evaluadores internos así como al personal asesor del EA.

IV **OBSERVACIONES y RECOMENDACIONES**

4.1 *Observaciones Generales*

Fruto del análisis y evaluación de los resultados obtenidos así como de la consolidación de los aportes al proceso remitidos por cada grupo de trabajo, el EA ha podido concluir que al menos un tercio de la puntuación no obtenida en el proceso de autoevaluación interna está directamente relacionada a: (i) la ausencia de documentos de gestión y/o a su falta de aprobación por Resolución Directoral; (ii) la ausencia de un sistema de ejecución y monitoreo permanente; y (iii) la ausencia de una cultura de la calidad en el registro y sistematización de la información; subsanado lo cual, el INCN podrá dar un salto cuantitativo de cara al próximo proceso de autoevaluación.



Así mismo será de vital importancia en el marco de una mejora de carácter cualitativo fortalecer los procesos de investigación y docencia no solo la necesidad de superar el bajo puntaje obtenido sino sobre todo por estar relacionados a la esencia de un instituto de investigación.

4.2 *Recomendaciones metodológicas*

Finalmente y de cara a un próximo proceso de autoevaluación el EA considera pertinente detallar las siguientes recomendaciones de carácter metodológico: (i) nombrar por cada servicio u oficina un personal responsable que a ser capacitado en el manejo de la documentación para la acreditación; (ii) continuar con el proceso de Autoevaluación en un período no mayor de tres meses, teniendo como objetivo la Evaluación Externa; (iii) Monitorizar en forma constante el proceso; (iv) diseñar instrumentos de evaluación adecuados; y (v) uniformizar criterios de evaluación.