INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS N° 135 -2025-J/INEN

REPUBLICA DEL PERU

RESOLUCIÓN JEFATURAL

Lima, 30 de ABRIL de 2025

VISTOS:

El Memorando N° 000345-2025-DICON/INEN de la Dirección de Control del Cáncer, el Informe N° 000280-2025-DNCC-DICON/INEN del Departamento de Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, el Memorando N° 000620-2025-OGPP/INEN de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, el Informe N° 000582-2025-OPE-OGPP/INEN de la Oficina de Planeamiento Estratégico, el Informe N° 000718-2025-OAJ/INEN de la Oficina de Asesoría Jurídica, y;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley Nº 28748, crea como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (en adelante, INEN), con personería jurídica de derecho público interno, con autonomía económica, financiera, administrativa y normativa, adscrito al sector Salud, constituyendo Pliego Presupuestal, 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 y sus modificatorias;

Que, con Decreto Supremo N° 001-2007-SA, se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones (èn adelante, ROF) del INEN, estableciéndose su competencia, 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° 270-2009-MINSA, se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", como guía de referencia y aplicación en el ámbito nacional, en las entidades públicas y privadas del Sector Salud que desarrollen el proceso de acreditación en sus organizaciones; cuya finalidad, es estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación. Así también, tiene como *objetivos: 1. Brindar elementos conceptuales sobre el proceso de Acreditación, como mecanismo de gestión y evaluación de la calidad en la atención. 2. Proporcionar elementos metodológicos para uniformizar los procedimientos para la autoevaluación y la evaluación externa. 3. Establecer pautas para la organización del trabajo de los evaluadores internos y externos durante el proceso de Acreditación*;

Que, mediante Memorando N° 000345-2025-DICON/INEN, la Dirección de Control del Cáncer, traslada a la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, el Informe 000280-2025-DNCC-DICON/INEN del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, conteniendo el proyecto del "Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2025", para su revisión y opinión técnica; asimismo, se indica que el referido plan ha sido elaborado por el Equipo de Evaluadores Internos, siguiendo las pautas establecidas en la precitada Guía;

Que, a través del Memorando N° 000620-2025-OGPP/INEN, la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, remite el Informe N° 000582-2025-OPE-OGPP/INEN, elaborado por la Oficina de Planeamiento Estratégico, el cual emite opinión técnica favorable para la aprobación del "PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS - 2025", considerando que se articula con el Plan Operativo Institucional (POI) y Plan Estratégico Institucional (PEI) vigentes. Destacando que las actividades contempladas en la propuesta del mencionado plan, están alineadas con el Plan de Gestión Administrativa de las diferentes unidades organizacionales encargadas de llevar a cabo las actividades, y que estarán ejecutadas de acuerdo a disponibilidad presupuestal;

Que, asimismo cumple con los aspectos relacionado a la Directiva Administrativa N° 001-2020-INEN/OGPP-OPE, "Lineamientos para la Elaboración, Aprobación, Seguimiento y Evaluación de Planes de Trabajo en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas", aprobada con Resolución Jefatural N° 097-2020-J/INEN, estableciendo en su *punto 8.3 de las Disposiciones Finales que, "En caso que la estructura mínima de los planes lo determina una normativa específica o superior, dichos planes se ceñirán a lo dispuesto en dicha normativa, no pudiendo ser observados por los órganos del INEN en cuanto a su estructura"*;

Que, mediante documentos de vistos, la Oficina de Asesoría Jurídica, encuentra viable lo requerido; por consiguiente, cumple con formular y visar la presente Resolución Jefatural;

Contando con el visto bueno de la Sub Jefatura Institucional, Gerencia General, Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, Oficina de Planeamiento Estratégico, Dirección de Control del Cáncer, Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, Oficina de Asesoría Jurídica; con las facultades conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, aprobado mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA, de conformidad, con la Resolución Suprema Nº 016-2022-SA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Aprobar el "PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS 2025"; el mismo que, como Anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Encargar a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución en la Plataforma Digital Única del Estado Peruano (www.gob.pe), y en el Portal Institucional del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (www.inen.sld.pe).

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.

MG. FRANCISCO E.M. BERROSPI ESPINOZA
Jefe Institucional
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS - 2025

INEN

Firmado digitalmente por DIAZ ROMERO Ricardo Alberto FAU 20514964778 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 25.04.2025 18:26:57 -05:00

INEN

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS

INEN

Firmado digitalmente por PARRA BALTAZAR Isabel Mónica FAU 20514964778 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 25.04.2025 17:57:08 -05:00

LIMA - PERÚ

2025

Jefe Institucional
Mg. Francisco Berrospi Espinoza

Sub Jefe Institucional
M.C. Adela Heredia Zelaya

Gerencia General
Mts. Yvan Palomino Rojas

Director General de la Dirección de Medicina
Mg. Víctor Orlando Castro Oliden

Director General de la Dirección de Cirugía
Dr. Carlos Emilio Luque Vásquez

Director General de la Dirección de Control del Cáncer
M.C. Ricardo Alberto Diaz Romero

Director General de la Dirección de Radioterapia
M.C. Alberto Lachos Dávila

Director General de la Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento
M.C. Yura Gardenia Toledo Morote

Directora General de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto
Mg. Duniska Tarco Virto

Director General de la Oficina General de Administración
Mg. Gustavo Cáceres Contreras

Directora Ejecutiva del Departamento de Enfermería
Mg. María Ibis Rivera Morales

Elaborado por:
Equipo de Evaluadores Internos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Validado por:
Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos

Revisado por:
Oficina General de Planeamiento y Presupuesto – Oficina de Planeamiento Estratégico
Equipo de Acreditación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN 4
II. JUSTIFICACIÓN 5
III. ANÁLISIS SITUACIONAL 5
IV. FINALIDAD 6
V. OBJETIVOS 6
4.1 Objetivo General 6
4.2 Objetivos Específicos 6
VI. ALCANCE 7
VII. BASE LEGAL 6
VIII. METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN 8
8.1 Pasos para la Autoevaluación 8
8.2 Técnicas a utilizar en la evaluación 11
8.3 Instrumentos para la Evaluación 11
IX. PRESUPUESTO 12
X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN 13
9.1 Cronograma de Actividades para la Autoevaluación – A 13
9.2 Cronograma de Actividades para la Autoevaluación – B 14
XI. EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS - INEN 2024 17
XII. ANEXOS 17
ANEXO A: Estructura del Listado de Estándares de Acreditación 17
ANEXO B: Hoja de Datos 17
ANEXO C: Macroprocesos de Acreditación y Áreas Referenciales Involucradas 18
ANEXO D: Matriz de articulación estratégica y operativa del plan especifico 22

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS - 2025

I. INTRODUCCIÓN

El proceso de Acreditación es una importante herramienta para la sostenibilidad del Sistema de Gestión de la Calidad, 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 prestadora de salud, con la mayoría de estándares óptimos y factibles de alcanzar, enfocados en elementos de estructura, procesos y resultados.

En ese contexto el Ministerio de Salud (MINSA) desarrolla e impulsa la mejora continua de la calidad de las prestaciones de salud de forma directa y/o a través de convenios. Para contribuir a las mejoras en los procesos y procedimientos en salud, y buscar la satisfacción de los pacientes, posicionando la calidad en salud como un derecho ciudadano, cuya salud debe ser promovida y protegida tal como lo establece la Constitución Política del Estado Peruano.

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) comprometido en 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 del Sector Salud, dispone del "Plan de Trabajo para la Acreditación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2023-2026" aprobado con Resolución Jefatural N° 162-2023-J/INEN ", orientados a fortalecer el Sistema de Gestión de Calidad del INEN, en el marco de la mejora continua de la calidad de atención de salud del paciente oncológico.

La Autoevaluación es la fase de inicio del proceso de Acreditación y está a cargo del Equipo de Evaluadores Internos, entrenado 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 el INEN el instrumento: Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categoría III-2, aprobado con Resolución Ministerial N° 491-2012/MINSA.

Por consiguiente, el presente Plan de Autoevaluación se instituye como un instrumento para orientar las etapas y actividades de la autoevaluación en el marco del proceso de Acreditación INEN 2025.

II. JUSTIFICACIÓN

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), brinda servicios de salud especializados en materia oncológica que incluye procesos de atención; promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico definitivo, estadiaje, tratamiento y cuidados paliativos a nivel nacional, con recursos humanos especializados y tecnología de última generación al servicio de la población, encaminados a una atención de mejor calidad; eficaz, oportuna, segura y buen trato al usuario.
En ese contexto, el INEN ha venido realizando la fase de evaluación del proceso de acreditación de manera progresiva, así la autoevaluación realizada en el año 2024 tuvo como resultado favorable de un 86.57%[1]. Por lo que en el presente año se ha rediseñado estrategias que permitan mejorar los resultados obtenidos y dar cumplimiento a los estándares de calidad establecidas para los establecimientos de salud de nivel III-2.

[1] Informe Final de Autoevaluación de Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el Marco de la Acreditación 2024.

Según el Decreto Supremo N°022-224-SA que aprueba la Ficha N°46: Fortalecimiento de la autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud (EESS) para el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención de salud, el cual en el numeral 4 menciona que los EESS III-2 deberán tener un incremento mínimo del 5% respecto al año anterior o contar con Autoevaluación aprobada (resultado 85% o más). Para este año el INEN propone estructurar un cuadro de priorización por proceso, estructura y resultados que permitan un mejor abordaje y la subsanación de observaciones por cada macroproceso, teniendo como meta obtener el 91.57 % o superior de puntaje global en la Autoevaluación.

Comprometidos con mejorar la calidad de atención al usuario, consideramos necesario utilizar nuevas herramientas; tales como: telegestión, comunicación audio visuales, entre otros, que permitan la ejecución de este plan de suma importancia para identificar y evaluar el estado de cumplimiento de los estándares en nuestros procesos y obtener servicios de salud de calidad con un enfoque humano y social.

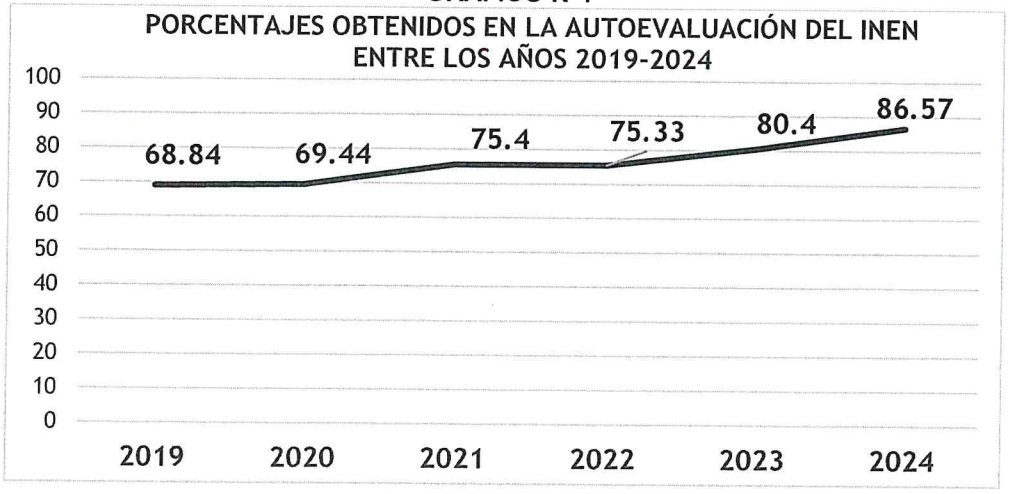
En el presente año se ejecutará el Plan de Autoevaluación, establecido con carácter obligatorio para el proceso de Acreditación, con el propósito de evaluar y verificar el cumplimiento de los estándares establecidos y mejorando aquellos procesos que sean necesarios para alcanzar los estándares de calidad técnicos, humanos y administrativos, orientados en resultados óptimos inherentes a la calidad.

III. ANALISIS SITUACIONAL

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) comprometido en brindar una atención especializada de forma oportuna, eficiente y de calidad a los pacientes oncológicos, desde el año 2019 tiene como propósito lograr la Acreditación Nacional según la aplicación del Listado de Estándares de Acreditación para EESS con categoría III-2 establecida por el Ministerio de Salud.

Para ello se ha formado el Equipo de Acreditación del INEN, siendo el Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos la secretaria técnica y tiene la coordinación del Proceso de Autoevaluación para la Acreditación del INEN, además tenemos el Equipo de Evaluadores Internos del INEN que se actualiza anualmente y desde que se inició se han realizado los esfuerzos para cada año ir incrementando en el puntaje final; evidenciando en el gráfico N°1.

GRAFICO N°1



La calificación que se obtuvo en la autoevaluación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas del año 2024 fue del 86.57% (según el aplicativo MINSA) evidenciado un incremento del 6% más con respecto al puntaje del 2023 que fue 80.47%,esta autoevaluación nos ha permitido identificar aspectos críticos que permitan ver donde se encuentran las fallas de calidad y focalizar los procesos de mejoramiento como medida de gestión de calidad para el equipo de acreditación y las direcciones y jefatura del INEN involucrados en los macroprocesos.

En este contexto, el proceso de Autoevaluación para la 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 de esta manera verlo reflejado en el levantamiento de los puntajes por cada macraproceso, logrando un desarrollo armónico de los servicios, comparando el desempeño de nuestra Institución como prestadora de salud, con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, enfocados en elementos de estructura, procesos y resultados; teniendo como meta la Acreditación Nacional.

IV. FINALIDAD

Fortalecer el Sistema de Gestión de la Calidad de nuestra Institución mediante la Autoevaluación utilizando la metodología de mejoramiento continuo de la calidad y el cumplimiento de los criterios de evaluación establecidos, para que éstos se desarrollen de forma continua en todos los macroprocesos del INEN, orientado a la Acreditación Nacional y a la mejora continua de la calidad de los procesos; encaminándonos posteriormente a la Acreditación Internacional.

V. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General:

Determinar el grado de cumplimiento de los criterios de evaluación de estándares de acreditación en el INEN, mediante la Autoevaluación a través de la aplicación del Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categoría III-2, establecida por el Ministerio de Salud para la identificación de fortalezas y procesos susceptibles de mejoramiento.

5.2. Objetivos Específicos:

5.2.1. Convocar al equipo de evaluadores internos para diseñar las estrategias hacia el desarrollo del proceso de Autoevaluación para la Acreditación del INEN.
5.2.2. Fortalecer con el desarrollo de capacidades y las competencias de los evaluadores internos en el marco de la Autoevaluación para la Acreditación con fines de mejora continua de la calidad.
5.2.3. Propiciar la máxima participación de los servidores en el proceso de Autoevaluación para la Acreditación, determinando el adecuado cumplimiento de los estándares establecidos por la normatividad vigente.
5.2.4. Analizar oportunamente los resultados obtenidos de la Autoevaluación formulando conclusiones y recomendaciones.
5.2.5. Desarrollar estrategias para trabajar, fortalecer y determinar o definir procesos susceptibles de mejora en el INEN como parte de la mejora continua.

VI. ALCANCE

El presente plan es de aplicación y cumplimiento obligatorio en todos los Órganos y Unidades Orgánicas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

VII. BASE LEGAL

6.1. Ley N°26842, Ley General de Salud.
6.2. Ley N°29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
6.3. 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.
6.4. Ley N° 27444, Ley General de Procedimientos Administrativos.
6.5. Ley N°31041, Ley de Urgencia Médica para la Detección Oportuna y Atención Integral del Cáncer del Niño y del Adolescente.
6.6. Ley N°31870, Ley que modifica la Ley N°31336, Ley Nacional del Cáncer
6.7. Decreto Supremo N°034-2008-PCM, mediante el cual se califica al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas como Organismo Público Ejecutor.
6.8. Decreto Supremo N° 001-2007-SA, mediante el cual se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del INEN.
6.9. Decreto Supremo 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
6.10. Decreto Supremo N°004-2022-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley Nacional del Cáncer.
6.11. Resolución Ministerial N°519-2006-SA/DM, que aprobó el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
6.12. Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, aprueba la NTS N°050-MINSA/DGSP V. 02. "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
6.13. Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo".
6.14. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud.
6.15. Resolución Ministerial N° 491-2012/MINSA, incorpora el anexo 4 "Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría III-2.
6.16. Resolución de Superintendencia N° 004-2021-SUSALUD/S, donde se aprueba el "Reglamento para el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud" y su modificatoria con Resolución de Superintendencia N° 033-2022-SUSALUD/S
6.17. Resolución Jefatural N° 097-2020-J/INEN, que aprueba el documento normativo denominado: Directiva Administrativa N° 001-2020-INEN/OGOO-OPE "Lineamientos para la elaboración, aprobación, seguimiento y evaluación de planes de trabajo en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas"
6.18. Resolución Jefatural N°162-2023-J/INEN, que aprueba el "Plan de Trabajo para la Acreditación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2023-2026."
6.19. Resolución Jefatural N° 355-2023-J/INEN, que aprueba el "Plan Operativo Institucional (POI) Anual 2024, consistente con el Presupuesto Institucional de Apertura (PIA)" del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN.
6.20. Resolución Jefatural N° 055-2024-J/INEN, que aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2024-2030 del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN.
6.21. Resolución Jefatural N° 099-2024-J-INEN, que aprueba la conformación del Equipo de Acreditación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN
6.22. Resolución Jefatural N° 095-2024-J/INEN, que aprueba la 1ra modificación del Plan Operativo Institucional (POI) 2024 del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN
6.23. Resolución Jefatural N° 103-2025-J/INEN, que conforma el "Equipo de Evaluadores Internos del INEN para el proceso de Acreditación 2025"

VIII. METODOLOGÍA DE LA AUTOEVALUACIÓN

La Autoevaluación es la fase de inicio para la Acreditación y está a cargo del equipo de evaluadores internos, los cuales cuentan con el entrenamiento respectivo.

Para el desarrollo del Plan de Autoevaluación se utilizará además de las reuniones presenciales, comunicación audiovisual, telegestión entre otras herramientas informáticas.

El monitoreo y seguimiento del mencionado Plan se realizará mediante informe mensual el cual será remitido a la Dirección General de Control del Cáncer en el marco del cumplimiento de la Ficha N°46 del convenio de gestión INEN – MINSA y a la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto en el marco del cumplimiento de las normativas vigentes.

Durante todo el proceso de la Autoevaluación, se cuenta con la asistencia técnica de la Unidad Funcional a de Gestión de la Calidad en Salud – MINSA y el Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos. Asimismo, mediante reuniones periódicas y según necesidad, con la Jefatura Institucional y Equipo de Acreditación se evaluarán los avances, limitantes y aportes de cada Dirección, La Autoevaluación se realiza mínimo una vez al año y se cumplirán con las siguientes actividades:

8.1. PASOS PARA LA AUTOEVALUACIÓN:

A. Programación de la Autoevaluación en el Plan Operativo Institucional (Según el Anexo D):

El Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, se encuentra articulado con "OEI.02 Promover la Gestión del Servicios Oncológicos a Nivel Nacional", "AEI.02.03 Red Oncológica Nacional Fortalecida" del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2024-2030 del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN aprobado mediante Resolución Jefatural N°055-2024-J-INEN.

De igual manera el desarrollo del Plan de Autoevaluación se encuentra alineado al Plan Operativo Institucional (POI) 2025 aprobado con Resolución Jefatural N°270-2024-J/INEN, lo cual se encuentra alienado al Plan de Gestion Administrativa (PGA) con código AOI00123500662

B. Conformación del Equipo de Acreditación y de Evaluadores Internos para la elaboración de cronogramas de reuniones:

- ✓ La Jefatura Institucional dispone de la conformación de un Equipo de Acreditación aprobado con Resolución Jefatural N° 099-2024-J-INEN.
- ✓ Se dispone de profesionales entrenados que integran el Equipo de Evaluadores Internos oficializados con Resolución Jefatural N°103-2025-J/INEN.
- ✓ Los evaluadores internos están conformados por equipos según Macroprocesos.
- ✓ Cada equipo tendrá un coordinador elegido democráticamente, siendo recomendable otorgarlo a la persona de mayor experiencia.
- ✓ Cada equipo formulará su cronograma de reuniones presenciales y/o virtuales y planificará la autoevaluación en el cumplimiento de los criterios en el Macroproceso designado, dentro del plazo designado para la Autoevaluación.
- ✓ Cada equipo de evaluadores internos coordinará con cada área involucrada en los estándares de calidad establecidos y realizará la Autoevaluación en el INEN.

C. Difusión de la Autoevaluación para la Acreditación del INEN:

- ✓ Con el apoyo de la Oficina Comunicaciones se difundirá el proceso de Acreditación.
- ✓ La Oficina de Informática ingresará en el escritorio de cada computadora de la Institución: a) Banner sobre la Autoevaluación y b) Acceso directo sobre Acreditación, en donde se podrá observar información sobre los evaluadores internos, normativas vigentes y Plan generado para la Acreditación.
- ✓ Se hará uso al Link del proceso de acreditación del INEN para elevar información relevante.

D. 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, a través de la difusión de banners y posters en la página web del INEN en coordinación con la Alta Dirección.

Consolidará los reportes acerca del avance de las observaciones y recomendaciones producto de la evaluación del 2024 y las dispondrá al equipo de evaluadores para el seguimiento en el 2025 durante la evaluación.

E. Revisión y/o Reformulación de Instrumentos de recolección de información, si fuese necesario:

Esta actividad se realizará por cada macroproceso y su duración no deberá exceder las dos semanas.

Al momento de definir las fuentes auditables por macroprocesos se debe consultar a la Oficina de Organización del INEN si es funcional y al Departamento Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos del INEN si es clínico con el fin de estandarizar las fuentes auditables y las autoevaluaciones.

F. Preparación de materiales:

Culminada la revisión, el coordinador de cada macroproceso entregará al Equipo de Acreditación sus requerimientos (instrumentos para la recolección de datos u otros), para iniciar el proceso de Autoevaluación.

G. Aprobación del Plan de Autoevaluación:

Se remitirá el Plan 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.

H. Comunicación del Inicio de la Autoevaluación:

Acción que es obligatoria y comunicada de forma oficial por conducto regular a través del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos según corresponda, a la Unidad Funcional de Gestión de Calidad en Salud del Ministerio de Salud.

I. Etapa de Análisis de Mejoras:

Actividad para determinar las áreas con fortalezas y otras por mejorar sus procesos. Se entregará a cada Órgano o Unidad Orgánica del INEN los criterios de Acreditación a evaluar. El equipo de evaluadores internos y las áreas involucradas revisarán los resultados del informe final de autoevaluación del 2023 y se verificará si cada área cumple o mantiene los criterios de evaluación del Listado de Estándares según opciones de calificación.

J. Reunión de apertura:

Consiste en el desarrollo de una reunión virtual o presencial con la Alta Dirección, Directores Generales, Directores Ejecutivos, Jefes y responsables del proceso de cada Área/Unidad Funcional/Departamento/Direcciones involucrados con los macroprocesos a fin de socializar la fase de autoevaluación, presentar al equipo de evaluadores internos, confirmar el plan de autoevaluación, establecer fecha y hora de cierre de la evaluación y ratificar los compromisos de participación de las áreas a través de los responsables de interactuar en relación a los Macroprocesos.

K. Etapa de Autoevaluación de los Macroprocesos:

Esta actividad será desarrollada en un intervalo de ocho (08) semanas a cargo del Equipo de evaluadores internos, que coordinará con las Direcciones y Jefaturas 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 por el responsable del área evaluada designado(a) por la Dirección hacia el coordinador del macroproceso.

- **Ejecución de la Autoevaluación:**

  La ejecución de la evaluación se desarrollará en coordinación con los responsables asignados por cada Área/Unidad Funcional/ Departamento/Dirección, a través de sesiones virtuales y/o presenciales respetando la distancia y el aforo, convocadas por el equipo de evaluadores por cada macroproceso. Para lo cual esta actividad se desarrolla en dos fases:

  1. **Recolección de información (1ra fase):** Consiste en el desarrollo reuniones virtuales y/o presenciales con los responsables del proceso de cada Área / Unidad Funcional /Departamento, con el que deben interactuar y solicitar información (fuentes auditables) de acuerdo a los instrumentos para la evaluación por cada macroproceso, el cual deberán ser remitida de forma digital, vía electrónica al correo que les indique el equipo de evaluadores internos.

  2. **Ejecución de la Autoevaluación (2da Fase**): Consiste en la revisión exhaustiva de las fuentes auditables remitidos por cada Área / Unidad Funcional/Departamento, nivel de cumplimiento, identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento. Solo se hará la visita de campo para asuntos puntuales de evaluación, observación y revisión de procesos.

L. Reunión de Cierre:

Comprende el desarrollo de reuniones virtuales o presenciales con la Alta Dirección, Directores Generales, Directores Ejecutivos, Jefes, Evaluadores Internos y responsables del proceso de cada Área/Unidad Funcional/Departamento/Direcciones involucrados en los macroprocesos, a fin de realizar un análisis preliminar de resultados, retroalimentación sobre el cumplimiento de los criterios de evaluación, precisiones respecto al cumplimiento de los criterios de evaluación y determinar la fecha de entrega del informe técnico de Evaluación.

M. Entrega de informes de los resultados por cada macroproceso para el ingreso al software:

- ✓ Cada equipo de autoevaluadores elaborará un informe con sus actividades y resultados encontrados que serán entregados en los formatos establecidos para tal fin.
- ✓ Se ingresará la información obtenida en el Aplicativo del Sistema de Acreditación de Institutos del MINSA.

N. Elaboración del informe final de Autoevaluación:

A cargo del evaluador líder, coordinadores de equipos de autoevaluación y Equipo de Acreditación. Etapa de análisis de los resultados obtenidos por cada Macroproceso.

O. 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 06 meses.

P. Socialización de los resultados:

Esta actividad será coordinada por el Equipo de Acreditación a la Alta Dirección a fin de definir la fecha y el espacio en las reuniones de gestión o donde estime conveniente en un plazo no mayor de 30 días de haberse remitido el informe final para las acciones de mejora continua de la calidad y el desarrollo de planes de acción de ser el caso.

8.2. TÉCNICAS A UTILIZAR EN LA EVALUACIÓN:

Las técnicas a utilizar son:

a. **Verificación / Revisión de documentos**: Importante para obtener información y analizar los registros e informes de la Institución.
b. **Observación:** Se obtiene información de forma directa del desenvolvimiento del personal en la práctica. Observa a las personas y entorno.
c. **Entrevista:** Permite tomar información de la fuente directa mediante una conversación profesional, 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.

8.3. INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN:

- Guía del Evaluador.
- Lista de Estándares de Acreditación, aprobado con Resolución Ministerial N°491-2012/MINSA:

  - ✓ Anexo A: Estructura de listado de estándares de Acreditación.
  - ✓ Referencias Normativas.

- Formatos para la Autoevaluación:
  - ✓ Anexo B: Hojas de Registro de Datos para la Evaluación y de Recomendaciones.
  - ✓ Fuentes Auditables.

- Aplicativo del MINSA para el registro de resultados.

IX. PRESUPUESTO

Los recursos presupuestales que se requieran para la ejecución del presente plan, será con cargo a la disponibilidad presupuestal del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos de la Dirección General de Control del Cáncer del INEN.

X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN A y B

9.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN - A

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	II TRIM.		III TRIM	IV TRIM.		
		ABR	MAY	SEP	OCT	NOV	DIC
1. Reunión del Equipo evaluador para elaboración del Plan y designación del evaluador líder	Lic. Castañeda/ Evaluadores Internos/DNCC	X					
2. Designación de responsable por cada macroproceso	Equipo de Evaluadores Internos	X					
3. Presentación del Plan de Autoevaluación a la Jefatura Institucional para su aprobación con Resolución Jefatural.	DNCC – DICON - OGPP - OAJ	X					
4. Reuniones de trabajo con el equipo evaluador, análisis final del Listado de Estándares de Acreditación	Mg. Cuellar / Lic. Castañeda Evaluadores Internos/DNCC	X		X	X	X	
5. Presentación del Plan a las unidades de organización del INEN	Equipo de Acreditación / Evaluadores Internos/DNCC		X				
6. Capacitación sobre el Proceso de Autoevaluación para la Acreditación	Mg. Cuellar		X				
Macroproceso							
Direccionamiento (DIR)	Lic. Hauxwell			X	X		
Gestión de Recursos Humanos (GRH)	Mg. Mauricio			X	X		
Gestión de la Calidad (GCA)	Lic. Carpio			X	X		
Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)	Lic. Brophy			X	X		
Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)	MC. Araujo			X	X		
Control de la Gestión y Prestación (CGP)	Lic. Ramírez			X	X		
Atención Ambulatoria (ATA)	Lic. LLanco			X	X		
Atención de Hospitalización (ATH)	Lic. Véliz			X	X		
Atención de Emergencias (EMG)	Lic. Lévano			X	X		
Atención Quirúrgica (ATQ)	Lic. Cáceres			X	X		
Investigación (INV)	MC. Mauricio			X	X		
Docencia (DOC)	Lic. Yarleque			X	X		
Atención de Apoyo al Diagnóstico y Apoyo Especializado (ADT)	Lic. Mellishu			X	X		
Admisión y Alta (ADA)	Lic. Celis			X	X		
Tecnología para la Continuidad de la Atención (TCA)	MC. Bado			X	X		
Gestión de Medicamentos (GMD)	Q.F. Sarabia			X	X		
Gestión de la Información (GIN)	Abog. Díaz			X	X		
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	Lic. Apaza			X	X		
Manejo del Riesgo Social (MRS)	Lic. Borja			X	X		
Manejo de Nutrición de Pacientes (MNP)	Lic. Retuerto			X	X		
Gestión de Insumos y Materiales (GIM)	Mg. Barrantes			X	X		
Gestión de Equipos e Infraestructura (GEIF)	Lic. Tello			X	X		
7. Procesamiento de datos	Mg. Cuellar / Lic..Adm. Castañeda					X	
8. Análisis de Resultados	Mg. Cuellar / Lic. Adm. Castañeda					X	
9.Elaboración del Informe Preliminar	Mg. Cuellar / Lic..Adm. Castañeda						X
10.Presentación del Informe Preliminar	Mg. Cuellar / Lic..Adm. Castañeda						X
11.Revisión y corrección del informe	Mg. Cuellar / Lic. Adm. Castañeda						X
12.Entrega del Informe Técnico	Mg. Cuellar						X

Líder del Equipo de Evaluadores Internos: Mg. Nathaly Del Carmen Cuellar Rentería

9.2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN - B:

Responsable por Sub - equipo	Macroproceso	Equipos de Evaluadores Internos	III SETIEMBRE					IV OCTUBRE				Responsable (s) Evaluado/s
			Semana	Semana	Semana	Semana	Lunes - martes	Semana	Semana	Semana	Semana	
			Del 01 al 05	Del 08 al 12	Del 15 al 19	Del 22 al 26	29 -30	Del 01 al 03	Del 06 al 10	Del 13 al 17	Del 20 al 24	
Lic. Hauxwell	Direccionamiento (DIR)	Lic. Hauxwell, Abog. Alvizuri, Abog.Francia, Econ. Gamarra		Mañana	Mañana	Tarde			Mañana Tarde	Mañana		Mg. Tarco, Mg, Mogollón, MC. Rojas, MC. Parra, MC. Quispe
Mg. Mauricio	Gestión de Recursos Humanos (GRH)	Mg. Mauricio, Lic. Medina, Lic. Calle		Mañana	Tarde	Mañana				Mañana Tarde		MC. Rojas, Mg. Cáceres, MC. Velarde, Lic. Aguirre
Lic. Carpio	Gestión de la Calidad (GCA)	Lic. Cabezas, Mg. Castro, Lic. Carpio		Tarde		Tarde		Mañana Tarde		Mañana Tarde		MC. Holguín Lic. Vásquez, MC. Velarde, MC. Pinedo
Lic. Brophy	Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)	Lic. Brophy, Lic. Pulcha, Mg. Huamán, MC. Aguilar, Tec. Rojas, Lic. Legua, Lic. Coila	Tarde	Mañana Tarde		Mañana				Mañana Tarde		Mg. Castro, Dr. Luque, MC. Lachos, Mg. Rivera, Mg. Cáceres, Lic. Vásquez, Ing. Romero, Mg. Mogollón, Mg. Tarco, MC. Velarde, MC. Aguilar, Dr. Argumanis, MC. Parra
MC. Araujo	Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)	MC. Araujo, Lic. Pastor, Ing. Cieza, MC. Pérez		Mañana	Tarde		Mañana			Mañana Tarde		MC. Quispe, QF. Ramírez, Ing. Romero, Lic. Orihuela, MC. Breña
Lic. Ramírez	Control de la Gestión y Prestación (CGP)	Lic. Ramírez, Lic. Tello, Lic. Pérez		Tarde	Mañana		Mañana		Mañana Tarde	Mañana Tarde		CPC. Wong, MC. Rojas, MC. Parra, MC. Quispe, Mg. Rivera, MC. Breña, MC. Díaz
Lic. LLanco	Atención Ambulatoria (ATA)	Lic. Llanco, Mg. Manrique, Lic. Retamozo, Sr.Gonzales, Lic.Ramos		Mañana		Tarde		Mañana Tarde	Mañana Tarde			Mg. Castro, Dr. Luque, MC. Lachos, Mg. Yura, MC. Parra, MC. Rojas, MC. Manrique, MC. Pinedo, MC.

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

Responsable por Sub - equipo	Macroproceso	Equipos de Evaluadores Internos	III SETIEMBRE					IV OCTUBRE				Responsable (s) Evaluado/s
			Semana	Semana	Semana	Semana	Lunes - martes	Semana	Semana	Semana	Semana	
			Del 01 al 05	Del 08 al 12	Del 15 al 19	Del 22 al 26	29 -30	Del 01 al 03	Del 06 al 10	Del 13 al 17	Del 20 al 24	
												Heredia, Lic. Orihuela, MC. Leyva, Sr. Cuevas, Abog. Díaz
Lic. Véliz	**Atención de Hospitalización (ATH)**	Lic. Véliz, TM. Sairtupac, Mg. Cuellar	Tarde	Mañana		Tarde		Mañana Tarde		Mañana Tarde		Mg. Castro, Dr. Luque, MC. Lachos, MC. Yura, MC. Sarria, MC. Parra, MC. Leyva, MC. Rojas Mg. Rivera, Sra. Carbajal, MC. Velarde, MC. Pinedo
Lic. Lévano	**Atención de Emergencias (EMG)**	Lic. Lévano, Lic. Chávez, Lic. Moreno, Lic. Laureano			Tarde		Mañana		Mañana Tarde		Mañana Tarde	MC. Quispe, MC. Breña
Lic. Cáceres	**Atención Quirúrgica (ATQ)**	Lic. Cáceres, Lic. Alagón, Lic. Acuña, Lic. Quispe, MC.Díaz		Tarde		Mañana		Mañana Tarde		Mañana Tarde		Dr. Luque, Mtr. Palomino, MC. Guillén, MC. Dunstan, MC. Destefano, MC. Deza, MC. Luna, MC. Sánchez, MC. López, MC. Huamán, Mg. Rivera
MC. Mauricio	**Investigación (INV)**	MC. Mauricio, MC. Risco, Lic. Elera		Mañana	Tarde			Mañana Tarde	Mañana Tarde			MC. Haro
Lic. Yarleque	**Docencia (DOC)**	Lic.Yarleque, Lic. Palacios, Lic. Avalos		Mañana		Mañana			Mañana Tarde	Mañana Tarde		MC. Pinillos
Lic. Mellishu	**Atención de Apoyo al Diagnóstico y Apoyo Especializado (ADT)**	Lic. Mellishu,Lic. Ruiz, MC. Montes, Lic. Camacho		Mañana		Tarde		Mañana Tarde	Mañana Tarde			MC. Díaz, MG. Yura, MC. Parra, Abog. Díaz
Lic. Celis	**Admisión y Alta (ADA)**	Lic. Celis, MC. Ramírez, MC. Morales, Lic. Barzola		Mañana		Mañana			Mañana Tarde	Mañana Tarde		MC. Leyva, MC. Holguín, MC. Rojas, MC.Leyva, Sra. Carbajal, MC. Breña
MC. Bado	**Tecnología para la Continuidad de la Atención (TCA)**	MC. Bado, Bach. Catacora, Lic. Rojas, Lic. Soriano		Mañana	Mañana	Mañana		Mañana Tarde	Mañana Tarde			MC. Pinillos, MC. Pinedo

Responsable por Sub - equipo	Macroproceso	Equipos de Evaluadores Internos	III SETIEMBRE					IV OCTUBRE				Responsable (s) Evaluado/s
			Semana	Semana	Semana	Semana	Lunes - martes	Semana	Semana	Semana	Semana	
			Del 01 al 05	Del 08 al 12	Del 15 al 19	Del 22 al 26	29 -30	Del 01 al 03	Del 06 al 10	Del 13 al 17	Del 20 al 24	
Q.F. Sarabia	**Gestión de Medicamentos (GMD)**	Q.F. Sarabia, Lic. Mendoza, MC. Vela, Bach. Aguirre		Mañana		Mañana		Mañana Tarde		Mañana Tarde		QF. García
Abog. Díaz	**Gestión de la Información (GIN)**	Abog. Díaz, Lic. Malca, MG. Ibérico, Ing. Félix		Mañana	Mañana			Mañana Tarde		Mañana Tarde		MG. Castro, Dr. Luque, MC. Lachos, MC. Romero, Mg. Yura, Mg. Cáceres, Mg. Tarco, Mg. Rivera, Lic. Orihuela, Ing. Sangay
Lic. Apaza	**Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización**	Lic. Apaza, Lic. Hilario, Lic.Magallanes, Lic. García		Mañana		Mañana		Mañana Tarde		Mañana Tarde		MC. Rojas, Mg. Rivera, Ing. Romero, Sr. Huapaya, MC. Velarde
Lic. Borja	**Manejo del Riesgo Social (MRS)**	Lic. Borja, Lic. Lucano		Mañana	Mañana		Mañana		Mañana Tarde			Lic. Muñoz
Lic. Retuerto	**Manejo de Nutrición de Pacientes (MNP)**	Lic. Retuerto, Lic. Baldeos		Mañana		Mañana		Mañana Tarde			Mañana Tarde	Lic. Zambrano
Mg. Barrantes	**Gestión de Insumos y Materiales (GIM)**	MC. Barrantes, Sr. Sánchez		Mañana		Mañana		Mañana Tarde		Mañana Tarde		Lic. Sánchez, Sr. Vergara, QF. García
Lic. Tello	**Gestión de Equipos e Infraestructura (GEIF)**	Lic. Tello, Mg. Challco, Ing.Blanco		Mañana		Mañana		Mañana Tarde	Mañana Tarde			Ing. Romero, Lic. Suazo, Mg. Cáceres, MC. Parra

Líder del Equipo de Evaluadores Internos: Mg. Nathaly Del Carmen Cuellar Rentería

XI. EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS - INEN 2025

El equipo de evaluadores internos está conformado por profesionales asignados por cada Órgano y Unidad Orgánica del INEN y aprobado con Resolución Jefatural Nº103-2025-J/INEN.

XII. ANEXOS

A. Estructura del Listado de Estándares de Acreditación:

Macroproceso:				
Objetivo y Alcance:				
Código	**Estándar**	**Atributos relacionados**	**Referencia Normativa**	**Criterios de Evaluación**

Fuente: Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, "Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo"

B. Hoja de Datos:

HOJA DE DATOS Y RECOMENDACIONES - AUTOEVALUACIÓN INEN 2025						
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° 270-2009/MINSA, "Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo"

C. Macroprocesos de Acreditación y Áreas Referenciales Involucradas:

N°	MACROPROCESOS	N° ESTÁNDARES	N° CRITERIOS	DIRECCION/ OFICINA INVOLUCRADOS
1	Direccionamiento (DIR)	3	12	• Oficina General de Planeamiento y Presupuesto. • Oficina de Planeamiento Estratégico • Departamento de Epidemiología y Estadística del Cáncer. • Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicas. • Unidad Funcional de Gestión de Riesgo de Desastres
2	Gestión de Recursos Humanos (GRH)	4	11	• Departamento de Epidemiología y Estadística del Cáncer • Oficina de Recursos Humanos. • Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud. • Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo del INEN
3	Gestión de la Calidad (GCA)	3	20	• Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos. • Oficina de Recursos Humanos. • Comité de Control y Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud. • Comité de Auditoría Médica • Comité de Auditoría en Salud • Unidad Funcional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
4	Manejo de Riesgo de la Atención (MRA	8	42	• Dirección de Medicina • Dirección de Cirugía • Dirección de Radioterapia. • Departamento de Enfermería. • Oficina General de Administración. • Oficina de Recursos Humanos. • Oficina de Ingeniería, Mantenimiento y Servicios • Oficina de Planeamiento Estratégico • Oficina General de Planeamiento y Presupuesto • Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud. • Equipo Funcional de Patología Clínica • Banco de Sangre del Equipo Funcional de Patología Clínica • Área de Bienestar y Asistencia Social • Área de Seguridad y Salud en el Trabajo • Área de Limpieza y Desinfección. • Equipo Conductor para el Fortalecimiento en la Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía" en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN
5	Gestión de Seguridad ante Desastre (GSD)	3	18	• Departamento de Medicina Crítica. • Departamento de Farmacia • Oficina de Ingeniería, Mantenimiento y Servicios

				• Oficina de Comunicaciones • Unidad Funcional de Gestión de Riesgo de Desastres. • Grupo de Trabajo de la Gestión del Riesgo de Desastres. • Servicio Médico de Emergencia
6	Control de Gestión y Prestación (CGP)	2	11	• Asesoría de Alta Dirección • Departamento de Epidemiología y Estadística del Cáncer. • Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos. • Departamento de Medicina Crítica • Departamento de Enfermería. • Servicio Médico de Emergencia • Comité de Convenio de Gestión MINSA - INEN
7	Atención Ambulatoria (ATA)	3	11	• Jefatura Institucional • Dirección de Medicina • Dirección de Cirugía • Dirección de Radioterapia • Dirección se Servicio de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento. • Departamento de Atención de Servicios al Paciente. • Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos • Departamento de Epidemiologia y Estadística del Cáncer • Departamento de Promoción, Detección y Control Nacional del Cáncer. Unidad Funcional de Referencias y Contra referencias. • Comité de Auditoría Médica • Comité de Auditoría en Salud • Comité de Historias Clínicas • Oficina de Comunicaciones • Equipo Funcional de Consulta Externa • Equipo Funcional de Historia Clínica, Triaje y Admisión de Pacientes • Unidad Funcional de Referencia y Contrareferencia • Plataforma de Atención al Usuario.
8	Atención de Hospitalización (ATH)	7	21	• Dirección de Medicina • Dirección de Cirugía • Dirección de Radioterapia • Dirección de Servicio de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento • Dirección de Control del Cáncer • Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos. • Departamento de Atención de Servicios al Paciente. • Departamento de Epidemiologia y Estadística del Cáncer. • Departamento de Enfermería • Equipo Funcional de Hospitalización. • Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.

				• Comité de Auditoría Médica • Comité de Auditoría en Salud
9	Atención de Emergencia ((EMG)	3	15	• Departamento de Medicina Crítica. • Servicio Médico de Emergencia.
10	Atención Quirúrgica (ATQ)	4	25	• Dirección de Cirugía • Gerencia General • Departamentos de Cirugía de Tórax • Departamento de Cirugía de Mamas y Tejidos Blandos • Departamento de Especialidades Quirúrgicas • Departamento de Cirugía Urológica • Departamento de Neurocirugía • Departamento de Cirugía en Cabeza y Cuello • Departamento de Cirugía de Abdomen • Departamento de Cirugía Ginecológica • Departamento de Anestesia, Analgesia, Reanimación y Centro Quirúrgico. • Departamento de Enfermería • Equipo Funcional del Área Quirúrgica
11	Investigación (INV)	3	17	• Departamento de Investigación.
12	Docencia (DOC)	1	10	• Departamento de Educación.
13	Atención de Apoyo al Diagnóstico y Apoyo Especializado (ADT)	3	14	• Dirección del Control de Cáncer • Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento. • Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios. • Plataforma de Atención al Usuario
14	Admisión y Alta (ADA)	3	15	• Departamento de Atención de Servicio al Paciente. • Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos • Departamento de Epidemiología y Estadística del Cáncer • Equipo Funcional de Historia Clínica, Triaje y Admisión de Paciente. • Equipo Funcional de Consulta Externa. • Equipo Funcional de Hospitalización. • Servicio Médico de Emergencia.
15	Tecnología para la Continuidad de la Atención (TCA)	5	16	• Departamento de Educación • Unidad Funcional de Referencias y Contra referencias
16	Gestión de Medicamentos (GMD)	3	16	• Departamento de Farmacia
17	Gestión de la Información (GIN)	3	15	• Dirección de Medicina • Dirección de Cirugía • Dirección de Radioterapia • Dirección de Control del Cáncer • Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento

				• Oficina General de Administración • Oficina General de Planeamiento y Presupuesto. • Departamento de Enfermería • Oficina de Comunicaciones. • Oficina de Informática • Dirección Ejecutiva de la Oficina de Informática.
18	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE)	4	20	• Departamento de Epidemiología y Estadística del Cáncer • Departamento de Enfermería - Equipo Funcional de Esterilización y Reserva de Material Quirúrgico • Oficina de Ingeniería, Mantenimiento y Servicios: Área de Lavandería y Ropería • Oficina de Ingeniería, Mantenimiento y Servicios: Área de Limpieza • Oficina de Ingeniería, Mantenimiento y Servicios: Área de Limpieza y Desinfección • Unidad Funcional de Servicios Generales • Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.
19	Manejo del Riesgo Social (MRS)	2	6	• Unidad Funcional de Trabajo Social
20	Manejo de Nutrición de Pacientes (MNP)	2	10	• Unidad Funcional de Nutrición
21	Gestión de Insumos y Materiales (GIM)	2	8	• Oficina de Logística • Unidad Funcional de Almacén. • Equipo Funcional de Almacén Especializado.
22	Gestión de Equipos e Infraestructura (GEIF)	2	13	• Oficina de Ingeniería, Mantenimiento y Servicios. • Oficina de Logística - Unidad Funcional de Control Patrimonial. • Oficina de Proyectos e Inversión y Cooperación Externa. • Unidad Funcional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias / Jefatura Institucional.

Fuente: Informe Técnico Final de Autoevaluación 2024.

D. Matriz de articulación estratégica y operativa del plan especifico

ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA Y OPERATIVA: Plan de Autoevaluación para la Acreditación del INEN 2025.

PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL (PEI) 2024-2030				**PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL (POI) ANUAL 2025**	
Resolución Jefatural N° 055-2024-J-INEN, aprobar **Plan Estratégico Institucional (P**EI) 2024-2030 Ampliado del INEN				**Resolución Jefatural N° 270-2024-J-INEN, aprueba el Plan Operativo Institucional (POI) Anual 2025 del INEN**	
OEI		**AEI**		**ACTIVIDAD OPERATIVA POI**	
CÓDIGO	**DESCRIPCIÓN**	**CÓDIGO**	**DESCRIPCIÓN**	**CODIGO**	**DESCRIPCIÓN**
OEI.02	Promover la Gestión del Servicios Oncológicos a Nivel Nacional.	AEI.02.03	Red Oncológica Nacional Fortalecida para la Atención Integral Oncológica	AOI00123500662	0044193 - DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER. (descripción en POI). Actividad en el PGA: Proceso de Evaluación de la Acreditación del INEN