

REPÚBLICA DEL PERÚ



RESOLUCION JEFATURAL

Surquillo, 12 de AGOSTO de 2019

VISTOS:

El Informe N° 001-2019-CA/INEN de fecha 23 de julio de 2019 del Equipo de Acreditación del INEN, el Informe N° 111-2019-OGPP/INEN de fecha 09 de julio de 2019 de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, el Informe N° 628-2019-OPE-OGPP/INEN de fecha 08 de julio de 2019 de la Oficina de Planeamiento Estratégico, el Informe N° 847-2019-OAJ/INEN de fecha 06 de agosto de la Oficina de Asesoría Jurídica, y;

CONSIDERANDO:

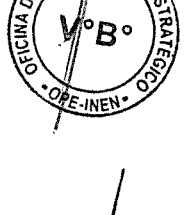
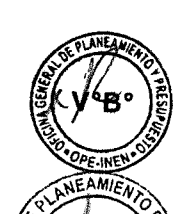
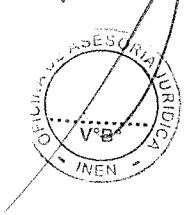
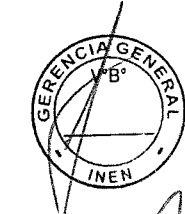
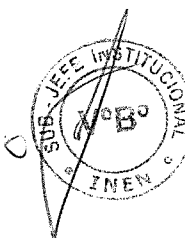
Que, a través de la Ley N° 28748, se creó como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, con personería jurídica de derecho público interno, con autonomía económica, financiera, administrativa y normativa, adscrito al Sector Salud, constituyendo Pliego Presupuestal y calificado como Organismo Público Ejecutor en concordancia con la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y el Decreto Supremo N° 034-2008-PCM;

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

Que, la Ley General de Salud N° 26842, establece que la salud es una condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla y promoverla, con una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

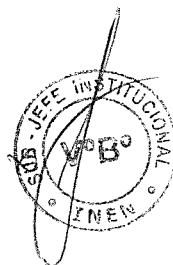
Que, la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02, Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo tiene como finalidad contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según el nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares previamente definidos;

Que, en base al citado dispositivo normativo se elaboró el Proyecto de Plan de Trabajo para la Acreditación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2019-2022, el cual tiene como objetivo establecer el proceso de Acreditación Nacional como



sistema de evaluación periódica, que contribuya a la mejora continua y sostenida de la calidad de atención en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas;

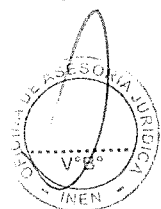
Que, al respecto debemos precisar que el Plan de Trabajo para la Acreditación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2019-2020, reúne los objetivos y actividades incluidas dentro del "Plan Operativo Institucional – POI del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, Año Fiscal 2019" y el Plan Operativo Institucional (POI) Multianual 2020-2022 del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, siguiendo las metodologías normadas por el Ministerio de Salud, que permitirán el cumplimiento de los objetivos institucionales;



Que, mediante Informe N° 628-2019-OPE-OGPP/INEN de fecha 08 de julio de 2019 la Oficina de Planeamiento Estratégico considera que el Plan de Trabajo para la Acreditación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2019-2022 se ajusta a lo establecido en la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" y la Resolución Ministerial N° 491-2012/MINSA que incorpora el "Listado de Estándares de acreditación para establecimientos de salud categoría III-2, emitiendo opinión favorable a fin de continuar con el trámite de aprobación correspondiente;



Que, a través del Informe N° 847-2019-OAJ/INEN de fecha 06 de agosto de 2019 la Oficina de Asesoría Jurídica considera que necesario contar con un documento técnico que sirva como instrumento para el desarrollo de las actividades institucionales, en ese sentido, resulta viable la aprobación del Plan de Trabajo para la Acreditación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2019-2022 a fin de promover la calidad y mejora continua de nuestra institución;

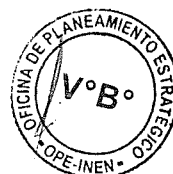


Contando con los vistos buenos de la Sub Jefatura Institucional, la Gerencia General, la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, la Oficina de Planeamiento Estratégico, la Oficina de Asesoría Jurídica y el Presidente del Equipo de Acreditación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas-INEN;



En virtud a las atribuciones y facultades conferidas en el Decreto Supremo N° 001-2007-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN y la Resolución Suprema N° 011-2018-SA;

SE RESUELVE:



ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR el "Plan de Trabajo para la Acreditación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2019-2022", el mismo que forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO. - ENCARGAR a la Oficina de Comunicaciones de la Gerencia General del INEN, la publicación de la presente Resolución en el Portal Web Institucional.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.

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





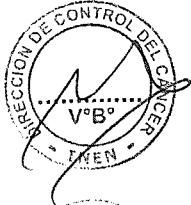
PERÚ

Sector Salud

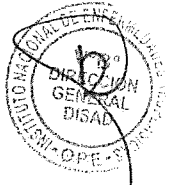
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS
ORGANISMO PÚBLICO EJECUTOR



PLAN DE TRABAJO PARA LA ACREDITACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS 2019-2022



LIMA – PERÚ



INEN
Av. Angamos Este 2520 -
Surquillo
Telf.: 201-6500
www.inen.sl.d.pe

“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”
 “AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”

Jefe Institucional

M.C. Mg. Eduardo Payet Meza

Sub Jefe Institucional

M.C. Gustavo Sarria Bardales

Directora General de la Dirección de Control del Cáncer

M.C. Mónica Calderón Anticona

Elaborado por:

Abog. Víctor Rodolfo Zumarán Alvitez
 Dra. Silvia Patricia Neciosup Delgado
 M.C. Mg. Francisco Berrospi Espinoza
 M.C. Juan Alberto Marquina Díaz
 M.C. Roxana María Del Carmen Regalado Rafael
 CPC. Teresita De Jesús Collantes Saavedra
 M.C. Mg. Duniska Tarco Virto
 M.C. Iván Belsuzarri Padilla
 Lic. Mg. Vilma Díaz Ríos
 Lic. Antonio Mayta Vivar
 Lic. Mg. Silvia Segura Zuloaga

Revisado por:

Oficina General de Planeamiento y Presupuesto
 Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos



“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”

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

I. PRESENTACIÓN:

El Ministerio de Salud como ente rector del Sistema de Salud de nuestro país, impulsa la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, para lo cual ha emitido políticas, normas y objetivos de calidad orientados a la búsqueda permanente de la mejora continua de la calidad.

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. Una de las actividades es el proceso de Acreditación.

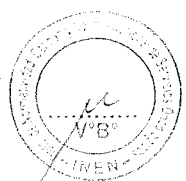
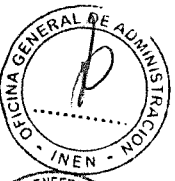
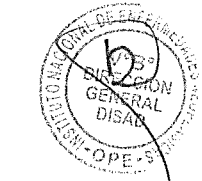
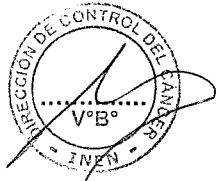
El proceso de Acreditación Nacional, se convierte en una importante herramienta de autoevaluación y evaluación externa, y periódica que compara el desempeño de nuestra institución, como prestador de salud, con una serie de estándares de calidad establecidos en la Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”, aprobado con Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA y Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría III-2, aprobado con Resolución Ministerial N° 491-2012/MINSA.

Estos estándares están orientados a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios y han sido agrupados en veintidos (22) macroprocesos: gerenciales, prestacionales y de apoyo.

El proceso de Acreditación está a cargo del Equipo de Acreditación del INEN en coordinación con los diferentes órganos y 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 requiere de un Equipo Institucional de Evaluadores Internos, conformado por profesionales de la salud y/o técnicos asistenciales y administrativos que aplican el Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría III-2.

Esta fase se realiza mínimo una vez al año con la finalidad de verificar el cumplimiento de las recomendaciones y lograr el nivel aprobatorio mínimo para poder pasar a una evaluación externa.

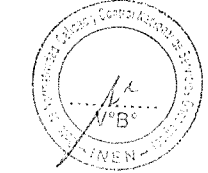
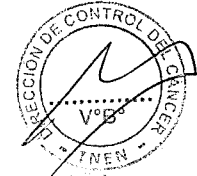


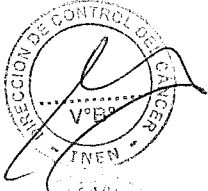


“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”

ÍNDICE

I.	PRESENTACIÓN.....	1
II.	JUSTIFICACIÓN.....	2
III.	FINALIDAD.....	2
IV.	OBJETIVOS	
	OBJETIVOS GENERALES.....	3
	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	3
V.	ALCANCE	3
VI.	BASE LEGAL.....	3
VII.	ASPECTOS GENERALES	4
VIII.	ACTIVIDADES y TAREAS	8
IX.	METAS.....	9
X.	INDICADORES.....	10
XI.	PRESUPUESTO.....	10
XII.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	11
XIII.	ANEXOS	
	ANEXO N° 1: Macroprocesos	16
	ANEXO N° 2: Estándares De Acreditación y Criterios de Evaluación para Establecimientos de Salud Con Categoría III-2	17
	ANEXO N° 3: Esquema para la Elaboración del Plan de Autoevaluación	20
	ANEXO N° 4 : Técnicas de Evaluación	21





“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”

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 el porcentaje de cumplimiento de los criterios sea igual o mayor al 85%, calificado como aprobatorio.

El proceso de Acreditación está programado en el Plan Operativo Institucional, describiendo las actividades y tareas que involucra la organización, monitoreo y evaluación de sus fases.

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 Ministerio de Salud, en el marco del Sistema de Gestión de la calidad en Salud, impulsa en toda Institución prestadora de Servicios de Salud Pública la Acreditación Nacional para garantizar a los usuarios un servicio que cuenten con recursos y capacidades óptimas de calidad y exista una mejora continua de manera perenne y sostenida.

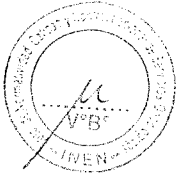
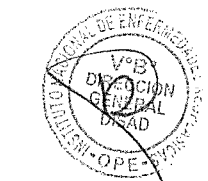
El INEN, conciente de la importancia de la mejora continua en sus procesos de atención, considera que la Acreditación Nacional es un proceso importante, previo a la Acreditación Internacional, que permite la promoción y desarrollo de la gestión Institucional, así mismo genera interés por la satisfacción del usuario.

El presente Plan de Acreditación se instaura con el propósito de mejorar los procesos 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.

La Institución se encuentra convencida de que la Acreditación Nacional con excelencia será el primer paso hacia la búsqueda de la Acreditación Internacional, que constituye un reto para el año 2022.

III. FINALIDAD:

Alcanzar la Acreditación Nacional cumpliendo con los estándares de calidad establecidos en norma establecida por el Ministerio de Salud, garantizando en el INEN un Sistema de Gestión de la Calidad en Salud eficiente, eficaz y sostenible que permita brindar a los usuarios prestaciones de salud con calidad, eficiencia y eficacia.





“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”

IV. OBJETIVOS:

4.1 Objetivo General:

Establecer el proceso de Acreditación Nacional como sistema de evaluación periódica, que contribuya a la mejora continua y sostenida de la calidad de atención en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

4.2 Objetivo Específico:

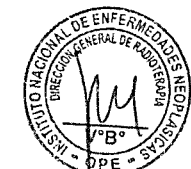
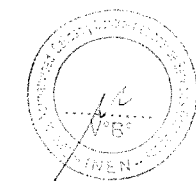
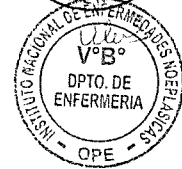
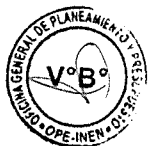
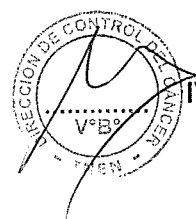
- Determinar la metodología de la fase de autoevaluación y evaluación externa del INEN.
- Establecer los mecanismos para la organización del equipo de acreditación y evaluadores internos.
- Organizar la fase de autoevaluación y evaluación externa del proceso de acreditación en el INEN.
- Establecer mecanismos de monitoreo y evaluación de actividades del proceso de acreditación.
- Establecer mecanismos de monitoreo y acompañamiento en la implementación de acciones de mejoramiento continuo de la calidad, para el cierre de brechas.

V. ALCANCE:

El presente plan de trabajo es de aplicación y cumplimiento en todos los órganos y unidades orgánicas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

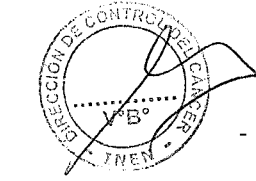
VI. BASE LEGAL:

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio 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, se aprueba el “Reglamento para el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprueba el Documento Técnico: “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.

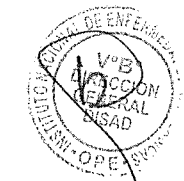




“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”



- 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° 456-2007/MINSA, se aprueba la “Guía Técnica del Evaluador 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 Ministerial N° 1334-2018/MINSA, se aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2019-2021 del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 1334-2018/MINSA, se aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2019-2021 del Ministerio de Salud.
- Resolución Jefatural N° 494-2013-J/INEN, Conformación de Equipo de Acreditación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN.
- Resolución Jefatural N° 171-2019-J/INEN, se aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2019-2022 ampliado V.01 del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, que como anexo forma parte de la presente Resolución, que como anexo forma parte de la presente Resolución.
- Resolución Jefatural N° 177-2019-J/INEN, se aprueba el Plan Operativo Institucional (POI) Multianual 2020-2022, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. y su anexo que forma parte integrante de la presente Resolución, con eficacia anticipada desde el 30 de abril 2019.

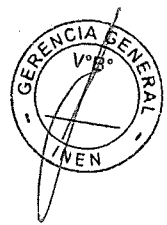
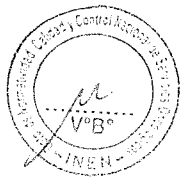


VII. ASPECTOS GENERALES:



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





“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”

determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

e) **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.

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

g) **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.

h) **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.

i) **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.

j) **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.

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

l) **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.

m) **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.

n) **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.





“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”

de Medicamentos agrupa entre otros procesos el de abastecimiento, almacenamiento, uso racional, vigilancia y control.

w) **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.

x) **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.

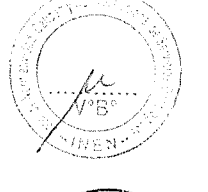
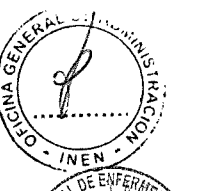
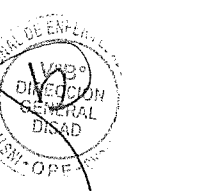
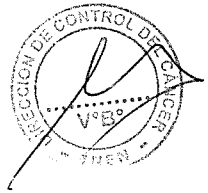
7.3 Resultados de la evaluación

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.

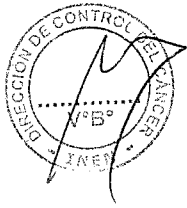
En el caso de que la evaluación externa califique como NO ACREDITADO, los plazos y los procedimientos de evaluación que debe cumplir para continuar el proceso para lograr la acreditación, según puntajes alcanzados, son los siguientes:

- 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 nueve meses.





“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”



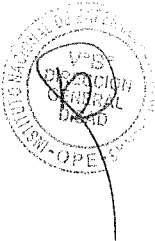
o) Eventos adversos en salud: Lesión, complicación, incidente o un resultado inesperado, e indeseado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.



p) 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.



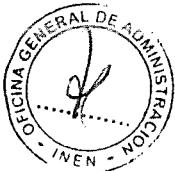
q) Informe técnico de la autoevaluación: Documento que contiene los resultados de la autoevaluación realizada por los evaluadores internos y en el cual se precisa el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional.



r) 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.



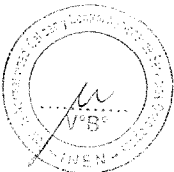
s) Informe técnico de seguimiento de la acreditación: Documento que contiene los resultados de la evaluación de seguimiento anual, a cargo de evaluadores externos. Sirve para verificar el grado de mantenimiento de las condiciones que permitieron la acreditación, así como el cumplimiento de las recomendaciones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



t) 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.



u) 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.



v) Macroproceso: es un proceso de mayor complejidad en una organización el cual a su vez agrupa varios procesos. Por ejemplo el macroproceso de Gestión





“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”

- 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 la siguiente puntuación predefinida:

- Cero (0) no cumple.
- Uno (1) cumple parcialmente.
- Dos (2) si cumple con el criterio.

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 Y TAREAS:

1. Planificación del proceso de Acreditación en el INEN.

- a. Programación del proceso de Acreditación en el Plan Operativo Institucional.
- b. Elaboración del Plan de Autoevaluación por el equipo de evaluadores internos.
- c. Presentación del Plan de Autoevaluación al Equipo de Acreditación.
- d. Aprobación del Plan de Autoevaluación con Resolución Jefatural.

2. Organización del proceso de Acreditación en el INEN.

- a. Reuniones técnicas del Equipo de Acreditación.
- b. Selección o actualización del equipo de evaluadores internos.
- c. Asistencia Técnica de la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del Ministerio de Salud.
- d. Reuniones de trabajo con el Equipo de Evaluadores Internos.
- e. Difusión del Proceso de Acreditación en el INEN.





“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”

3. Ejecución del proceso de Acreditación en el INEN.

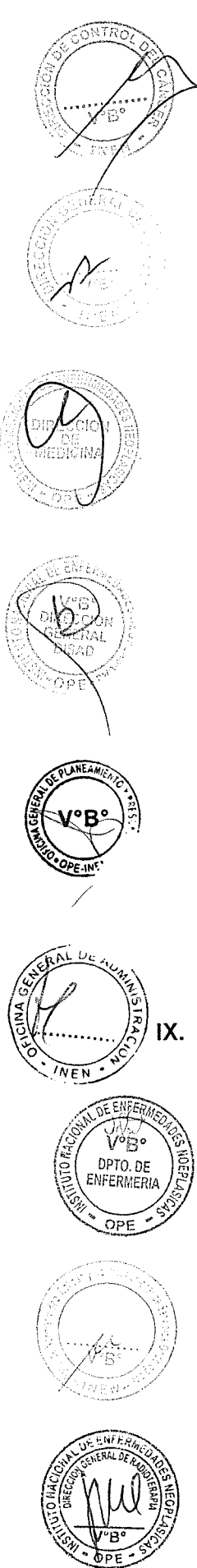
- a. Socialización de la normativa vigente a los evaluadores internos del INEN
- b. Capacitación de Evaluadores Internos del INEN.
- c. Comunicación al MINSA del inicio de la Autoevaluación INEN para la acreditación.
- d. Ejecución de la fase de Autoevaluación.
- e. Recepción de los Informes técnicos de los evaluadores internos.
- f. Elaboración del Informe Técnico final de la autoevaluación Institucional por parte del equipo de Acreditación.
- g. Reunión del Equipo de Acreditación para la socialización de resultados de la Autoevaluación.
- h. Socialización de los resultados de la autoevaluación a los Directores Generales.
- i. Entrega del Informe de Autoevaluación al MINSA.
- j. Recepción de acciones/proyectos de mejora continua por los diferentes órganos y unidades orgánicas del INEN.
- k. Solicitud de evaluación externa al MINSA, si es que se consigue un porcentaje de cumplimiento mayor al 85%.
- l. Ejecución de la Evaluación Externa al INEN.

4. Monitoreo y Evaluación del Plan

- a. Seguimiento de la autoevaluación de los macroprocesos.
- b. Evaluación del porcentaje de cumplimiento de los estándares de calidad en el proceso de autoevaluación 2019.
- c. Evaluación del porcentaje de cumplimiento de los estándares de calidad en el proceso de autoevaluación 2020.
- d. Evaluación del porcentaje de cumplimiento de los estándares de calidad en el proceso de autoevaluación 2021.
- e. Evaluación del porcentaje de cumplimiento de los estándares de calidad en el proceso de autoevaluación 2022.
- f. Hacer seguimiento de la implementación de mejoras por macroprocesos para el cierre de brechas.

IX. METAS:

- 1. 100% de los evaluadores internos capacitados en la norma de Acreditación.
- 2. Lograr un 85% de cumplimiento de los estándares de calidad a en el año 2019.
- 3. Incrementar el porcentaje de cumplimiento de los estándares de calidad a un 90% en el año 2020.
- 4. Obtener un 95% de cumplimiento de los estándares de calidad en el año 2021.
- 5. Lograr un 100% de cumplimiento de los estándares de calidad en el año 2021.





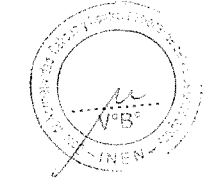
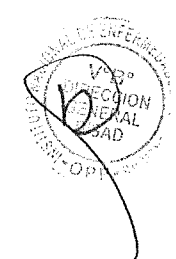
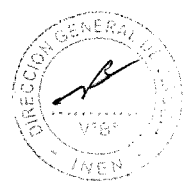
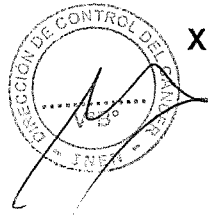
“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”

X. INDICADORES:

FASE	INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	FORMA DE MEDICIÓN
AUTOEVALUACIÓN	Porcentaje de evaluadores internos capacitados en la Norma de Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.	Proceso	$\frac{\# \text{ Evaluadores Internos capacitados}}{\text{Total de evaluadores internos}}$
AUTOEVALUACIÓN	Porcentaje de informes técnicos de evaluación de los Macroprocesos entregados.	Proceso	$\frac{\# \text{ de informes técnicos de evaluación de macroprocesos entregados}}{\text{Total de macroprocesos}}$
AUTOEVALUACIÓN	Porcentaje de criterios de evaluación que fueron implementados.	Proceso	$\frac{\# \text{ de criterios de evaluación observados que fueron implementados}}{\text{Total de criterios de evaluación observados}}$

XI. PRESUPUESTO:

Los recursos económicos que demanden las acciones previstas en el Plan de Acreditación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas están incluidas en el Plan Operativo Institucional, y serán atendidos de acuerdo al requerimiento del área usuaria y disponibilidad presupuestaria.

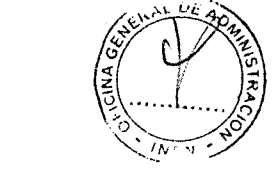
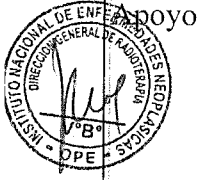
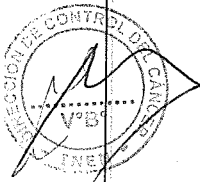
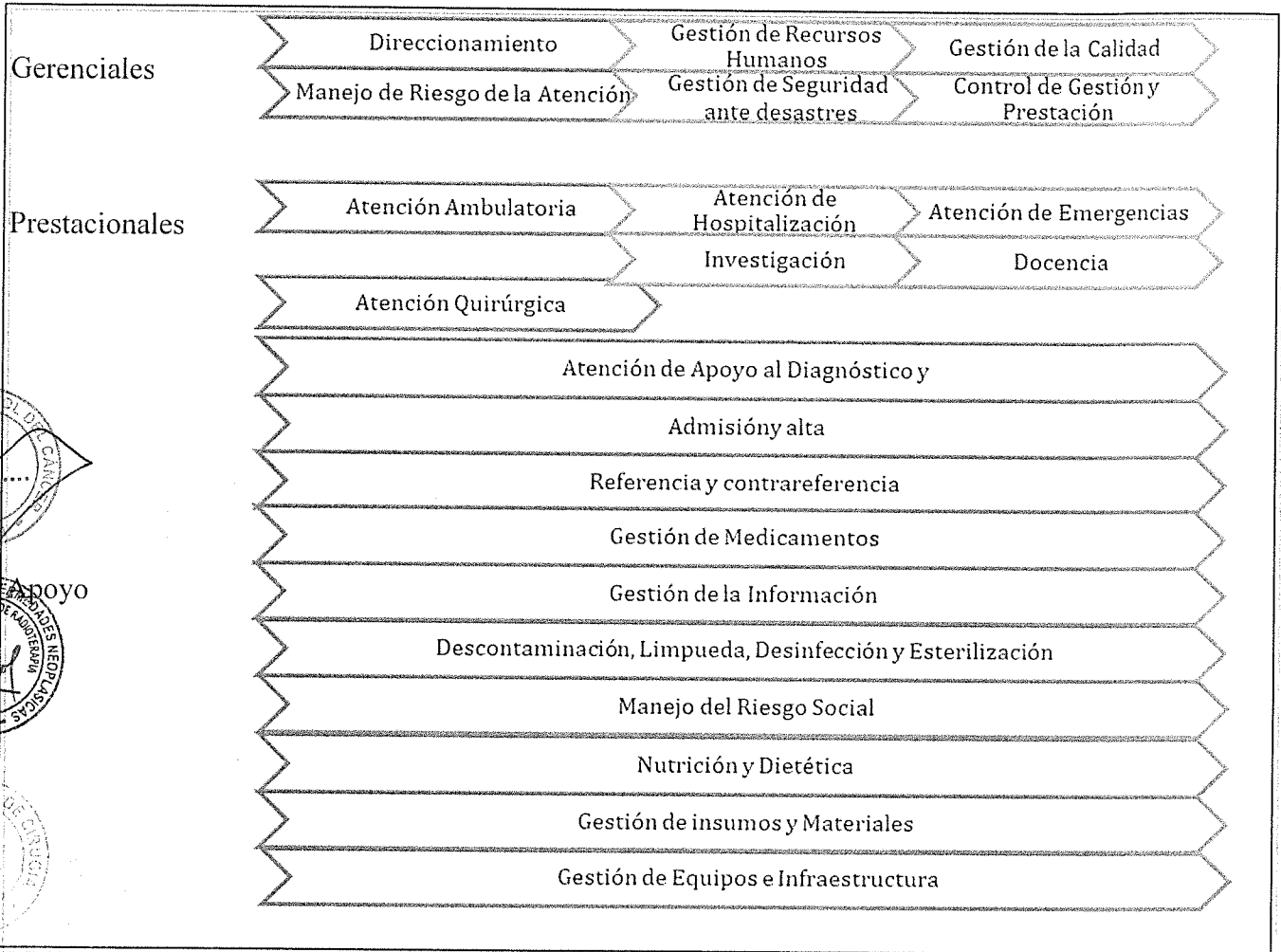




“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”

XIII. ANEXOS:

ANEXO N° 1: MACROPROCESOS



Fuente: “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”



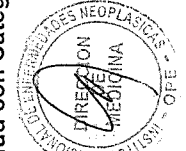
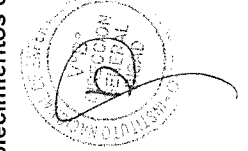
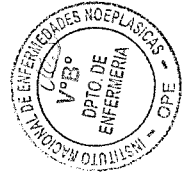
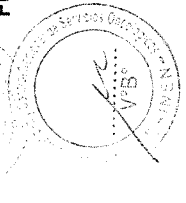


"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

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

N°	Cód. Macroproceso	Macroproceso	Objetivos y Alcances	N° Estándares	N° Criterios
1	DIR	Direccionamiento	Macroproceso 1: Direccionamiento (DIR) Objetivo y alcance: Evaluar si la organización despliega con eficacia los planes estratégicos, 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 especializado 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".



Av. Angamos Este 2520 - Surquillo
Telf.: 201-65100
www.inen-sla.pe
Lima - Perú



PERÚ

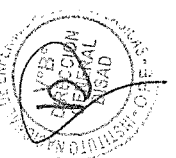
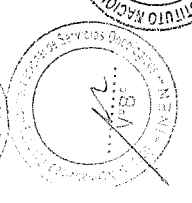
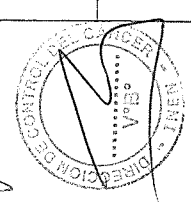
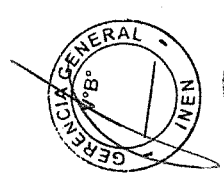
Sector Salud



“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”

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 innovación, actualización, difusión y capacitación de los conocimientos, métodos y técnicas en investigación, 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”.



[Handwritten signature]



Av. Argemiro Esc. 2520 - Surquillo
Telf: 201-6580
www.inen.sld.pe



PERÚ

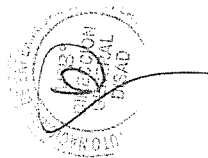
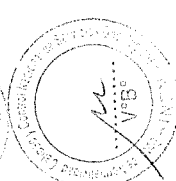
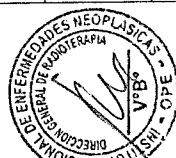
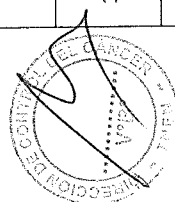
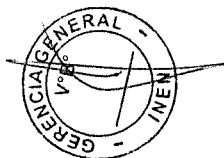
Sector Salud



"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

Nº	Cod. Macroproceso	Macroproceso	Objetivos / 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 accesibilidad 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".



Av. Angamos Este 2570 - Surquillo
Telf: 201-6560
www.inen-sit.pe
Lima - Perú

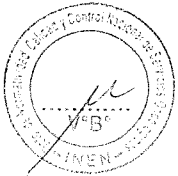


“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”

ANEXO Nº 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.





“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”

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.

