INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Nº 459-2018-J/INEN.

REPUBLICA DEL PERU

RESOLUCION JEFATURAL

Lima, 14 de Agosto de 2018.

VISTOS:

El Informe N° 01-2018-DNCC-DICON/INEN, de fecha 06 de julio de 2018, el Informe N° 553-2018-OPE-OGPP/INEN, de fecha 24 de julio de 2018 y el Informe N° 530-2018-OAJ/INEN, de fecha 10 de agosto de 2018, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Ley N° 28748 se otorgó al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, la categoría de Organismo Público Descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno y con autonomía económica, financiera, administrativa y normativa, adscrito al Sector Salud; calificado posteriormente como Organismo Público Ejecutor, en concordancia con la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo;

Que, mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA, publicado en el diario oficial El Peruano, el 11 de enero del 2007, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (ROF-INEN), estableciendo la jurisdicción, funciones generales y estructura orgánica del Instituto, así como las funciones de sus diferentes Órganos y Unidades Orgánicas;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo N° 050-2007-MINSA/DGSP, el Ministerio de Salud, brinda las pautas técnicas y metodológicas para realizar el proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo; aprobándose, posteriormente, el Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría III-2, mediante Resolución Ministerial N° 491-2012/MINSA, de fecha 12 de junio de 2012;

Que, mediante documentos de Vistos, el Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos presenta el proyecto del "Plan de Autoevaluación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el marco de la Acreditación", el mismo que tiene por finalidad "Fortalecer el Sistema de Gestión de la Calidad de nuestra institución mediante el proceso de autoevaluación, con una metodología de mejoramiento continuo de la calidad y el cumplimiento de los criterios de evaluación establecidos, para que se desarrollen de forma continua en todos los servicios, encaminándose a la acreditación institucional y a la mejora de la calidad de la atención";

Que, conforme se desprende de los documentos de Vistos, la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto y la Oficina de Asesoría Jurídica, han revisado el "Plan de Autoevaluación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el marco de la Acreditación", y han efectuado los ajustes respectivos al proyecto en mención, según el ámbito de competencia, los mismos que recomiendan su aprobación;

Que, el "Plan de Autoevaluación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el marco de la Acreditación", es concordante con lo establecido en el Plan Estratégico Institucional Modificado 2017-2021, aprobado con Resolución Jefatural N° 428-2017-J/INEN, de fecha 15 de setiembre de 2017, el que contempla en el Objetivo Estratégico N° 03: "Promover la mejora de la calidad de los servicios oncológicos a nivel nacional con el desarrollo de la normatividad y la información estadística y epidemiológica", resultando procedente su aprobación;

Contando con el visto bueno del Sub Jefe Institucional, del Secretario General, de la Directora General de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, de la Directora General de la Dirección de Control del Cáncer y del Director Ejecutivo de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN;

De conformidad con las atribuciones establecidas en la Resolución Suprema N° 011-2018-SA y del artículo 9° del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, aprobado mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR el "Plan de Autoevaluación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el marco de la Acreditación", el mismo que en anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO: ENCARGAR a la Oficina de Comunicaciones de la Secretaría General del INEN, la publicación de la presente resolución en el Portal Web Institucional.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.

Mg. EDUARDO PAYET MEZA
Jefe Institucional
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

PERÚ | Ministerio de Salud | Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas | INEN

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS EN EL MARCO DE LA ACREDITACIÓN

DIRECCIÓN DE CONTROL DEL CÁNCER
V°B°
INEN

Dirección de Aseguramiento, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos
V°B°
INEN

Dirección Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico
V°B°
INEN-OPE

LIMA – PERÚ

2018

ÍNDICE

I. Introducción 03

II. Justificación 04

III. Finalidad 04

IV. Objetivos 04

V. Alcance 05

VI. Base legal 05

VII. Metodología de la Evaluación 06

VIII. Equipo de Evaluadores Internos..... 08

IX. Cronograma de actividades para la Autoevaluación ... 11

X. Anexos..... 12

DIRECCIÓN DE CONTROL DEL CÁNCER
V°B°
INEN

Dirección de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos
V°B°
INEN

Dirección Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico
V°B°
INEN-OPE

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS EN EL MARCO DE LA ACREDITACIÓN

I. INTRODUCCIÓN

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) está comprometido con brindar una atención especializada de forma oportuna, eficiente y con calidad a los pacientes oncológicos, en cumplimiento de su misión, visión y valores como establecimiento de salud público. Para ello, se realizan actividades con la finalidad de optimizar los procesos y procedimientos en salud, buscando así la satisfacción de los usuarios y resaltando la calidad en salud como un derecho ciudadano.

En este contexto, el proceso de Acreditación, se convierte en una importante herramienta de evaluación periódica con la finalidad de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de la atención y el desarrollo armónico de los servicios; comparando el desempeño de nuestra institución como prestador de salud, con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, enfocados en elementos de estructura, procesos y de resultados.

La Acreditación de servicios oncológicos, está programado en el Plan Operativo Institucional 2018, y la autoevaluación como primera fase de este proceso estará a cargo de un equipo de evaluadores internos, previamente capacitados, en base al perfil indicado en la Norma Técnica 050-MINSA/DGSP.V2.0 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", aprobado con Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA y la "Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo", aprobada con RM N° 270-2009/MINSA, quienes aplicarán en la institución el instrumento: Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categoría III-2, aprobado con Resolución Ministerial N° 491-2012/MINSA.

Se organizaron los equipos de evaluadores internos tomando como referencia los diferentes Macroprocesos dispuestos en el instrumento mencionado anteriormente, éstos equipos verificarán que todos los macroprocesos se desarrollen acorde a los estándares de acreditación, determinando su nivel de cumplimiento e identificando las fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento, finalizando con un informe técnico de evaluación. Éste evaluador interno tiene como responsabilidad ejecutar esta fase de manera imparcial, evitando conflictos de intereses, coordinando con los responsables de los servicios, unidades, departamentos y otros.

Se debe precisar que la Acreditación es un proceso gradual, que incluye el proceso de autoevaluación, incluido en este plan, carácter obligatorio; y una

DIRECCIÓN DE CONTROL DEL CÁNCER V°B° INEN

Oficina de Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos V°B° INEN

Dirección Ejecutiva de Oficina de Planeamiento Estratégico V°B° INEN-OPE

evaluación externa, de carácter voluntario, pero necesaria para adquirir la condición de acreditado con un enfoque centrado en procesos.

Este plan tiene como finalidad fortalecer el Sistema de Gestión de la Calidad en nuestra institución, garantizando a los usuarios que se cuenta con la capacidad de brindarles prestaciones de calidad según la normativa vigente.

II. JUSTIFICACIÓN

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas depende de sus usuarios, por lo tanto, debemos entender las necesidades presentes y futuras de éstos y satisfacer sus demandas específicas brindando una atención de calidad.

Se realiza este plan de autoevaluación porque es un procedimiento de carácter obligatorio en el proceso de acreditación, y tiene como propósito evaluar el desempeño de nuestra institución, verificando el cumplimiento de los estándares establecidos y mejorando aquellos procesos que sean necesarios para elevar nuestros estándares de calidad técnicos, humanos y administrativos.

Comprometidos con mejorar la calidad de atención al usuario, consideramos el desarrollo y ejecución de este plan de suma importancia para conocer el estado de nuestros procesos y buscar obtener servicios de salud de calidad con un enfoque humano y social.

III. FINALIDAD

Fortalecer el Sistema de Gestión de la Calidad de nuestra institución mediante el proceso de autoevaluación, con una metodología de mejoramiento continuo de la calidad y el cumplimiento de los criterios de evaluación establecidos, para que se desarrollen de forma continua en todos los servicios, encaminándonos a la acreditación institucional y a la mejora de la calidad de la atención.

IV. OBJETIVOS

Objetivo General:

Promover el mejoramiento continuo en la prestación de servicios con la evaluación del desempeño laboral a través de los estándares de calidad.

Objetivos Específicos:

- Realizar de acuerdo a la normatividad vigente, la autoevaluación para determinar las fortalezas y áreas susceptibles de ser mejorados aplicando los estándares de acreditación.

- Establecer capacitaciones periódicas a los evaluadores internos para desarrollar el proceso de autoevaluación con fines de mejora y acreditación.
- Promover una cultura de calidad en todos los servicios del INEN, a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación establecidos en la norma.
- Lograr la activa participación del personal en el desarrollo del proceso de autoevaluación del INEN en cumplimiento a lo establecido en la norma de Acreditación de Establecimientos de Salud.
- Formular planes de mejora continua, sobre la base de los resultados obtenidos durante la autoevaluación.

V. ALCANCE

El presente Plan de Autoevaluación es de aplicación y cumplimiento del personal de todos los Órganos y Unidades Orgánicas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

VI. BASE LEGAL

- Ley N°26842, "Ley General de Salud".
- Ley N°28748, por la cual se crea como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, con personería jurídica de derecho público interno, autonomía económica, financiera, administrativa y normativa, adscrito al sector salud.
- Ley N° 27444, "Ley General de Procedimientos Administrativos".
- Decreto Supremo N° 001-2007-SA, mediante el cual se aprueba el Reglamento de Organización y funciones del INEN.
- Decreto Supremo N° 034-2008-PCM, mediante el cual se califica al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas como Organismo Público Ejecutor.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, NTS N°050-MINSA/DGSP V. 02. "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 491-2012/MINSA, incorpora el anexo 4 "Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría III-2.
- Resolución de Superintendencia N° 053-2015-SUSALUD/S, donde se aprueba el "Reglamento para el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud"
- Resolución Jefatural N° 494-2013-J/INEN, Conformación de Equipo de Acreditación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN.

DIRECCIÓN DE CONTROL DEL CÁNCER V°B° INEN

Dpto. de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos V°B° INEN

Dirección Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico V°B° INEN-OPE

VII. METODOLOGÍA DE LA AUTOEVALUACIÓN:

La Autoevaluación es la fase de inicio del proceso de acreditación y está a cargo del equipo de evaluadores internos los cuales ya cuentan con la capacitación y certificación respectiva. Se tiene que realizar mínimo una vez al año y se cumplirá con las siguientes actividades:

- Elaboración y Aprobación del Plan de Autoevaluación.
  - Se elaborará y remitirá el Plan de Autoevaluación del INEN a las instancias correspondientes, para su revisión y posterior aprobación con Resolución Jefatural como lo indica la Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

- Sensibilización sobre el proceso de Acreditación al equipo de gestión Hospitalaria (Direcciones generales y ejecutivas).
  - A cargo del Equipo de Acreditación, quien realizará la actividad de sensibilización previa, en coordinación con la Alta Dirección.

- Solicitud de designación del personal que serán capacitados como evaluadores internos de los macroprocesos.

- Sobre la base de la designación de los encargados de la autoevaluación se elegirá el evaluador líder, se conformarán los equipos y se elaborarán los cronogramas de reuniones técnicas informativas.
  - Cada equipo tendrá un coordinador que será el de mayor experiencia o el que el equipo determine.
  - Cada equipo formulará su cronograma de reuniones y planificará la evaluación del macroproceso designado, informando a los Directores Generales y/o ejecutivos del desarrollo del proceso de autoevaluación.

- El Equipo de evaluadores internos realizará la revisión y/o reformulación de Instrumentos de recolección de información si fuese necesario, preparando los materiales a ser utilizados durante el proceso.
  - Esta actividad se realizará por cada macroproceso y su duración no deberá exceder las dos semanas.

- Evaluación de los Macroprocesos
  Esta actividad será desarrollada por cada equipo evaluador, quienes coordinarán previamente con cada dirección y jefatura de los servicios involucrados en los macroprocesos a evaluar, a fin de definir fecha y hora, siendo el acuerdo de obligatorio cumplimiento por ambas partes, salvo situaciones inesperadas que deberán ser comunicadas oportunamente. (Ver Anexo N° 1)

- Entrega de informes de cada macroproceso para el ingreso al software.
  - Cada equipo autoevaluador elaborará un informe con sus actividades y resultados encontrados que serán entregados en los formatos establecidos para tal fin. (ver Anexo N° 2)

DIRECCIÓN DE CONTROL DEL CALIDAD - V°B° - INEN

Dirección de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oftalmológicos - V°B° - INEN

Dirección Ejecutiva de Oficina de Planeamiento Estratégico - V°B° - INEN-OPE

- Elaboración del informe final de autoevaluación.
  - A cargo del evaluador líder, coordinadores de equipos de autoevaluación y Equipo de Acreditación.

- Calificación de la evaluación.
  - Si en el proceso de Autoevaluación se consigue una puntuación igual o mayor a 85%, se elevará el expediente y solicitará la evaluación externa a la autoridad competente.
  - Si el puntaje es menor a 85%, se realizará levantamiento de observaciones, con puesta en marcha de planes de mejora y una nueva autoevaluación en 6 meses.

- Socialización de los resultados.
  - Culminada la revisión y consolidación de la información la Secretaría Técnica, con el líder de evaluadores internos presentarán el resultado de la autoevaluación a la Jefatura Institucional, con la participación de los directores Generales y Ejecutivos de los órganos y unidades orgánicas del INEN, en un plazo no mayor de 30 días de haberse remitido el informe final para las acciones de mejoramiento continuo. (Planes de mejora continua).

DIRECCIÓN DE CONTROL DEL CÁNCER V°B° INEN

Oficina de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos V°B° INEN

Dirección Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico V°B° INEN-OPE

VIII. EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS – INEN 2018

N°	MACROPROCESOS	N° ESTÁNDARES	N° CRITERIOS DE EVALUACIÓN	DIRECCION/ OFICINA	EVALUADORES INTERNOS
LÍDER				OGPP	Econ. Angélica Consuelo Chávez Guevara
1	Direccionamiento (DIR)	3	12	OGA	Ing. Milagros Blanco Satalaya
				JEFATURA	Lic. Com. Valerie Jennifer Flores Suazo
2	Gestión de Recursos Humanos (GRH)	4	11	OGPP	Econ. Silvia Zelmira Villavicencio Whittenbury
				DEP. ENF.	Lic. Enf. Miriam Pacora Camargo
3	Gestión de la Calidad (GCA)	3	20	DIMED	Sra. María Quiros García
				DEP. ENF.	Lic. Enf. Susetty Chavesta Paico
				DIMED	Sr. Francisco Torres Fernández
4	Manejo de Riesgo de la Atención (MRA)	8	42	DISAD	MC. María Teresa Núñez Buitrón
				DICON	Obst. Gina Rojo Franco
				DISAD	Sra. Alda Carbajal Sánchez
				DICON	Mg. Erika León Aranibar
5	Gestión de Seguridad ante Desastre (GSD)	3	18	DIRAD	MC. Luis Carlos Araujo Cachay
				DIRAD	Lic. Elke Pastor
				DEP. ENF.	Mg. Gregoria Vilma Díaz Ríos
6	Control de Gestión y Prestación (CGP)	2	11	DICON	Lic. Juana Tello Bonilla
				JEFATURA	Sr. José Raúl Egoavil Asto
7	Atención Ambulatoria (ATA)	3	11	DICON	Lic. Enf. Ana Rivadeneyra Chevez
				DISAD	Lic. María Retamoso Alvarado
				OGA	Sra. Eufrocina Espinoza Duran
8	Atención de Hospitalización (ATH)	7	21	DEP. ENF.	Lic. Enf. Vilma Lavado Arellano
				OGA	Ing. José Ugarte Taboada
				DISAD	MC. Sheila Vílchez Santillán
9	Atención de Emergencia (EMG)	3	15	OGPP	Bach. Sharon Flores Salazar
				DIMED	Lic. Enf. Lidia Malca Díaz

Dirección Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico V°B° INEN-OPE

Oficina de Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos V°B° -INEN-

DIRECCIÓN DE CONTROL DE CALIDAD V°B° -INEN-

N°	MACROPROCESOS	N° ESTÁNDARES	N° CRITERIOS DE EVALUACIÓN	DIRECCION/ OFICINA	EVALUADORES INTERNOS
10	Atención Quirúrgica (ATQ)	4	25	DEP. ENF.	Lic. Enf. Higinia Lily Avendaño Rojas
				DICIR	MC. Marco Sánchez Salcedo
				OGA	Ing. Manuel Oscco Santaria
				JEFATURA	C.P.C. Yesenia Betty Quispe Zorrilla
11	Investigación (INV)	3	17	DIRAD	MC. Karinthia Ballón Cervantes
				DICON	Sra. Lucy Calderón Espinoza
				JEFATURA	Lic. Adm. Julio César Escudero Fasanando
12	Docencia (DOC)	1	10	DIRAD	MC. Paola Fuentes Rivera
				DISAD	Lic. Adm. Irene Castillo Ochoa
13	Atención de Apoyo al Diagnóstico y Apoyo Especializado (ADT)	3	14	DISAD	Lic. Enf. Edith León Bautista
				DICON	MC. José Luis Rojas Vilca
14	Admisión y Alta (ADA)	3	15	DEP. ENF.	Lic. Enf. Mónica Ivonne Ramírez Torres
				DEP. ENF.	Lic. Enf. Olivia Zavaleta Grados
15	Tecnología para la Continuidad de la Atención (TCA)	5	16	DISAD	MC. Daniel Aguilar Rivera
				DICON	Lic. Enf. Maritza Mandarachi Camarena
				JEFATURA	C.P.C Zenia Margarita Wong Vásquez
16	Gestión de Medicamentos (GMD)	3	16	DICON	Lin. Enf. Nathaly Cuellar Renteria
				DICIR	MC. Javier Ramos Gonzales
				DICON	Lic. Silvia Segura Zuloaga
17	Gestión de la Información (GIN)	3	15	DICIR	Lic. Adm. Jorge Ibérico Romero
				DIMED	MC. Maria Ynés Orcotuma Antay
18	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE)	4	20	DICON	Lic. Enf. Karol Villavicencio Gonzales
				DICON	Lic. Enf. Mery Pereyra Zorrilla
				DEP. ENF.	Lic. Enf. Edith Hilario García
				DEP. ENF.	Lic. Enf. Mary Elizabeth Sánchez García
19	Manejo del Riesgo Social (MRS)	2	6	DISAD	Lic. Milagros La Rosa Canales
				DISAD	Q.F. Jenny Aguirre Anchiraico
20	Manejo de Nutrición de Pacientes (MNP)	2	10	DEP ENF.	Lic. Enf. Anamelva Retuerto Núñez
				DIMED	Srta. Janine Ballasco Monrroy

Oficina de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos - INEN - V°B°

Dirección Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico V°B° INEN/OPE

DIRECCION DE CONTROL DEL CANCER V°B°

N°	MACROPROCESOS	N° ESTÁNDARES	N° CRITERIOS DE EVALUACIÓN	DIRECCION/ OFICINA	EVALUADORES INTERNOS
21	Gestión de Insumos y Materiales (GIM)	2	8	DEP. ENF.	Lic. Enf. Julia Huamán Pérez
				DIMED	Srta. Brigida Pomasonco Loayza
				OGPP	Econ. Angélica Consuelo Chávez Guevara
22	Gestión de Equipos e Infraestructura (GEIF)	2	13	OGPP	Lic. Adm. Alexander Masa Villar
				DIRAD	Lic. Mariela Raída Fernández Torres

Oficina de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos - INEN - V°B°

Dirección Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico V°B° INEN-OPE

DIRECCIÓN DE CONTROL DEL CÁNCER V°B° - INEN -

IX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	UNIDAD DE MEDIDA	I TRIM.			II TRIM.			III TRIM.			IV TRIM.		
			E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Actualización del equipo de Acreditación del INEN aprobado con RJ.	Jefatura Institucional	Resolución		x										
Elaboración y Revisión del Plan Anual de Acreditación.	DNCC	Actas			x									
Capacitación sobre Acreditación a los Evaluadores Internos en coordinación con IGSS.	Equipo de Acreditación/ DNCC	Informe					x	x						
Elaboración del Plan de Autoevaluación para su aprobación con RJ.	Equipo de Acreditación/Evaluadores Internos	Informe					x	x						
Designación de responsable de cada Macroproceso.	Equipo de Evaluadores Internos	Informe						x						
Reunión de Sensibilización y elaboración de la Lista de chequeo para autoevaluación.	Equipo de Acreditación/DNCC	Informe						x						
Presentación del Plan a la Jefatura Institucional.	Equipo de Acreditación / Líder de Evaluadores Internos (Econ. Angélica Consuelo Chávez Guevara).	Resolución						x						
Reunión de trabajo con el equipo evaluador, análisis final del Listado de Estándares de Acreditación.	Equipo de Acreditación	Informe						x						
Ejecución del plan de autoevaluación.	Equipo de Evaluadores Internos	Informe							x					
Elaboración y entrega de informes por Macroproceso.	Equipo de Evaluadores Internos	Informe								x				
Entrega del informe técnico.	Equipo de Acreditación	Informe									x			
Calificación de la evaluación. Si se obtiene puntaje menor a 85, levantamiento de observaciones, nueva autoevaluación en 6 meses. Si se obtiene puntaje igual o mayor a 85 se solicitara evaluación externa.	Equipo de Acreditación DNCC Jefatura Institucional	Informe										x		
Socialización de resultados.	Equipo de Acreditación	Informe											x	x

Líder del Equipo de Evaluadores Internos: Econ. Angélica Consuelo Chávez Guevara.

Dirección Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico V°B° INEN-OPE

Oficina de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos V°B° INEN

DIRECCIÓN DE CONTROL DEL CÁNCER V°B° INEN

X. ANEXOS

ANEXO N° 1 HOJA DE DATOS DE AUTOEVALUACIÓN

AUTOEVALUACIÓN

Macroproceso:

Evaluador(es):

Fecha:

Servicio Evaluados:

Código Estándar:

Código criterio	Puntaje	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del Puntaje	Observaciones	Recomendaciones Responsables

Fuente: Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

Jefe de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos - INEN - V°B°

Jefa de la Oficina de Planeamiento Estratégico - INEN-OPE - V°B°

Dirección de Control del Cáncer - INEN - V°B°

ANEXO N° 2 ESQUEMA PARA LA ELABORACIÓN DEL INFORME TÉCNICO DE LA AUTOEVALUACIÓN

1. PRESENTACIÓN.
2. OBJETIVOS.
3. ALCANCE.
4. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN.
5. EQUIPO EVALUADOR.
6. CUMPLIMIENTO DEL PLAN.
7. PUNTAJE ALCANZADO.
8. RECOMENDACIONES.
9. ANEXOS.

Oficina de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oftalmológicos - INEN - V°B°

Dirección Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico V°B° INEN-OPE

DIRECCIÓN DE CONTROL DEL CÁNCER V°B° - INEN -