



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de
Ciencias Neurológicas

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS
NEUROLOGICAS



INFORME DE AUTOEVALUACION DEL
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS
NEUROLOGICAS EN EL MARCO DE LA
ACREDITACION.

AÑO 2018

Lima - Perú

Jr. Ancash N° 1 271 - Barrios Altos - Lima – Perú

Central Telefónica: 01- 411 7700



INFORME DE AUTOEVALUACION DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS EN EL MARCO DE LA ACREDITACION

AÑO 2018

PRESENTACION

En el marco de las Políticas Nacionales de Calidad de la Atención de Salud, al interior del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN), se ha previsto el desarrollo de una serie de actividades inherentes a la mejora de la calidad de servicios, con ese propósito; fue necesario realizar acciones que conlleven al fortalecimiento de competencias para lograr que los indicadores de proceso, resultado y de impacto mejoren en concordancia con los estándares de los macroprocesos en el marco de la acreditación de los establecimientos de salud.

Para confirmar dicho propósito, se ha conformado equipos multidisciplinarios con la finalidad de ejecutar la evaluación interna considerando los macroprocesos y los respectivos criterios establecidos en el Listado de estándares de acreditación para los establecimientos de salud con categoría III-2.

A la fecha se tiene reportes que consignan valoraciones que merecen ser abordados mediante acciones de mejora continua y otros que requieren sostenibilidad en el tiempo, por lo tanto; es necesario socializar el contenido del informe con el Equipo de Gestión Institucional y con los Jefes de Oficinas y Departamentos, para promover el compromiso de los trabajadores del instituto para garantizar la reducción de los riesgos de manera sistemática y aspirar hacia una acreditación.

Finalmente, el informe final será puesto en conocimiento de la máxima autoridad de la institución a fin de que se tome la decisión más pertinente y oportuna.



OBJETIVO GENERAL

Desarrollar la evaluación interna según los macroprocesos del listado de estándares para implementar mejoras en los procesos y/o procedimientos administrativos y/o asistenciales al interior del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- a) Realizar la evaluación interna según los macroprocesos en todas las unidades orgánicas para evidenciar a través de los resultados los procesos que requieren ser mejorados.
- b) Promover en la entidad el fortalecimiento de una cultura de calidad mediante el cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad, considerando la autoevaluación anterior.
- c) Proponer el proceso de implementación de mejora continua con los resultados obtenidos de la evaluación interna y remitir a la Dirección General para la toma de decisiones.

ALCANCE

El ámbito de aplicación de la Autoevaluación, comprende a todos los servicios relacionados a los macro procesos gerenciales, prestacionales y de apoyo del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, y en ella su participación es activa y permanente.

METODOLOGIA

La Autoevaluación es una fase inicial obligatoria del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud, cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, quienes hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

Los Evaluadores internos, son médicos, Profesionales de la Salud: médicos, enfermeras y/o Técnicos, Asistenciales y Administrativos del INCN, que para asumir dicha función son capacitados y autorizados para ejecutar la tarea en coordinación con los responsables de las diferentes unidades orgánicas.

En ese contexto; se utilizarán técnicas que ayuden a precisar su intervención por cada macroproceso.

**TECNICAS UTILIZADAS DURANTE EL PROCESO DE AUTOEVALUACION**

TECNICAS	DESCRIPCION
Verificación/revisión de documentos	Es toda fuente escrita, permite obtener información para el análisis de los registros e informes del establecimiento.
Observación	Acción que permite visualizar como el personal se desenvuelve en su puesto de trabajo y entorno.
Entrevista	Diálogo para captar información de una fuente directa sobre el cumplimiento de los estándares.
Muestreo	Segmento poblacional previamente definido para un estudio. Sus resultados son generalizados o extrapolados a toda la población.
Encuesta	Recojo de información básica y opiniones respecto al cumplimiento de estándares.
Auditoria	Examen para determinar y señalar hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se ejecuta y brinda acorde a normas pre establecido, o criterios previamente definidos u oficializados.

CRONOGRAMA DE EJECUCION DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	FUENTE DE VERIFICACIÓN/GESTIÓN	PLAZOS
Ratificación al Equipo de Acreditación del INCN.	Oficina Gestión de la Calidad	Resolución Directoral	Marzo 2018
Reconformación y capacitación a los evaluadores internos.	Oficina de Gestión de la calidad	Acta de acuerdos. Resolución Directoral	Marzo 2018
Reuniones del equipo de acreditación para evaluación y seguimiento de la ejecución de plan de autoevaluación para la acreditación.	Integrantes del Comité de Autoevaluación para la acreditación, líderes de grupos.	Citaciones. Actas conteniendo acuerdos.	Marzo 2018
Reconformación y/o ratificación de responsables por cada macro proceso.	Oficina Gestión de la Calidad y Comité de autoevaluación.	Acta con acuerdos. Resolución Directoral.	Marzo 2018
Elaboración y presentación del plan a la Dirección General y comunicación a la autoridad institucional el inicio de la evaluación Interna.	Oficina Gestión de la Calidad.	Informes a la Dirección General.	Febrero y Marzo 2018
Reunión de trabajo con el equipo evaluador, revisión y análisis del	Miembros del comité y líderes de los equipos	Acta y acuerdos.	Marzo 2018



listado de estándares.	auto evaluadores		
Presentación del plan aprobado a los jefes de servicio y servidores públicos.	Dirección General, Oficina de Gestión de la Calidad.	Citaciones y/o convocatorias a reunión de información y sensibilización masiva en el auditorio.	Marzo 2018
Ejecución del proceso de autoevaluación interna.	Miembros del Equipo de Acreditación conformado con RD.	Revisión de actas e informes de los líderes de diferentes macro procesos.	Abril 2018
Procesamiento informatizado y elaboración de base de datos por cada macro proceso.	Personal Oficina de Gestión de la Calidad.	Digitación datos y uso de aplicativo informático con resumen de resultados obtenidos	Última semana de Abril 2018
Revisión y corrección del informe.	Jefatura Oficina Gestión de la Calidad.	Informe revisado.	1 y 2 semana de Mayo 2018
Elaboración y entrega del informe final a la Dirección General.	Personal Oficina de Gestión de la calidad	Informe final	1 y 2 Semana de Mayo 2018

LISTADO OFICIAL DEL EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

<p>Grupo N° 01 M.C. GUIDO ALBAN ZAPATA</p> <p>1. Lic. Mariella Aleman Zárate. 2. Lic. Rocío Tinco Orihuela</p>	<p>Grupo N° 02 Dra. LUCIA DEL PILAR GRACIELA RODRIGUEZ MIRANDA</p> <p>1. Lic. Laura Edita Arbulú García 2 Bach. Rosaura Domitila Álvarez Cruz</p>	<p>Grupo N° 03 M. C. YRMA SOLEDAD QUISPE ZAPANA</p> <p>1. M. C. José Carlos Delgado Ríos 2. Mg. Adm. Aldo Carrillo y Espinoza 3. Lic. María Obdulia Barrios 5. Lic. Edi Monzón Cruzado</p>
<p>Grupo N° 04 M. C. ROSA M. VELASCO VALDERAS</p> <p>1. Lic. Ronier Galarza García 2. Rosmy Medalí García Quispe 3. Fernando Hurtado Rimaycuna</p>	<p>Grupo N° 5 LIC. MARIA DEL ROSARIO PALACIOS ZEVALLOS</p> <p>1. M. C. Luis T. Larrauri Rojas 2. Econ. Jesús Carbajal Moya 3. Lic. Jorge Marroquín Ballón 4. Q. F. Angélica Rodas Santa Cruz</p>	<p>Grupo N° 06 LIC. HILDO LEIVA FLORES</p> <p>1. M.C. Juan Cam Paucar 2. M.C. Carlos Escalante Gavancho 3. Lic. Rossina I. Palacios Ángeles 4. Lic. Daría Lucía Astos Ramos 5. Tco. Sixto Pérez Rojas</p>
<p>Grupo N° 07 M. C. GIANFRANCO BEDRIÑANA ARRUNATEGUI</p> <p>1. M. C. Jesús Benigno Félix Ramírez 2. Lic. Luz María Suarez y Morales 3. Econ. Luis Alberto Moreno</p>		



de Azambuja		
-------------	--	--

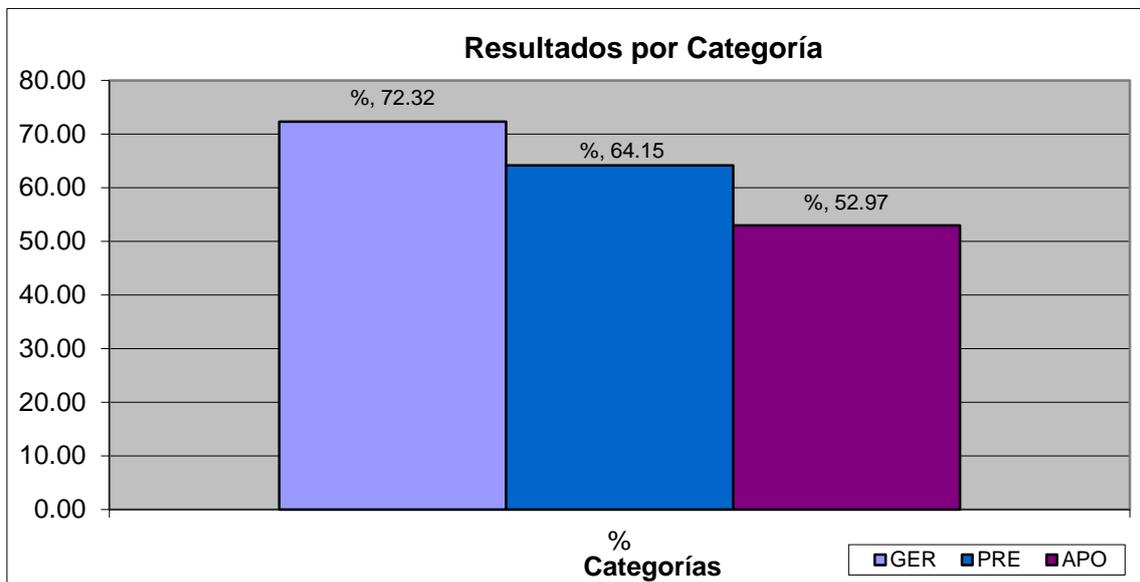
DISTRIBUCION DE ESTANDARES Y CRITERIOS POR CADA MACROPROCESO

GRUPO	MACROPROCESO	ESTÁNDARES	CRITERIOS
1	Investigación (INV)	3	17
	Docencia (DOC)	1	10
	Gestión de Insumos (GI)	2	8
2	Admisión y Alta (ADA)	3	15
	Gestión de Equipos e Infraestructura (GEIF)	2	13
	Gestión de la Calidad (GCA)	3	20
3	Gestión de Recursos Humanos (GRH)	4	11
	Atención de Apoyo al Diag. y Trat. Esp. (ADT)	3	14
	Descontaminación, Limp, Desinf. y Est. (DLDE)	4	20
	Manejo de Riesgo Social (MRS)	2	6
4	Atención Quirúrgica (AG)	4	25
5	Atención Ambulatoria (ATA)	3	11
	Gestión de la Información (GIN)	3	15
	Tecnología para la continuidad de la atención (TCA)	5	16
	Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)	8	42
6	Direccionamiento (DIR)	3	12
	Atención de Hospitalización (ATH)	7	21
	Manejo de Nutrición de pacientes (MNP)	2	10

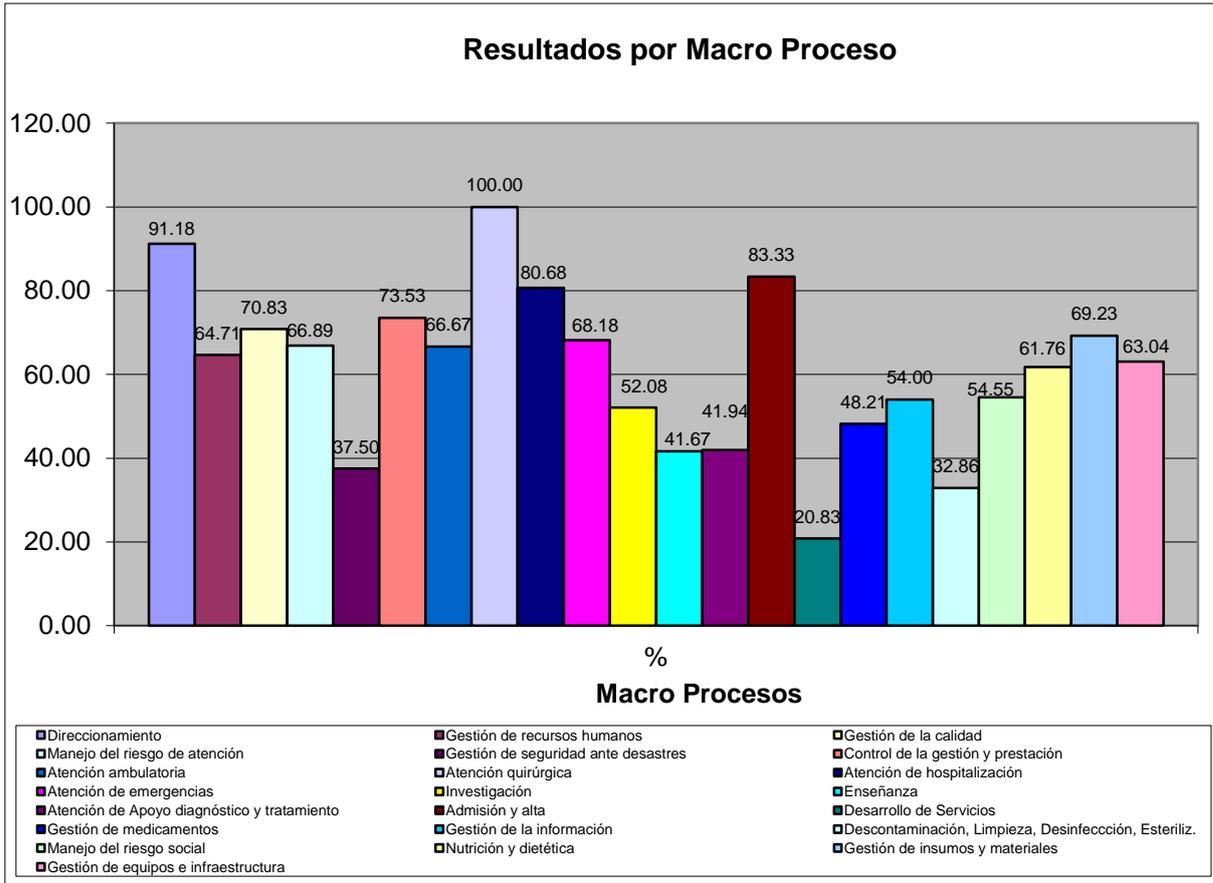


	Control de la Gestión y Prestación (GP)	2	11
7	Atención de Emergencia (EMG)	3	15
	Gestión de Medicamentos (GMD)	3	16
TOTAL		73	346

PUNTAJE ALCANZADO COMO RESULTADO DE LA AUTOEVALUACION 2018



GER: Gerencial, PRE: Prestacional y APO: Apoyo





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de
Ciencias Neurológicas

Establecimiento :		INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS										
Tipo de Establecimiento :		INCN										
Fase:		AutoEvaluación										
Año:		2018					MACROPROCESO			CATEGORIAS		
Periodo :		1										
		Nro total criterios					Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimi ento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimien to x categoria
	Macroprocesos	Criterios eval	E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
GER	Direccionamiento	11	6	4	1	11	55.20	50.33	91.18	227.70	164.68	72.32
	Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	41.40	26.79	64.71			
	Gestión de la calidad	20	9	6	5	20	41.40	29.33	70.83			
	Manejo del riesgo de atención	42	11	30	1	42	41.40	27.69	66.89			
	Gestión de seguridad ante desastres	18	12	6	0	18	13.80	5.18	37.50			
	Control de la gestión y prestación	11	5	6	0	11	34.50	25.37	73.53			
PRE	Atención ambulatoria	11	7	4	0	11	41.40	27.60	66.67	289.80	185.91	64.15
	Atención quirúrgica	25	7	11	7	25	41.40	41.40	100.00			
	Atención de hospitalización	21	4	11	6	21	41.40	33.40	80.68			
	Atención de emergencias	15	11	1	3	15	27.60	18.82	68.18			
	Investigación	17	10	7	0	17	69.00	35.94	52.08			
	Enseñanza	10	8	2	0	10	69.00	28.75	41.67			
APO	Atención de Apoyo diagnóstico y tratamiento	14	1	9	4	14	17.25	7.23	41.94	172.50	91.38	52.97
	Admisión y alta	15	3	6	6	15	17.25	14.38	83.33			
	Desarrollo de Servicios	16	8	8	0	16	17.25	3.59	20.83			
	Gestión de medicamentos	16	4	12	0	16	17.25	8.32	48.21			
	Gestión de la información	15	6	8	1	15	17.25	9.32	54.00			
	Descontaminación, Limpieza, Desinfección, Esteriliz.	20	7	11	2	20	17.25	5.67	32.86			
	Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	17.25	9.41	54.55			
	Nutrición y dietética	10	3	7	0	10	17.25	10.65	61.76			
	Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	17.25	11.94	69.23			
Gestión de equipos e infraestructura	13	5	6	2	13	17.25	10.88	63.04				
Total		345	138	167	40	345						
										Puntaje Final (%)	64.05	

Calificaciones :	
NO aprobado. Reiniciar desde Autoevaluación (< 50%)	
NO aprobado - Subsanan en 9 meses (50%-69%)	
NO aprobado - Subsanan en 6 meses (70%-84%)	
Aprobado (85% o más)	



ANEXOS

HOJA DE RECOMENDACIONES POR CADA MACROPROCESO

MACROPROCESO: DIRECCIONAMIENTO

Servicios Evaluados: Dirección General, Oficina de Epidemiología, Oficina de Gestión de la Calidad, Oficina de Planeamiento Estratégico

MACROPROCESO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
DIR 1-1	Se cuenta con el proyecto de POI, a la fecha de la evaluación no se encontró aprobado.	Se recomienda que el POI debe ser aprobado en el más breve plazo.
DIR 1-2	Las unidades orgánicas deben correlacionar el desarrollo de sus actividades en concordancia al POI del INCN	Es necesario que las unidades orgánicas formulen su plan de trabajo en concordancia al POI y se evalúen.
DIR 1-3	Se cuenta con documentos de gestión institucional pero no se difunde.	Socializar el contenido del POI y de los planes de contingencias con el personal de la Institución
DIR 1-4	Se tiene el proyecto del ASIS institucional y no está aprobado.	Aprobar en el más breve plazo y socializar el contenido del ASIS institucional con todos los servicios asistenciales y administrativos.
DIR 1-6	Se tiene el informe de evaluación del POI 2017 y no se ha socializado con el personal de la institución.	Socializar los logros y cumplimiento de los indicadores del POI 2017.
DIR 1-7	Verificar, monitorear y evaluar la adherencia de la GPC.	Los Comités de Auditoría, Historia Clínica y de Guías de Práctica Clínica monitoreen y evalúen la adherencia de la GPC.
DIR 1-8	No se difunde entre el personal de la INCN los lineamientos del POI 2018.	Socializar e institucionalizar los lineamientos del POI 2018.
DIR 2-1	Implementar, ejecutar y evaluar las actividades programadas en el POI 2018.	Fomentar la participación colaborativa en la ejecución y evaluación de las actividades programadas en el POI 2018.
DIR 3-1	Proponer las GPC al MINSA, para ser aprobada como normativa sanitaria relacionado al campo neurológico.	Proponer las GPC al MINSA, para ser aprobada como normativa sanitaria relacionado al campo neurológico.

MACROPROCESO: GESTION DE RECURSOS HUMANOS

Servicio Evaluado: Oficina de Personal

MACROPROCESO	OBSERVACION	RECOMENDACIONES
Gestión de Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> Buena disponibilidad la evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> Aprobación del Plan de inducción Elaborar la directiva interna de inducción de personal Realizar reuniones de trabajo para el análisis Institucional

MACROPROCESO: GESTION DE LA CALIDAD



Servicio Evaluado: Oficina de Gestión de la Calidad

MACROPROCESO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
Gestión de la Calidad	<ul style="list-style-type: none"> La Oficina de Calidad ha mejorado en cuanto a equipamiento pero la infraestructura todavía es insuficiente. La difusión del proceso de atención al usuario se hace mayoritariamente en idioma español. Se están manejando indicadores de calidad del MINSA: Lista de verificación de cirugía segura, número total de cirugías. Las guías de procedimientos son del área de clínica no quirúrgica. 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar a trabajadores quechua hablantes para hacer la difusión. Falta presupuesto para cumplir planes

MACROPROCESO: MANEJO DE RIESGO DE LA ATENCION

Servicio Evaluado:

MACROPROCESO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
MRA	<ul style="list-style-type: none"> El análisis de gestión de riesgos de los procesos de atención con documentación solo Infecciones Intrahospitalaria No se realiza la gestión de riesgos de la atención Inexistencia de indicadores de la seguridad transfusional Falta de adherencia a las guías de administración de medicamentos, riesgos de UPP, Trombo embolismo pulmonar Inexistencia del manual de seguridad de la identificación del paciente Inexistencia de la guía de procedimiento de riesgo de aspiración Se realiza la aplicación de la Lista de verificación de la seguridad de la cirugía, eventos adversos MAPRO de enfermería desactualizados (2008). Inexistencia de un documento de coordinaciones con gobierno local sobre manejo de agua segura. 	<ul style="list-style-type: none"> Se debe evaluar la gestión de riesgos realizando auditorias de la calidad de atención en todos los servicios asistenciales, Realizar la identificación y análisis de los eventos adversos centinela, Realizar la información oportuna de las rondas hospitalarias Realizar la identificación y análisis de la gestión de riesgos de la atención con información trimestral Identificar los indicadores según normativa e implementar Realizar la adherencia a las guías de medicamento, riesgos de UPP y trombo embolismo pulmonar y evidenciar con informes trimestrales Implementar el manual de la seguridad en la identificación del paciente hospitalizado Elaborar e implementar la guía de riesgo de aspiración. No se realiza planes de mejora en función a las recomendaciones emitidas Actualización de los manuales de procedimiento de Enfermería Realizar coordinaciones con el gobierno local y evidenciar con actas de registro, fotografías, etc

MACROPROCESO: GESTION DE SEGURIDAD ANTE DESASTRE



Servicio Evaluado: Comité Operativo de Emergencia (COE), Emergencia, Farmacia y Servicios Generales

MACROPROCESO	OBSERVACION	RECOMENDACIONES
<p>Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)</p>	<p>Limitadas acciones institucionales destinadas a reducir las vulnerabilidades institucionales, las que se han restringido a la identificación de riesgos y condiciones de acceso inmediato a la Unidad de Emergencia.</p>	<p>Ejecutar acciones complementarias destinadas a mitigar los riesgos de vulnerabilidad identificados, evaluarlos y refrendarlos mediante la obtención de un Certificado de Inspección Técnica de Seguridad que incluya la instalación de señales internas de seguridad y de ubicación del Establecimiento en el entorno institucional.</p>
	<p>Deficiente organización para la adopción de acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres</p>	<p>Dotar de funciones definidas a la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos, Prevención y Atención de Emergencias y Desastres del COE, así como al Grupo de Trabajo de Gestión de Riesgos por Desastres, articulando su accionar de acuerdo a los Planes actualizados de Respuesta de Emergencia de Desastres y de Gestión de Riesgos y Desastres, en el marco del Sistema de Gestión de Riesgos y Desastres vigente y según la estrategia del Programa presupuestal por Resultados adoptada.</p> <p>Asimismo, confeccionar Guías de Emergencia Masivas y Desastres y llevar un registro de información individual de las acciones emprendidas por cada una de las instancias constituidas para el efecto.</p>
	<p>Limitada disponibilidad de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres</p>	<p>Establecer sistemas que den cuenta de las estrategias adoptadas para asegurar de modo ininterrumpido el suministro de energía eléctrica de las áreas críticas durante las 24 horas (v.g. dotación de personal disponible y de combustible), así como del sistema de almacenamiento de agua potable (v.g. dotación de personal disponible, operatividad de cisterna y tanque de agua y tarjeta de salubridad del agua potable). De modo análogo para el sistema de ambulancias o transporte de pacientes en casos de emergencia (v.g. dotación de personal con licencias y seguros vigentes, operatividad y listado de equipamiento de ambulancias y combustible).</p> <p>Asimismo, disponer de información y acceso seguro y oportuno a un stock de reserva de medicamentos, materiales e insumos para la atención en caso de emergencias y desastres de acuerdo a la demanda de atención estimada.</p>

**MACROPROCESO: CONTROL DE LA GESTION Y PRESTACION**

Servicios Evaluados : Comité de Control Interno y Departamento de Emergencia

MACROPROCESO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
CGP 1-1	Las actividades del plan de trabajo se viene ejecutando de manera progresiva	Incidir en el desarrollo de las actividades previstas en el Plan de Trabajo del Comité de Control Interno
CGP 2-4	No evidencia con documentos la adherencia de las Guías de Práctica Clínica en las atenciones del Departamento de Emergencia	Generar evidencias documentarias sobre la adherencia de las GPC en las atenciones de Emergencia.
CGP 2-5	Se tiene el avance de evaluación diagnóstica del sistema de control interno, pero no es significativa.	Desarrollar acciones de monitoreo sobre la ejecución de los procesos y cuantificar el avance de implementación.
CGP 2-6	Se tiene parcialmente identificados los nudos críticos que dificultan la implementación de mejoras.	Requerir al Comité de Mejora Continua un informe de los nudos críticos para fortalecer la implementación como acción de auditoria recurrente.
CGP 2-7	Escasa supervisión de los procesos de prestaciones de atención clínica.	Implementar acciones de monitoreo y supervisión de los procesos de prestaciones de la atención clínica.

**MACROPROCESO: ATENCION AMBULATORIA**

Servicio Evaluado: DASP

MACROPROCESO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
ATA	<ul style="list-style-type: none"> • Existe el mecanismo de identificación, pendiente el informe de resultados, solo tiene análisis de demanda insatisfecha de nuevos • GPC aprobadas e implementadas, Parkinson, Neurocistecosis de las 10 primeras causas según el perfil epidemiológico solo hay dos • No se realiza la adherencia, no realizan auditoria de historias clínicas ambulatorias, no existen informes • Se cumple entre 50% y 80% de historias adheridas a la GPC Parkinson, NCC • Han identificado los indicadores, falta análisis solo está en pantalla falta informe 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar el análisis de oferta y demanda evaluando el acceso de los usuarios continuadores • El DASP Realizar el análisis con participación de los jefes de departamento porque son quienes realizan la atención. • Elaborar GPC acorde al perfil epidemiológico • La OGC realizar el monitoreo de la adherencia a las GPC en coordinación con el DASP • Socializar la Guía de Adherencia existente • La OGC a través del comité de auditoría de la calidad de Atención realizar la adherencia a las GPC • La OGC socializar la Guía de adherencia y trabajar con los jefes de departamento y el DASP • Los médicos del DASP desconocen la existencia de las Guías aprobadas • Realizar la evaluación de los indicadores existentes de acuerdo a la normativa y trabajar los informes trimestrales. • Realizar la socialización de los resultados • Elaborar el análisis causa raíz de incumplimiento de los indicadores • Realizar la evaluación de los indicadores existentes de acuerdo a la normativa y trabajar los informes trimestrales. • Elaborar el análisis causa raíz de incumplimiento de los indicadores

**MACROPROCESO: ATENCION DE HOSPITALIZACION**

Servicios Evaluados: Sala Inmaculada, Sala San Luis, Sala Los Angeles / La Virgen, Sala Santa Ana, Sala San Vicente, Sala El Rosario, Sala Corazón de Jesús, Sala San José, Sala San Miguel y Sala Jesús María.

MACROPROCESO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
ATH1-1	El INCN no cuenta con el ASIS Institucional vigente y aprobado.	El INCN debe contar con el ASIS Institucional vigente y aprobado, Identificar las diez causas más frecuentes de internamiento, luego socializar el contenido entre los servidores de la institución. La mayoría de los servicios no están informados del ASIS.
ATH1-2	No implementan las mejoras por contar con escasos recursos, en su mayoría implementan acciones de mejora con recursos personales.	Identificar las necesidades de mejora para implementar mejoras
ATH2-1	No abastecen a los servicios la totalidad de los recursos solicitados, refieren que no se respetan los Cuadros de Necesidades.	El sistema logístico brinde a los servicios la totalidad de los recursos solicitados en los Cuadros de Necesidades y de manera oportuna.
ATH2-2	Las Guías de Práctica Clínica en su mayoría datan de 2010- 2012, y en mejor de los casos 2014, se actualice y se socialice entre el personal asistencial.	Se actualice y se socialice entre el personal asistencial las Guías de Práctica Clínica.
ATH2-3	Mecanismos de tiempo de espera de los servicios hospitalarios no son implementados.	Implementar mecanismos de tiempo de espera de los servicios hospitalarios en coordinación con la Oficina de Gestión de la Calidad para medir el cumplimiento de dicho sistema.
ATH3-1	Escasa aplicación de la Lista de Chequeo en el marco de la normativa de bioseguridad	Incidir en el uso de la Lista de Chequeo en el marco de la normativa de bioseguridad y sostener reuniones de mejora.
ATH3-2	Uso limitado del formato de eventos adversos por los servicios hospitalarios.	Incidir en la práctica permanente del uso del formato de eventos adversos y comunicar en forma mensual a la Oficina de Gestión de la Calidad para su registro, procesamiento, análisis y posterior socialización para implementar mejoras.
ATH4-1	Las GPC no necesariamente se vinculan con las diez primeras patologías más frecuentes registradas en el ASIS del INCN.	Formular, aprobar e implementar las GPC en concordancia a las diez primeras patologías más frecuentes registradas en el ASIS del INCN.
ATH4-2	No realizan acciones de mejora en forma permanente para mejorar los estándares e indicadores.	Realizar acciones de mejora en forma permanente para mejorar los estándares e indicadores, en el marco de la normatividad D.S. N° 013-2016-SA
ATH4-3	No se evidencia la adherencia de las GPC en la Historia Clínica, en la mayoría de los servicios se registran GPC que datan del 2010-2012.	Formular y/o actualizar, implementar, monitorear y socializar las GPC para evidenciar la adherencia en la HC y los comités de Auditoría y de Historia Clínica realicen el registro.
ATH5-1	Escasa información a los usuarios externos sobre los procedimientos, diagnósticos y tratamientos que recibirá.	Incidir en brindar una Información clara y precisa a los usuarios externos sobre los procedimientos, diagnósticos y tratamientos que recibirá.
ATH5-2	Consentimientos informados en algunos casos no registran la fecha, firma del médico y sello de la Institución	Los consentimientos informados deben registrar toda la información requerida, deben registrarse la fecha, firma del médico y sello de la Institución
ATH6-1	Propuesta de flujogramas variados sobre procedimientos de interconsulta intra y extra hospitalaria.	Formular en coordinación con la OEPE, flujogramas estandarizado de los procedimientos de interconsulta intra y extra hospitalaria, luego se apruebe, implemente en un lugar visible para conocimiento de los usuarios.



ATH6-2	Atención de los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento con programación limitada para los pacientes internados.	Monitorear el cumplimiento de la programación para los pacientes internados.
ATH7-1	No se evidencia mecanismos de evaluación de Historias Clínicas,	El comité de Historias Clínicas, implemente la programación de evaluación de las HC en las diferentes salas y emita sus recomendaciones para implementar mejoras en el marco de la normatividad vigente.
ATH7-2	No se ha difundido la fase de escucha al Usuarios	Difundir los mecanismos de escucha al Usuarios Externo en coordinación con la Oficina de Gestión de la Calidad para implementar mejoras.
ATH7-3	Se evidencia horarios de atención al usuario externo para informar a los familiares sobre la evolución del paciente, en algunos servicios.	Implementar los horarios de atención al usuario externo para informar a los familiares sobre la evolución del paciente
ATH7-4	No se evidencia la evaluación de la adherencia de las GPC en las Historia Clínica.	Implementar mecanismos para evaluar la adherencia de las GPC en las HC. (Comité de Auditoría de Historia Clínica) y socializar las recomendaciones para implementar mejoras.
ATH7-5	No se evidencia los mecanismos de aplicación de las GPC en la Historia Clínica.	Que el Comité de Historia Clínica implemente mecanismos de aplicación de las GPC en las Historia Clínica.
ATH7-6	Escaso conocimiento del informe final de Eventos Adversos por parte del personal asistencial de las salas de hospitalización.	Socializar las conclusiones y recomendaciones de informe final de Eventos Adversos, luego monitorear a través de la auditoría de la calidad de registros y el comité de Historia Clínica.
ATH7-7	Escaso conocimiento de las conclusiones y recomendaciones del informe final de la encuesta de satisfacción aplicadas en las diferentes salas de hospitalización	Socializar las conclusiones y recomendaciones del informe final de la encuesta de satisfacción aplicadas en las diferentes salas de hospitalización- OGC

MACROPROCESO: ATENCION DE EMERGENCIA

MACROPROCESO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
Atención de Emergencias (EMG)	Limitada organización para responder de modo inmediato, de cara a las necesidades de atención de Usuarios en Riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar acciones de capacitación para el Personal que labora en Emergencia, de acuerdo a su competencia técnica, y que disponga de Guías actualizadas de Práctica Clínica para atender causas más frecuentes de emergencia por etapas de vida, de acuerdo a una programación diaria dispuesta en lugar visible para los Usuarios. Informar a los usuarios sobre los derechos que les asisten para ser atendidos inmediatamente, tomando en cuenta sus características socioculturales.
	Insuficiente dotación de recursos necesarios para brindar atención de manera inmediata	<ul style="list-style-type: none"> Dotar de un neurocirujano de noche y mantener operativas las ambulancias para el traslado de pacientes durante las 24 horas y los 365 días del año.
	Inadecuado Personal de Emergencia para realizar los procesos de atención que garanticen la continuidad del cuidado del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> Disponer que el Proceso de Triage de los Pacientes, recibidos en la Emergencia, esté a cargo de un Profesional de Salud capacitado para llevar a cabo el Proceso de acuerdo a la normatividad vigente. Asimismo, emplear mecanismos operativos que garanticen al Usuario la continuidad de su atención durante los



cambios de guardia.

MACROPROCESO: ATENCION QUIRURGICA

Servicio Evaluado: Centro Neuro Quirúrgico

No registra observaciones ni recomendaciones.

MACROPROCESO: INVESTIGACION

Servicio Evaluado:

MACROPROCESO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
INVESTIGACION	Documentos de gestión ineficaces: Plan de Investigación. No tiene resolución directoral	Mejor planificación de Plan anual de Investigación La oficina debe monitorear que los CBI cumplan con sus PI planificados
	La institución como centro de investigación no cumple con todos los requisitos como centro	La gestión debe implementar mejores condiciones en el centro
	El CIEI no está acreditado actualmente en el ISN	El CIEI debe recibir el máximo apoyo de la institución para cumplir con los requisitos de acreditación en el INS.
	No todos los investigadores del INCN están incluidos en el registro de CONCYTEC.	Incentivar y monitorear el registro de los investigadores en CONCYTEC
	No se cuenta con mecanismos de estímulos para el desarrollo de las investigaciones.	La oficina debe coordinar ante la institución incentivos de diferente naturaleza para la producción de investigaciones
	No hay adecuados procesos de capacitación para los miembros de la institución ni para los miembros del CIEI, sobre todo en capacitaciones específicas de investigación, seguimos dependiendo mucho de las capacitaciones extra institucionales.	Mejorar el Plan anual de Capacitación en investigación. Debe de implementarse un Plan anual de estímulo para investigadores. Usar fondos del fondo intangible para la capacitación de los investigadores.
	No se difunden, ni se publican resultados de investigaciones No hay Normas Técnicas generadas a partir de las investigaciones.	Implementar la revista de la institución para fines de publicación. Implementar sistemas de estimulación para la publicación de los PI ejecutados. Implementar la Revista del INCN para las publicaciones del instituto. El instituto debe estimular la generación de Normas Técnicas.
	No hay una adecuada infraestructura para la investigación ni para el CIEI	Deben de mejorarse las certificaciones de calidad del INCN. Implementar mejor al CIEI en cuanto a infraestructura y recursos faltantes para investigación.

**MACROPROCESO: DOCENCIA**

MACROPROCESO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
DOCENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Cuenta con convenios de docencia con algunas universidades. • Cuenta con un Comité de Residencia Médico • No cuenta con Comité de docencia en postgrado a pesar de haberse solicitado • No hay Plan Anual de Tutorías y Asesorías en postgrado. • No hay supervisión de alumnos de postgrado según el Plan de Tutorías y Asesorías por el Comité de Docencia. • No se cuenta con Plan Anual de Docencia. • No se cuenta con un Centro de Documentación adecuado. • Hay 2 convenios de Sub especialización pero no se ejecutan • No hay un programa de pasantías. • El centro de documentación no reúne las condiciones adecuadas 	<p>Debe de estimularse e incrementarse la cantidad de convenios. Debe de difundirse una cartera de servicios relacionados a las pasantías en las diversas subespecialidades del INCN</p> <p>Deben implementarse con RD Comités de Docencia, de acuerdo a su nivel III-2.</p> <p>Debe de aprobarse por RD el reglamento de docencia de postgrado</p> <p>Debe de implementarse por RD el Plan Anual de Tutorías y Asesorías en postgrado y monitorizarse.</p> <p>Debe de implementarse un Plan de Supervisión para los alumnos de Postgrado de acuerdo al plan.</p> <p>Debe de implementarse una Plan anual de Docencia en Postgrado.</p> <p>Debe de implementarse adecuadamente el Centro.</p> <p>Debe reorganizarse y re implementarse este Centro de Documentación de acuerdo a la nueva reglamentación del Sistema Nacional de Bibliotecas: DS N° 002-2014-MC que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30034, Ley del Sistema Nacional de Bibliotecas.</p> <p>Deben implementarse vía convenios universitarios Programas de Sub especialización para acreditar y titular a los sub especialistas del INCN.</p>

MACROPROCESO: ATENCION DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

Servicio Evaluado: Departamento de N-imágenes, patología, N- Fisiología, Centro Neuroquirúrgico.

MACROPROCESO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
Dirección de apoyo al diagnóstico y tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Buena disponibilidad para la Evaluación en la mayoría de los departamentos y servicios • Interés por 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer el desarrollo de proyectos de docencia especializada • Planificar y realizar capacitaciones de acuerdo con la necesidad del • Evaluar adherencia del uso de Guías de Procedimientos • Registrar e informar actividades que se realizan y no • Mejorar el registro de recepción/entrega de resultados • Realizar control de calidad de los procedimientos • Reducir tiempo de entrega de resultados



	realizar mejoras	<ul style="list-style-type: none"> Prever presupuesto para realizar el mantenimiento, de insumos, equipos de compute, etc.
--	------------------	---

MACROPROCESO: ADMISION Y ALTA

Servicio Evaluado: Oficina de Estadística e Informática – Unidad de Admisión

MACROPROCESO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
Admisión y Alta	<ul style="list-style-type: none"> Los proyectos de mejora se encuentran en la dirección general para su aprobación. No se han realizado auditorías de registro porque el comité ha sido reconfirmado Debe <u>consensuarse</u> los planes de auditoría entre la Oficina de Calidad y el comité de auditoría 	<p>La Oficina de Estadística e Informática para la implementación de la mejora continua se vincule con las áreas asistenciales y de ser necesario con las áreas administrativas para que sea un trabajo integral.</p> <p>El comité de Auditoría y de Historia Clínica desarrollen las acciones de su competencia y recomienden la implementación de mejoras en la calidad de registro.</p> <p>El Comité de Auditoría programe y ejecute las acciones de su competencia.</p>

MACROPROCESO: TECNOLOGIA PARA LA CONTINUIDAD DE LA ATENCION

Servicio Evaluado:

MACROPROCESO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
TCA	<ul style="list-style-type: none"> No forma parte de la estructura Orgánica del INCN solo existe funcionalmente no existe documentos de formalización con RD No existe evidencia de registro manual o electrónico del seguimiento de las referencias y contra referencias No se evalúa el cumplimiento de indicadores de casos referidos y contra referidos La ambulancia tipo IV, Cuenta con sistema pero los insumos, equipos y materiales no se encuentran en la unidad móvil, no existe un encargado de la unidad y no hay quien se responsabilice se encuentra todo en el COE No propone normas sobre patologías complejas acorde a la especialidad al MINSA Inexistencia de un Plan de tele salud No existe evidencia de convocatoria de actores similares a especialidad de 	<ul style="list-style-type: none"> Crear oficialmente la oficina de Seguros y se considere parte de la estructura orgánica Elaborar Documentos de gestión MAPRO, MOF de la Oficina de seguros Informes mensuales del seguimiento de las referencias y contra referencias Elaborar los informes trimestrales de los indicadores Los insumos, equipos y materiales de la ambulancia tipo IV deben estar a cargo de personal responsable y capacitado Elaborar los documentos normativos de patologías de alta complejidad y proponer al MINSA La Institución debe elaborar la implementación de un programa de tele salud y asistencia a regiones Elaborar Plan de capacitación extramural a más regiones solo se asiste a una región Lima (Cañete) La Institución comience a convocar a nuestros pares de especialidad para propuesta de plan de trabajo y políticas de salud neurológica, estableciendo redes de salud.



	neurología para proponer políticas y normas.	
--	--	--

MACROPROCESO: GESTION DE MEDICAMENTOS

Servicio Evaluado: Servicio de Farmacia - DASP

MACROPROCESO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
Gestión de los Medicamentos (GMD)	Insuficiente organización para el manejo adecuado de medicamentos e insumos	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar la demanda institucional, de medicamentos e insumos, expresados en un Cuadro de Necesidades, basado en el Petitorio Nacional y aprobado por el Comité de Compras de la Institución. • Asimismo, disponer de un sistema de información apropiado para la gestión de medicamentos, que dé cuenta informada y con firma del responsable, del flujo periódico de consumo y stock de medicamentos e insumos según destinos, cantidades, valores y fuentes de financiamiento. • Tomar en cuenta las normas de buenas prácticas y almacenamiento de los medicamentos e insumos.
	Deficiente desarrollo de acciones para la prescripción y dispensación de medicamentos e insumos otorgados de modo seguro y confiable.	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar y evaluar mecanismos de dispensación e información al Paciente, así como identificar y registrar los errores de prescripción coordinando acciones para su corrección. • Asimismo, llevar un Registro del Reporte de Acciones adversas a Medicamentos (RAM) aplicando el algoritmo correspondiente.
	Deficiente Vigilancia y Monitoreo de Resultados de la Gestión de Medicamentos e Insumos	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar acciones de capacitación al personal acerca de los procedimientos de farmacia vinculados con los medicamentos. • Asimismo, organizar la provisión para el mantenimiento del normostock de ítems necesarios para el funcionamiento de los servicios críticos.

MACROPROCESO: GESTION DE LA INFORMACION

Servicio Evaluado: Oficina de Comunicaciones

MACROPROCESO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
--------------	---------------	-----------------



GIN	<ul style="list-style-type: none"> • Inexistencia de Actas de reuniones del personal de las distintas áreas administrativas y asistenciales donde se identifican necesidades de información • La oficina de estadística e Informática tiene identificado su requerimiento de equipos informáticos pero no está incluido en el PAAC • Inexistencia de encuesta al usuario interno sobre conocimiento de la información • No se ha capacitado al recurso humano en gestión de la Información • Inexistencia de proyectos de mejora en Gestión de la Información. 	<ul style="list-style-type: none"> • La Dirección general debe consolidar las reuniones con las diferentes áreas para identificar necesidades de información • Los requerimientos de equipos informáticos deben ser incluidos en el PAAC • Realizar la medición del conocimiento de la información al usuario interno (encuestas) • Considerar en el PDP la capacitación al personal que labora en estadística e Informática y Comunicaciones sobre Gestión de la Información. • Elaborar proyectos de mejora en Gestión de la Información
------------	---	---

MACROPROCESO: DESCONTAMINACION, LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION

Servicio Evaluado:

MACROPROCESO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	Servicio tercerizado de esterilización Pobre colaboración con la evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar el MAPRO de descontaminación y de ropa de pacientes y enseres • Registro de control de daños • Implementación de procesos de acuerdo con normativa

MACROPROCESO: MANEJO DEL RIESGO SOCIAL

Servicio Evaluado:

MACROPROCESO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
Manejo del riesgo social	Buena disponibilidad para la evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar el sistema de evaluación socioeconómica en las áreas de ingreso para que esté disponible 24 horas • Promover que los pacientes que acuden a Servicio Social por exoneración puedan afiliarse al SIS

MACROPROCESO: MANEJO DE NUTRICION DE PACIENTES

Servicios Evaluados: Servicio de Nutrición

MACROPROCESO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
	No cuenta con MAPRO, asume el desarrollo de sus actividades en	Que la OEPE del INCN, brinde asesoría para formular, luego implementar y monitorear su



MNP1-1	base a la RM 665-2013/MINSA	eficacia del MAPRO en el marco de la normativa vigente.
MNP1-2	Formular, ejecutar y monitorear el Plan de Capacitación.	El proceso de implementación del plan de capacitación, se evidencie con la certificación correspondiente.
MNP1-3	Horario de atención de alimentos son difundidos en tamaño reducido	Publicar en lugar visible el horario de atención de alimentos en un tamaño más grande y que los usuarios pueden leer con facilidad.
MNP1-4	No tiene una guía propia de manipulación de alimentos	El proyecto de Guía sobre manipulación de alimentos, se apruebe a la brevedad y se implemente, monitoree su eficacia.
MNP1-5	No tiene una guía o manual de procedimiento propio para la manipulación de víveres perecibles y no perecibles.	El proyecto de Guía o Manual de Procedimientos sobre manipulación de víveres perecibles y no perecibles, se apruebe e implemente, monitoree su eficacia.
MNP1-6	Cuenta con material educativo e informativo que no está aprobado formalmente, en relación a mecanismos de educación a los usuarios y familiares.	Aprobar formalmente el material educativo e informativo como mecanismo de educación a los usuarios y familiares sobre requerimientos nutricionales de acuerdo a sus necesidades, el mismo que debe llevar el logo del INCN, firma y sello de la Jefatura de Nutrición.
MNP2-1	Cuenta en medio virtual con el listado de dietas por patología prevalente, no está aprobado formalmente.	El listado de dietas por patología prevalente, debe llevar el logo del INCN, firma y sello de la Jefatura de Nutrición.
MNP2-2	Registra en medio virtual las indicaciones dietéticas, los mismos que no llevan el logo del INCN.	La impresión de los menús del día y las distintas indicaciones dietéticas deben llevar el logo del INCN y estar firmadas por el profesional respectivo.
MNP2-3	Tiene registro diario parcial de visitas diarias	Las visitas deben ser registradas en su totalidad, lo hacen de manera parcial por falta de recursos humanos.
MNP2-4	No tiene sistema de registro de quejas y reclamos, tampoco conoce el resultado de la encuesta de percepción de usuarios externos.	Implementar un sistema de escucha al usuario externo y formato para registro de quejas y reclamos, luego evaluar los resultados para implementar mejoras.

MACROPROCESO: GESTION DE INSUMOS Y MATERIALES

Servicios Evaluados: Oficina de Logística (Programación, Almacén y Adquisición)

MACROPROCESO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
GIM 1-3	En el servicio evaluado, no tiene establecidas tampoco se aplican	Implementar las medidas de protección



	las medidas de protección de insumos y materiales	
GIM 1-4	En el servicio evaluado, no tiene establecido los procedimientos, para el control de calidad.	Implementar los controles de protección de insumos y materiales
GIM 2-1	Se realizan de acuerdo al Plan pero no se cumple los procedimientos	Mejorar los procedimientos.
GIM 2-2	No se cumple los procesos de adquisición.	Llevar un mejor control en la ejecución de las adquisiciones.
GIM 2-4	No se registra debidamente la proporción.	Mejorar el registro

CONCLUSIONES

1. Los resultados de la autoevaluación por categoría representa a nivel gerencial un 72.32%, a nivel prestacional 64.15% y a nivel de apoyo alcanza un 52.97%, cifras por debajo de la meta esperada (80%) como mínimo.
2. La mayor ponderación alcanzada por macroproceso es: Atención Quirúrgica con un 100% de logro, seguido de Direccionamiento con 91.18%, Admisión y alta con 83.33% y Atención de Hospitalización con 80.68%, respectivamente, ponderaciones sobre el estándar mínimo esperado.
3. De un total de 22 macroprocesos sólo (4) macroprocesos superaron los 80% y 18 macroprocesos se encuentran por debajo del estándar.
4. El puntaje final alcanzado como resultado de la autoevaluación 2018 es 64.05%, al año 2016 se registró un resultado de 57.62%, existe una variación del 6.43% en relación al año anterior.

RECOMENDACIONES

Aprobar en el más breve plazo y socializar el contenido del ASIS institucional con los servicios asistenciales y administrativos.

Socializar e institucionalizar los documentos de gestión y lineamientos del Plan Operativo Institucional y la evaluación trimestral.

Los Comités de Auditoría, Historia Clínica y de Guías de Práctica Clínica monitoreen y evalúen la adherencia de la GPC en las historias clínicas.

Evaluar la gestión de riesgos realizando auditorías de la calidad de atención en todos los servicios asistenciales.



Realizar la identificación y análisis de los eventos adversos centinela e implementar las medidas correctivas.

Elaborar y/o actualizar los manuales de procedimientos, guías de práctica clínica, luego implementar, monitorear y evaluar su cumplimiento.

1. Ejecutar acciones complementarias destinadas a mitigar los riesgos de vulnerabilidad identificados, evaluarlos y refrendarlos mediante la obtención de un Certificado de Inspección Técnica de Seguridad que incluya la instalación de señales internas de seguridad y de ubicación del Establecimiento en el entorno institucional.
2. Generar evidencias documentarias sobre la adherencia de las GPC en las atenciones de Emergencia y Hospitalización.
3. Desarrollar acciones de capacitación para el Personal del INCN de acuerdo a su competencia técnica.
4. Implementar convenios universitarios Programas de Sub especialización para acreditar y titular a los sub especialistas del INCN.
5. Aplicar y evaluar mecanismos de dispensación e información al paciente, así como identificar y registrar los errores de prescripción coordinando acciones para su corrección.
6. El equipo de Acreditación, socialice las observaciones y recomendaciones con las unidades involucradas en el proceso de la autoevaluación 2018.
7. Remitir el presente informe al Comité de Mejora Continua para que priorice las recomendaciones de alto impacto y fomente el desarrollo de proyectos de mejora continua al interior del INCN.