INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Nº 460-2018-J/INEN.

REPUBLICA DEL PERU

RESOLUCION JEFATURAL

Lima, 14 de Agosto de 2018.

VISTOS:

El Informe N° 251-2018-DNCC-DICON/INEN, de fecha 24 de julio de 2018, el Informe N° 588-2018-OPE-OGPP/INEN, de fecha 03 de agosto de 2018 y el Informe N° 529-2018-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 Trabajo para la Acreditación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas", el mismo que tiene por finalidad "Garantizar a los usuarios del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), que los servicios de salud que se prestan cuenten con recursos y capacidades adecuadas para brindar prestaciones de calidad en base a estándares nacionales previamente definidos";

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 Trabajo para la Acreditación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas", 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 Trabajo para la Acreditación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas", 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 Trabajo para la Acreditación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas", 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

INEN

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS
ORGANISMO PÚBLICO EJECUTOR

PLAN DE TRABAJO PARA LA ACREDITACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

DIRECCIÓN DE CONTROL DEL CÁNCER V°B° INEN

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

LIMA - PERÚ

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

2018

Jefe institucional
M.C. Eduardo Payet Meza

Sub Jefe institucional
M.C. Gustavo Sarria Bardales

Director general de la Dirección de Control del Cáncer
M.C. Mónica Calderón Anticona

Directora de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto
Lic. Ana María Barrutia Barreto

Elaboradores:
Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Abg. Víctor Rodolfo Zumarán Alvitez
M.C. Mónica Calderón Anticona
M.C. Iván Belzusarri Padilla
M.C. Roxana María del Carmen Regalado Rafael
M.C. Silvia Patricia Neciosup Delgado
M.C. Francisco Berrospi Espinoza
M.C. Juan Alberto Marquina Díaz
Lic. Enf. Elizabeth Elera Peña
C.P.C. Teresita de Jesús Collantes Saavedra
Lic. Ana María Barrutia Barreto
M.C. Carmela Barrantes Serrano
Lic. Enf. Maritza Mandarachi Camarena
Lic. Enf. Mery Pereyra Zorrilla
Obst. Silvia Segura Zuloaga

Revisión:

Econ. Silvia Zelvira Villavicencio Whittembury
Oficina de Planeamiento Estratégico

ÍNDICE

I. Presentación..... 4

II. Justificación..... 5

III. Finalidad..... 5

IV. Objetivos Generales y Específicos..... 5

V. Alcance 6

VI. Base Legal..... 6

VII. Aspectos Generales 7

VIII. Actividades a realizar 11

IX. Cronograma de actividades 12

X. Anexos

Anexo N° 1 Macroprocesos 14

Anexo N° 2: Estándares De Acreditación y Criterios de Evaluación para Establecimientos de Salud Con Categoría III-2 15

Anexo N° 3: Esquema para la Elaboración del Plan de Autoevaluación 18

Anexo N° 4: Técnicas de Evaluación 19

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

PLAN DE TRABAJO PARA LA ACREDITACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

I. PRESENTACIÓN

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) está comprometido con brindar una atención especializada de forma oportuna, eficiente y con calidad. Por 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 externa, y periódica que compara el desempeño de nuestra institución, como prestador de salud, con una serie de estándares de calidad, orientados a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios. Implica la implementación y evaluación periódica de una serie de estándares previamente definidos, los que han sido agrupados en veintidós (22) Macroprocesos gerenciales, prestacionales y de apoyo.

El proceso de acreditación está a cargo del Equipo de Acreditación del INEN en coordinación con las diferentes Unidades Orgánicas de Línea Técnico-Asistenciales y Técnico-Administrativas, quienes asumen responsabilidades exclusivas y compartidas con relación a la acreditación. Este proceso de acreditación comprende de dos fases: Autoevaluación y evaluación externa.

La Autoevaluación es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, la cual tiene que contar con un equipo institucional de evaluadores internos, conformado por profesionales de la salud y/o técnicos asistenciales y administrativos que aplican el instrumento. Esta fase se realizará mínimo una vez al año con la finalidad de verificar el cumplimiento de las recomendaciones y lograr el nivel aprobatorio mínimo para poder someterse a una evaluación externa.

La evaluación externa está a cargo de un equipo de evaluadores externos seleccionados por la Comisión Nacional Sectorial de Acreditación, es de carácter voluntario y es el que califica a los establecimientos de salud como acreditados o no acreditados, en nuestro caso, esta última fase se realizará una vez que la Autoevaluación sea aprobatoria.

El proceso de Acreditación está programado en el Plan Operativo Institucional 2018 y se aplica de acuerdo a la Norma Técnica de Salud N°

050-MINSA/DGSP. V.02, "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 el anexo 4 "Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría III-2, aprobado con Resolución Ministerial N° 491-2012/MINSA.

II. JUSTIFICACIÓN

El Ministerio de Salud en el marco del Sistema de Gestión de la calidad, ha dispuesto al proceso de acreditación como un procedimiento importante para cualquier institución prestadora de servicios.

La acreditación es un proceso que permite la promoción y desarrollo de la gestión institucional, mayor preocupación e interés por la satisfacción del usuario, optimización del uso y rendimiento de los recursos, así como el fortalecimiento de los procesos de autoevaluación institucional.

En este contexto, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, considera importante aplicar el proceso de acreditación en sus diferentes servicios, para mejorar procedimientos y buscar elevar sus estándares de calidad, incrementando progresivamente la equidad en la provisión de sus servicios de salud, la eficacia en el uso de los recursos, la productividad y una mejora sustancial en la calidad de atención, considerando al usuario como centro de las actividades, con acceso a la información y ejercicio de sus derechos.

III. FINALIDAD

Garantizar a los usuarios del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), que los servicios de salud que se prestan cuenten con recursos y capacidades adecuadas para brindar prestaciones de calidad en base a estándares nacionales previamente definidos.

IV. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General:

Garantizar la adecuada implementación del proceso de evaluación interna y externa para que el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) obtenga la Acreditación de acuerdo a su categoría III-2.

4.2 Objetivo Específico:

a. Promover una cultura de calidad en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, a través del cumplimiento de estándares y

criterios de evaluación para la acreditación de establecimientos de salud vigentes.

b. Establecer un sistema de evaluación que contribuya a la mejora continua y sostenida de la calidad de atención en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

c. Formular de acuerdo a la necesidad de los servicios proyectos de mejora continua.

V. ALCANCE

El presente plan de trabajo es de aplicación y cumplimiento en todos los Órganos y Unidades Orgánicas de Línea Técnico Normativas, Línea Técnico asistenciales y el personal del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).

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.
- Decreto Supremo N° 034-2008-PCM, mediante el cual se califica al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas como Organismo Público Ejecutor.
- Decreto Supremo N° 001-2007-SA, mediante el cual se aprueba el Reglamento de Organización y funciones del INEN.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- 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 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 Jefatural N° 494-2013-J/INEN, Conformación del Equipo de Acreditación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN.

VII. ASPECTOS GENERALES

7.1 Definiciones Operacionales del Proceso de Acreditación

Acreditación: Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.
La condición de Acreditado se otorga por Resolución Ministerial en Lima y Callao.

Atención de salud: Conjunto de prestaciones que se brindan a la persona, la familia y la comunidad para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

Atributos de calidad: Propiedades o requisitos que identifican la prestación y que permiten caracterizarla en niveles óptimos deseados.

Autoevaluación: Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

Constancia para la acreditación: Documento emitido por la Comisión Nacional Sectorial o la Comisión Regional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud, que garantiza que el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo cumple con los estándares establecidos según niveles luego de la evaluación externa.

Criterios de evaluación: Parámetros referenciales que determinan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.

Establecimiento de salud: Aquellos que realizan en régimen ambulatorio o de internamiento, atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o reestablecer el estado de salud de las personas, la familia y la comunidad.

Estándar: Nivel de desempeño deseado que se define previamente con la finalidad de guiar prácticas operativas que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad.

Estándar de estructura: Nivel de desempeño deseado sobre recursos materiales, organizativos o metodológicos necesarios para desarrollar la tarea asistencial asignada, recuperativa, rehabilitadora, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad, así como las tareas de gestión de los servicios.

Estándar de proceso: Nivel de desempeño deseado de todos los pasos que se deben realizar para desarrollar la labor asistencial, recuperativa, rehabilitadora, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad, así como también las labores de gestión.

Estándar de resultado: Nivel de desempeño deseado para alcanzar un determinado objetivo en salud.

Estándares específicos: Niveles de desempeño deseado y definido de manera concreta sobre aspectos propios de la realidad sanitaria diferenciada por su complejidad, naturaleza jurídica y prioridades territoriales.

Estándares genéricos: Niveles de desempeño deseado y definido de manera amplia, que abarcan los diferentes componentes de la gestión y la prestación en todos los niveles de complejidad.

Evaluación externa: Fase final de evaluación del proceso de acreditación que se orienta a confirmar de manera externa los resultados obtenidos respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación en la fase anterior de autoevaluación. Es una fase necesaria para acceder tanto a la Constancia para la Acreditación como a la Resolución Ministerial o Resolución Ejecutiva Regional según corresponda de la condición de Acreditado.

Eventos adversos en salud: Lesión, complicación, incidente o un resultado inesperado, e indeseado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.

Guía del evaluador: Documento técnico que describe la metodología a seguir en las diferentes fases de la acreditación. Con especial énfasis en la verificación de los criterios de evaluación del estándar para su correcta calificación, con la finalidad de garantizar la total objetividad del proceso.

Informe técnico de la autoevaluación: Documento que contiene los resultados de la autoevaluación realizada por los evaluadores internos y en el cual se precisa el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional.

Informe técnico de la evaluación externa: Documento que contiene los resultados de la evaluación externa realizada por evaluadores externos y que sirve para precisar el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional, Comisión Nacional, Comisión Regional, DIRESA o Ministerio de Salud según corresponda. Deberá incluir la opinión de calificación para la acreditación.

Informe técnico de seguimiento de la acreditación: Documento que contiene los resultados de la evaluación de seguimiento anual, a cargo de evaluadores externos. Sirve para verificar el grado de mantenimiento de las condiciones que permitieron la acreditación, así como el cumplimiento de las recomendaciones emitidas en el Informe técnico de la evaluación externa.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud: Son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados y por crearse, que realizan atención en salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación; así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.

Listado de Estándares de Acreditación: Documento que contiene los estándares, los atributos relacionados, las referencias normativas y los criterios de evaluación en función de los macroprocesos que se realizan en todo establecimiento de salud o servicio médico de apoyo y que sirve como instrumento para las evaluaciones.

Macroproceso: Es un proceso de mayor complejidad en una organización el cual a su vez agrupa varios procesos. Por ejemplo, el macroproceso de Gestión de Medicamentos agrupa entre otros procesos el de abastecimiento, almacenamiento, uso racional, vigilancia y control.

Mejoramiento Continuo de la calidad: Es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda la organización, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia.

Sistema de Gestión de la Calidad en Salud: Es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud del Sector y a sus dependencias públicas y privadas a nivel nacional, regional y local, en lo relativo a la calidad de atención y de la gestión.

7.2 Fases de la Acreditación

a. **Autoevaluación:** Inicio del proceso, a cargo de un equipo de evaluadores internos, el cual se conforma mediante un proceso de selección.
La fase de autoevaluación se realizará mínimo una vez al año.
El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas podrá realizar la autoevaluación las veces necesarias en un año, con la finalidad de verificar el cumplimiento de las recomendaciones del Informe Técnico de Autoevaluación y lograr el nivel aprobatorio mínimo para poder someterse a una evaluación externa.

b. **Evaluación externa:** Proceso de evaluación, a cargo de un equipo de evaluadores externos seleccionados.
La evaluación externa es de carácter voluntario y deberá ser realizada en un plazo posterior no mayor a doce meses desde la última autoevaluación con calificación aprobatoria.

7.3 Resultados de la evaluación

Los resultados de la evaluación para la acreditación se calificarán como:

a. **Acreditado:** Calificación igual o mayor a 85% del cumplimiento de los estándares.
b. **No Acreditado:** Calificación menor del 85% del cumplimiento de los estándares.

En el caso de que la evaluación externa califique como NO ACREDITADO, los plazos y los procedimientos de evaluación que debe cumplir para continuar el proceso para lograr la acreditación, según puntajes alcanzados, son los siguientes:

- Puntaje obtenido entre 70% y menor de 85% de los estándares. Estos establecimientos de salud deben subsanar los criterios observados y someterse a la evaluación externa en un plazo máximo de seis meses.
- Puntaje obtenido entre 50% y menor de 70% de los estándares. Estos establecimientos de salud deben subsanar los criterios observados y someterse nuevamente a una evaluación externa en un plazo máximo de nueves meses.
- Puntaje menor a 50% de los estándares. Estos establecimientos de salud deben subsanar los criterios observados y reiniciar el proceso desde la autoevaluación.

En el caso de que los plazos no se cumplan, el INEN deberá reiniciar el proceso desde la fase de autoevaluación.

7.4 Instrumentos de la acreditación

Para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo se hará uso de un conjunto de instrumentos: Listado de Estándares de Acreditación, Guía del Evaluador, el aplicativo para el registro de resultados y otros documentos de soporte para el desarrollo del proceso.

a. El listado de Estándares de Acreditación usado será el de Categorías III-2 según especialidades.

   El Listado de Estándares de Acreditación contiene un conjunto de estándares organizados por macroprocesos. Los estándares se despliegan en criterios de evaluación y éstos a su vez tienen variables de evaluación con una puntuación predefinida en la escala de cero a dos.
   El Listado de Estándares de Acreditación contiene tanto estándares genéricos como específicos. Los estándares genéricos son de aplicación universal para cualquier nivel de complejidad. Los estándares específicos se establecen y responden a realidades epidemiológicas propias de cada región.

b. La Guía del Evaluador que describe la metodología a seguir para la acreditación.

c. El aplicativo para el registro de resultados es un instrumento informático que debe ser otorgado por la Autoridad Nacional al establecimiento de Salud y a los evaluadores externos.

VIII. ACTIVIDADES A REALIZAR

1. Programación del proceso de Acreditación en el Plan Operativo Institucional 2018.
2. Reunión del Equipo de Acreditación (actualización de Equipo de Acreditación).
3. Actualización de la Resolución Jefatural N°494-2013-J/INEN de conformación del Equipo de Acreditación del INEN.
4. Visita al Ministerio de Salud para asistencia técnica.
5. Elaboración del Plan de Acreditación en el INEN.
6. Elaboración del Plan de Autoevaluación.
7. Capacitación de evaluadores internos.
8. Ejecución del Plan de Autoevaluación.
9. Recepción de los Informes técnicos de los evaluadores internos.
10. Informe técnico final de la autoevaluación Institucional.
11. Reunión con el equipo de acreditación para la socialización de resultados de la Autoevaluación.
12. Entrega de Informe de Autoevaluación al MINSA.
13. Entrega del Informe de Autoevaluación al MINSA.

DIRECCIÓN DE CONTROL DE CÁNCER V°B° INEN

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

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

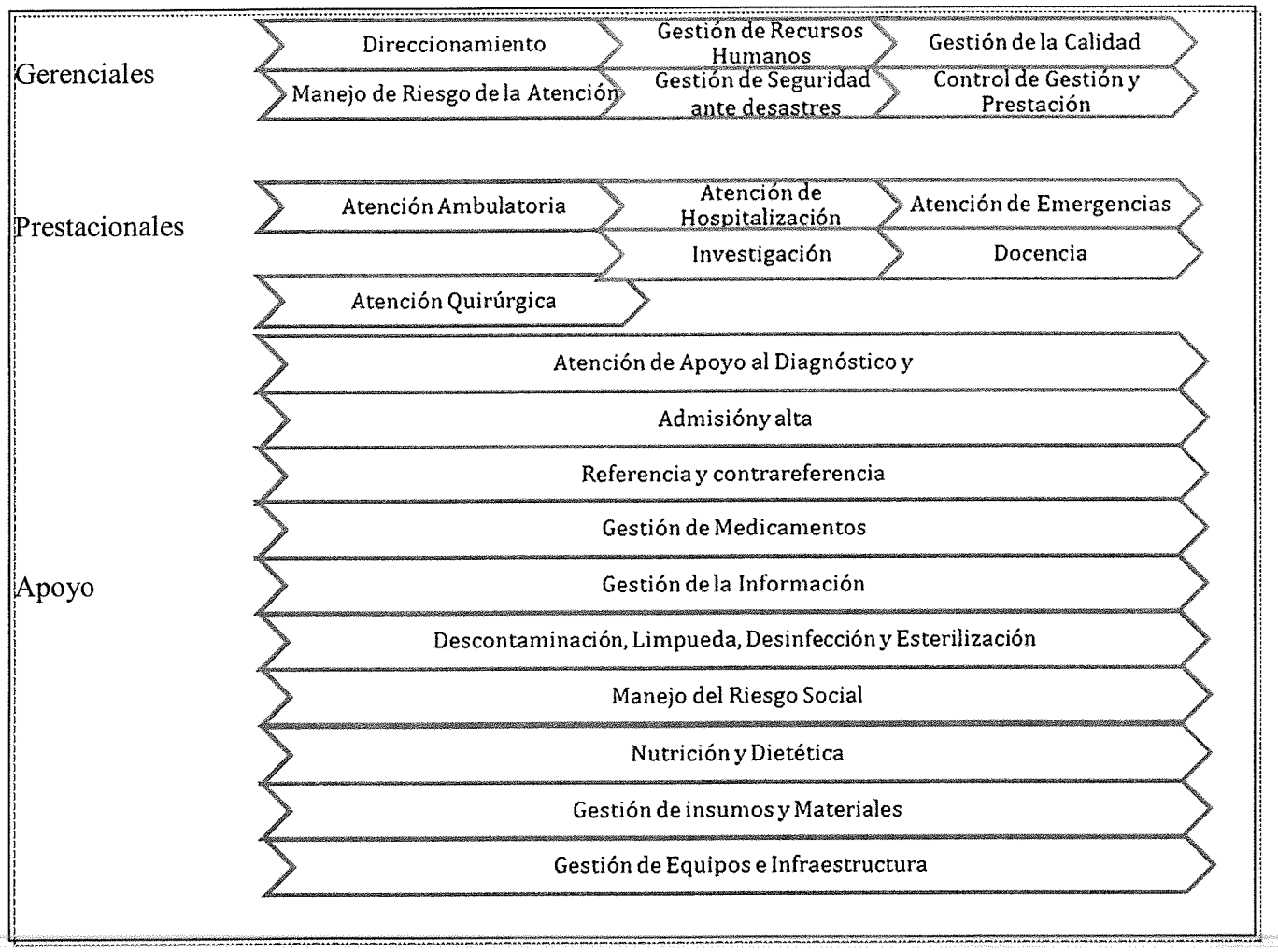
IX. CRONOGRAMA DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	2018												RESPONSABLE
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	
Programación del proceso de Acreditación en el Plan Operativo Institucional 2018.	Informe	X												DNCC
Reunión del Equipo de Acreditación (actualización de Equipo de Acreditación)	Informe		X											Equipo de Acreditación
Actualización de la Resolución Jefatural N°494-2013-J/INEN de conformación del Equipo de Acreditación del INEN.	Informe			X										Equipo de Acreditación
Visita al Ministerio de Salud para asistencia técnica	Acta				X									Equipo de Acreditación
Elaboración del Plan de Acreditación en el INEN	Plan					X	X							Equipo de Acreditación
Elaboración del Plan de Autoevaluación	Plan						X							Equipo de Acreditación
Capacitación de evaluadores internos	Lista de asistencia						X							Equipo de Acreditación

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	2018												RESPONSABLE
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	
Ejecución del Plan de Autoevaluación	Informe							X						Equipo de Acreditación/Evaluadores internos
Recepción de los Informes técnicos de los evaluadores internos	Informe							X	X					Equipo de Acreditación
Informe Técnico final de la autoevaluación Institucional	Informe									X				Equipo de Acreditación
Reunión para la socialización de resultados de la Autoevaluación	Acta										X			Equipo de Acreditación
Entrega del Informe de Autoevaluación al MINSA	Informe											X		Equipo de Acreditación/Jefatura Institucional
Formulación de proyectos de mejora	Informe												X	Unidades Orgánicas

X. ANEXOS

ANEXO N° 1: MACROPROCESOS



Fuente: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".

ANEXO N° 2: ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON CATEGORÍA III-2

Nº	Cod. Macroproceso	Macroproceso	Objetivos y Alcances	Nº Estándares	Nº Criterios
1	DIR	Direccionamiento	**Macroproceso 1: Direccionamiento (DIR)** Objetivo y alcance: Evaluar si la organización despliega con eficacia los planes estratégico, operativo y de contingencia contribuyendo al desarrollo armónico de los servicios que la componen y al mejoramiento continuo, con la finalidad de brindar mejores servicios a los pacientes según prioridades sanitarias identificadas.	3	12
2	GRH	Gestión de Recursos Humanos	**Macroproceso 2: Gestión de Recursos Humanos (GRH)** Objetivo y alcance: Evaluar si la organización está orientada a gestionar el desempeño del recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.	4	11
3	GCA	Gestión de la Calidad	**Macroproceso 3: Gestión de la Calidad (GCA)** Objetivo y alcance: Evaluar si la organización promueve y consolida el mejoramiento continuo de la calidad de sus servicios de salud, recursos y tecnología mediante el desarrollo de una cultura de calidad, sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos.	3	20
4	MRA	Manejo de Riesgo de la Atención	**Macroproceso 4: Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)** Objetivo y alcance: Evaluar si el establecimiento realiza acciones para disminuir la ocurrencia de eventos adversos; manejo de residuos sólidos y la incidencia de enfermedades ocupacionales del personal de salud.	8	42
5	GSD	Gestión de Seguridad ante Desastres	**Macroproceso 5: Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)** Objetivo y alcance: Evaluar si el establecimiento de salud despliega los medios adecuados para prevenir y afrontar las emergencias y desastres de manera eficaz y oportuna.	3	18
6	CGP	Control de la Gestión y Prestación	**Macroproceso 6: Control de la Gestión y Prestación (CGP)** Objetivo y alcance: Evaluar si la organización da cumplimiento a la normatividad vigente dentro de las políticas organizacionales y en atención a las metas y objetivos previstos en los planes estratégicos, operativos y de contingencias, así como del control interno.	2	11
7	ATA	Atención Ambulatoria	**Macroproceso 7: Atención Ambulatoria (ATA)** Objetivo y alcance: Evaluar si la organización presta atención de salud altamente especializada de consulta externa de manera organizada y confiable que garantice oportunidad, seguridad y eficacia.	3	11
8	ATH	Atención de Hospitalización	**Macroproceso 8: Atención de Hospitalización (ATH)** Objetivo y alcance: Evaluar si la atención en los servicios de hospitalización altamente especializada que brinda la organización cumplen con los atributos de disponibilidad, seguridad, oportunidad, accesibilidad, aceptabilidad e información completa.	7	21

Fuente: "Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría III-2."

Oficina de Planeamiento Estratégico V°B° INEN

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

Dirección de Control de Calidad V°B° INEN

Nº	Cod. Macroproceso	Macroproceso	Objetivos y Alcances	Nº Estándares	Nº Criterios
9	EMG	Atención de Emergencias	**Macroproceso 9: Atención de Emergencia (EMG)** Objetivo y alcance: Evaluar la capacidad de respuesta del servicio de emergencia en su misión de minimizar los riesgos derivados de los padecimientos agudos de los usuarios en emergencia, enfatizando en la oportunidad, accesibilidad y continuidad de atención.	3	15
10	ATQ	Atención Quirúrgica	**Macroproceso 10: Atención Quirúrgica (ATQ)** Objetivo y alcance: Evaluar si el centro quirúrgico está organizado para la prestación segura y eficaz de los cuidados preoperatorios, anestésicos, quirúrgicos y postoperatorios a los pacientes.	4	25
11	INV	Investigación	**Macroproceso 11: Investigación (INV)** Objetivo y alcance: Evaluar si la institución desarrolla actividades de investigación de acuerdo con las prioridades sanitarias nacionales establecidas por el organismo competente, buscando mejorar la competencia de los recursos humanos.	3	17
12	DOC	Docencia	**Macroproceso 12: Docencia (DOC)** Objetivo y alcance: Evaluar si la institución desarrolla actividades de docencia de acuerdo con las normas y procedimientos establecidos por los organismos institucionales competentes, buscando mejorar el nivel de los recursos humanos.	1	10
13	ADT	Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento Especializado	**Macroproceso 13: Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento Especializado (ADT)** Objetivo y alcance: Evaluar si la organización se orienta a lograr la innovacion, actualización, difusión y capacitación de los conocimientos, métodos y técnicas en investigacion, docencia y atención de salud altamente especializada en apoyo al diagnóstico y tratamiento.	3	14
14	ADA	Admisión y Alta	**Macroproceso 14: Admisión y Alta (ADA)** Objetivo y alcance: Evaluar si el proceso de atención de salud altamente especializado, desde el ingreso hasta la salida de los usuarios y acompañantes, permite disminuir las barreras de acceso e incorpora la identificación y priorización de necesidades (parcial o completamente) de salud individual y familiar.	3	15
15	TCA	Tecnología para la Continuidad de la Atención	**Macroproceso 15: Tecnología para la Continuidad de la Atención (TCA)** Objetivo y alcance: Evaluar si la organización garantiza la continuidad para una atención de salud altamente especializada, realiza la transferencia tecnológica a otros niveles y propone a la autoridad sanitaria la normatividad que le compete en el campo de su especialidad.	5	16
16	GMD	Gestión de Medicamentos	**Macroproceso 16: Gestión de Medicamentos (GMD)** Objetivo y alcance: Evaluar si la organización suministra los servicios de hospitalización altamente especializado, ambulatorio y otros, los medicamentos y productos solicitados y tiene un impacto directo en la seguridad de los pacientes.	3	16

Fuente: "Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría III-2."

Nº	Cod. Macroproceso	Macroproceso	Objetivos y Alcances	Nº Estándares	Nº Criterios
17	GIN	Gestión de la información	**Macroproceso 17: Gestión de la información (GIN)** Objetivo y alcance: Evaluar si se cuenta con evidencia permanente y organizada para facilitar las decisiones de los trabajadores de la organización basadas en la integración de la información clínica y administrativa originada por los procesos.	3	15
18	DLDE	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	**Macroproceso 18: Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE)** Objetivo y alcance: Evaluar si los procedimientos de descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización de materiales, equipos, enseres y ropa, así como las instalaciones, permiten minimizar los riesgos de contaminación y de infecciones intrahospitalarias aplicando medidas de seguridad como: bioseguridad, precauciones estándares y de salud ocupacional en forma oportuna y eficaz.	4	20
19	MRS	Manejo del Riesgo Social	**Macroproceso 19: Manejo del Riesgo Social (MRS)** Objetivo y alcance: Evaluar si la organización está orientada a brindar servicios de salud a las poblaciones de riesgo social bajo los atributos de accesiblidad y continuidad.	2	6
20	MNP	Manejo de Nutrición de Pacientes	**Macroproceso 20: Manejo de Nutrición de Pacientes (MNP)** Objetivo y alcance: Evaluar si la organización garantiza una atención de nutrición y dietética según las necesidades, las indicaciones clínicas y los requerimientos de los pacientes.	2	10
21	GIM	Gestión de Insumos y Materiales	**Macroproceso 21: Gestión de Insumos y Materiales (GIM)** Objetivo y alcance: Evaluar si el instituto orienta el compromiso laboral de su personal (administrativo y asistencial) para el uso racional y la conservación adecuada de insumos y materiales.	2	8
22	GEIF	Gestión de Equipos e Infraestructura	**Macroproceso 22: Gestión de Equipos e Infraestructura (GEIF)** Objetivo y alcance: Evaluar si la organización dispone de equipos en buen estado y se garantiza su operatividad en el momento que se requiera. Asimismo, que las instalaciones estructurales y servicios se mantengan conservadas y operativas.	2	13
	TOTAL			**73**	**346**

Fuente: "Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría III-2."

ANEXO N° 3: ESQUEMA PARA LA ELABORACIÓN DE PLAN DE EVALUACIÓN

I. Introducción
II. Justificación
III. Objetivo
IV. Alcance
V. Base Legal
VI. Metodología de la Evaluación
VII. Cronograma de Actividades
VIII. Equipo Evaluador

Fuente: Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

ANEXO N° 4: TÉCNICAS DE EVALUACIÓN

a. Verificación/Revisión de documentos: Una de las fuentes a las que se puede recurrir para obtener información y analizar los registros e informes del establecimiento de salud, el estudio de mapa de procesos, etc.

b. Observación: Permite seguir la manera cómo el personal se desenvuelve en la práctica. Se observa a las personas y al entorno.

c. Entrevista: Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.

d. Muestreo: Permite definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados o extrapolados a toda la población accesible.

e. Encuesta: Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.

f. Auditoría: Examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos.

Fuente: Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.