

Resolución Directoral

Lima, ... 14 de Setiembre del 2023

VISTOS:

La Nota Informativa N° 154-2023-OEPE/INO, Nota Informativa N° 145-2023-OGC/INO e Informe N° 008-2023-EMBC-OGC/INO, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por el Decreto Supremo N° 011-2017-SA, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, estableciendo al Instituto Nacional de Oftalmología "Dr. Francisco Contreras Campos", como un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud, dependiente de la Dirección General de Operaciones en Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 447-2009/MINSA, modificado por la Resolución Ministerial N° 660-2010/MINSA, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Oftalmología;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 388-2022/MINSA, el Ministerio de Salud designó temporalmente al señor FELIX ANTONIO TORRES COTRINA, en el puesto de Director de Instituto Especializado (CAP-P N° 001), de la Dirección General del Instituto Nacional de Oftalmología del Ministerio de Salud, en adición a sus funciones de Director Adjunto del citado Instituto;

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842 Ley General de Salud, establece que "es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", define el Sistema de Gestión de la Calidad como el conjunto de elementos interrelacionados que contribuye, entre otros, a evaluar a las entidades de salud del Sector y a sus dependencias públicas, en lo relativo a la calidad de atención y de la gestión;

Que, con Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSA, se aprobó el "Manual para la Mejora Continua de la Calidad", cuya finalidad es contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua en localidad en salud en los establecimientos de salud y servicio médico de apoyo;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", que establece las directrices que orientan el desarrollo las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención en el sistema de salud del Perú;

Que, con Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, se aprueba la "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad", a fin de contribuir a la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud y sus actividades dirigidas a la mejora continua de los procesos a través de la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad;

Que, mediante el Decreto Supremo N° 026-2020-SA se aprobó la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú, País Saludable", estableciendo que la conducción de la misma, está a cargo del Ministerio de Salud;

Que, mediante el Decreto Supremo N° 016-2021-SA se aprobó el Plan Estratégico Multisectorial de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú, País Saludable", de obligatorio cumplimiento para la implementación de dicha Política Nacional;

Que, mediante Nota Informativa N° 073-2023-OGC/INO la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, manifiesta que, habiendo recibido los criterios de Programación de Actividades Institutos (IPRESS III-2) para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud por parte del MINSA remite a la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, el Documento Técnico: Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2023 del Instituto Nacional de Oftalmología – INO "Dr. Francisco Contreras Campos", para su opinión técnica y sea aprobado mediante acto resolutivo;

Que, mediante Resolución Directoral N° 055-2023-INO-D de fecha 03 de abril del 2023, se aprobó la Directiva Administrativa N° 001-INO/OEPE-2023 Directiva Administrativa para la Elaboración de Documentos Normativos en el Instituto Nacional de Oftalmología – INO "Dr. Francisco Contreras Campos", cuyo objetivo es establecer disposiciones y técnicas y operativas para la planificación, formulación, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los Documentos Normativos el Instituto Nacional de Oftalmología – INO "Dr. Francisco Contreras Campos";

Que, mediante el Informe N° 008-2023-EMBC-OGC/INO dirigido a la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad se sustenta y propone el anteproyecto del Plan de Gestión de la Calidad 2023 del Instituto Nacional de Oftalmología – INO "Dr. Francisco Contreras Campos", para su aprobación correspondiente;

Que, mediante Nota Informativa N° 145-2023-OGC/INO la Oficina de Gestión de Calidad con el levantamiento de las observaciones advertidas, remite a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico el Documento Técnico: Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2023 del Instituto Nacional de Oftalmología – INO "Dr. Francisco Contreras Campos", para su aprobación correspondiente;

Que, mediante Nota Informativa N° 154-2023-OEPE/INO, la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, hace de conocimiento al Director de Instituto Especializado, que la Oficina de Gestión de la Calidad levantó las observaciones realizadas mediante Memorando N° 345-2023-OEPE/INO; y, mediante Informe N° 036-2023/UFEPE-OEPE/INO, N° 028-2023/UFEPI-OEPE/INO y N° 061-2023/UFEOM/INO de la Unidades Especializadas de Presupuesto, Planeamiento Institucional y de Organización y Modernización, emiten opinión favorable al Documento Técnico: Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2023 del Instituto Nacional de Oftalmología – INO "Dr. Francisco Contreras Campos", solicitando continuar con su trámite de aprobación mediante acto resolutivo;

Que, mediante Nota Normativa N° 267-2023-OAJ/INO la Oficina de Asesoría Jurídica opina que es procedente aprobar el Documento Técnico: Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2023 del Instituto Nacional de Oftalmología – INO "Dr. Francisco Contreras Campos", toda vez que tiene como finalidad establecer acciones para contribuir al logro de los objetivos institucionales de calidad e implementar el Sistema de Gestión de la Calidad, acorde a los componentes, criterios y actividades establecidas por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del Ministerio de Salud; asimismo, el Plan define sus objetivos basados en los criterios de programación del Sistema de Gestión de la Calidad 2023 remitidos por el Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud – Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del Minsa;



Resolución Directoral

Lima, ... 14 de Setiembre del 2023

Con la visación de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica y de conformidad con la facultad conferida en el artículo 6° del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Oftalmología, aprobado por Resolución Ministerial N° 447-2009/MINSA, modificado por Resolución Ministerial N° 660-2010/MINSA.

SE RESUELVE:

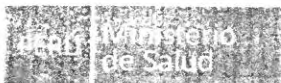
Artículo 1°.- APROBAR el Documento Técnico: Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2023 del Instituto Nacional de Oftalmología – INO “Dr. Francisco Contreras Campos”, el cual consta de veintisiete (27) folios, los mismos que forman parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- DISPONER que el área de Trámite Documentario, proceda a notificar la presente Resolución Directoral a los diferentes estamentos de la Institución, para su conocimiento.

Artículo 3°.- AUTORIZAR al responsable del Portal de Transparencia la publicación de la presente Resolución en el Portal Web del Instituto Nacional de Oftalmología “Dr. Francisco Contreras Campos” www.ino.gob.pe.

Regístrese y comuníquese,

PERU Ministerio de Salud **INO** INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGIA
Dr. Francisco Contreras Campos
M.O. FELIX ANTONIO TORRES COTRINA
Director de Instituto Especializado
CMP. 38356 RNE. 17309



OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Documento Técnico:
PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2023
DEL INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA –
INO

“Dr. Francisco Contreras Campos”



Lima – Perú
2023



INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA – INO

“Dr. Francisco Contreras Campos”

Documento Técnico:

PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2023 DEL INO

INDICE

I.	INTRODUCCION	4
I.	FINALIDAD	4
II.	OBJETIVO	4
	3.1. Objetivo General	5
	3.2. Objetivos Específicos	5
III.	AMBITO DE APLICACIÓN	5
IV.	BASE LEGAL Y/O REFERENCIAS	5
V.	CONTENIDO	8
	6.1. Aspectos Técnicos Conceptuales	8
	6.2. Análisis Situacional	14
	6.3. Articulación Estratégica con los Objetivos y Acciones del Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud	31
	6.4. Vinculación del Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2023 con el Plan Operativo Institucional – POI 2023 del INO	32
	6.5. Criterios de Programación MINSA 2023	33
	6.6. Actividades y Tareas por Objetivos	35
	6.7. Presupuesto Estimado	35
	6.8. Monitoreo, Supervisión y Evaluación	35
	6.9. Registros	36
	6.10. Control cambios	36
VI.	RESPONSABILIDADES	36
VII.	ANEXOS	37



I. INTRODUCCION

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad en salud es "el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso" (OMS, 1991).

La definición más aceptada es la Avedis Donabedian, mencionando que "la calidad de la atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para el usuario", entendiéndose la referencia de atención médica como la atención que proporcionan todos aquellos que intervienen en la atención de los usuarios de los servicios de salud (MINSA, 2006).

Es así que, la calidad en la prestación de los servicios de salud es sin duda una preocupación medular en la gestión de todo el sector salud y del INO, no solo por la aspiración a la mejora de capacidades institucionales, sino sobre todo porque en el eje de todos los procesos se encuentra la vida de las personas, cuya salud es promovida, protegida como obligación insoslayable. Lograr prestaciones de calidad es uno de los mayores desafíos actuales en nuestra institución, motivo por el cual ha incorporado a la provisión de prestaciones que aseguren la satisfacción del usuario.

Por esta razón la Oficina de Gestión de la Calidad se ha propuesto fortalecer el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud en cada una de las Direcciones, Departamentos y Servicios del Instituto Nacional de Oftalmología (INO). Por ello, el presente Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2023 del INO es un instrumento para direccionar los procesos, programar actividades, alcanzar objetivos y metas concretas, en el marco de la acreditación, auditoría, atención al usuario, mejora continua, seguridad del paciente e información para la calidad, según el Documento Técnico: Sistema de Gestión de la Calidad en Salud aprobado por RM N° 519-2006/MINSA. El documento es abierto para su aplicación y perfeccionamiento continuo. En la medida que logremos nuestra visión y asimilar nuevas lecciones de experiencia iremos formulando y desarrollando nuevos aspectos de este Plan.

I. FINALIDAD

Establecer acciones para contribuir al logro de los objetivos institucionales de calidad e implementar el Sistema de Gestión de la Calidad, acorde a los componentes, criterios y actividades establecidas por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del Ministerio de Salud.

II. OBJETIVO

El presente Plan define sus objetivos basados en los criterios de programación del Sistema de Gestión de la Calidad 2023 remitidos por el Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud – Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del MINSA.



3.1. Objetivo General

- Establecer los procesos y metodologías orientadas a mejorar continuamente la calidad de atención en las unidades de organización de asistencia directa o indirecta al usuario externo del INO.

3.2. Objetivos Específicos

- OE. 1: Planificar y organizar el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud 2023
- OE. 2: Fortalecer y monitorear el proceso de Seguridad del Paciente
- OE. 3: Monitorear y dar seguimiento al Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud
- OE. 4: Fortalecer y mantener el proceso de Acreditación en el INO
- OE. 5: Fortalecer el proceso de Proyectos y/o Acciones de Mejora Continua en el INO.
- OE. 6: Fortalecer la información para la calidad de atención en Salud y los mecanismos de escucha al usuario de servicios de salud

III. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2023 del INO es de aplicación en todas las áreas asistenciales y administrativas del INO.

IV. BASE LEGAL Y/O REFERENCIAS

- Ley N°26842-Ley General de Salud.
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarios de los servicios de salud.
- Ley N° 31638, "Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2023".
- Decreto Supremo N°002-2019-SA, que aprueba el "Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud-IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-UGIPRESS, Públicas, Privadas o Mixtas".
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, Política Nacional de Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, que aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA, que aprobó la "Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
- Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprobó la "Guía Técnica para la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
- Resolución Ministerial N° 027-2011/MINSA, que aprueba los Lineamientos para la Organización de Institutos Especializados.



- Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la evaluación de la Satisfacción del usuario externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora.
- Resolución Ministerial N° 491-2012/MINSA, que aprueba el Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categoría III-2.
- Resolución Ministerial N° 692-2012/MINSA, Declaran la cuarta semana del mes de septiembre de cada año como la "Semana de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones asociadas a la atención de la salud.
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud".
- Resolución Ministerial N°255-2016/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud.
- Resolución Ministerial N°214-2018/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- Resolución Ministerial N°1295-2018/MINSA, que aprueba la Norma Técnica en Salud N° 144-MINSA/2018/DIGESA: "Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación".
- Resolución Ministerial N°163-2020/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud.
- Resolución Ministerial N°826-2021/MINSA, que aprueba las "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N°090-2022/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N°326-MINSA/OGPPM-2022, "Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud".
- Resolución Secretarial N°063-2020-MINSA, aprueba la Directiva Administrativa N° 288-MINSA/2020/OGPPM "Lineamientos para la Implementación de la Gestión por Procesos en Salud".
- Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 006-2018-PCM-SGP, que aprueba la Norma Técnica N° 001-2018-SGP "Norma Técnica para la Implementación de la gestión por procesos en las entidades de la administración pública".
- Resolución Directoral N°001-2015-INACAL/DN, Norma Técnica Peruana NTP-ISO 9001:2015 Sistemas de Gestión de la Calidad.
- Norma ISO 9000:2015. Fundamentos y Vocabulario.
- Resolución Ministerial N° 358-2023/MINSA, que "Aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2019-2026 ampliado del MINSA".
- Resolución Ministerial N° 1097-2022/MINSA, que "Aprueba el presupuesto institucional de apertura de gastos correspondiente al año fiscal 2023 del Pliego 011: Ministerio de Salud".
- Resolución Directoral N° 281-2022-INO-D, que "Aprueba el Plan Operativo Institucional POI 2023 del INO"



DOCUMENTO TÉCNICO· PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2023 DEL INSTITUTO NACIONAL DE
OFTALMOLOGÍA - INO "DR. FRANCISCO CONTRERAS CAMPOS"

- Resolución Ministerial N° 468-2008/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 137-MINSA/SG-V.01 "Procedimiento para el trámite de Actos Resolutivos en el Ministerio de Salud"
- Resolución Directoral N° 055-2023-INO-D, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-INO/OEPE-2023 "Directiva Administrativa para la Elaboración de Documentos Normativos en el Instituto Nacional de Oftalmología – INO "Dr. Francisco Contreras Campos"



V. CONTENIDO

6.1. Aspectos Técnicos Conceptuales

6.1.1. Definiciones y Abreviaturas

- **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 salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo de las unidades productoras de servicios en un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.
- **Auditoría de la Calidad de la Atención de Salud:** Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de la salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones. La auditoría de la calidad de atención de la salud, en ninguna modalidad o tipo, tiene motivaciones o fines punitivos.
- **Autoevaluación para la Acreditación:** Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la que se cuenta con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejora.
- **Calidad de la Atención de Salud:** Provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de los pacientes.
- **Complicación:** resultado clínico desfavorable e inherente a las condiciones propias del paciente o de su enfermedad.
- **Cultura de Seguridad:** También conocida como cultura segura, un entorno colaborativo en el que clínicos cualificados se tratan unos a otros con respeto, los líderes dirigen un trabajo en equipo efectivo y promueven la seguridad psicológica, los equipos aprenden de los errores.
- **Evento Adverso:** incidente que provoca injuria o daño al paciente, no intencional, consecuencia del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma.
- **Evento Centinela:** evento adverso que genera la muerte o lesiones físicas o psicológicas graves. Cuando se presenta requiere obligatoriamente una investigación y respuesta inmediata para evitar su recurrencia. Ejemplos: muerte materna, evento anestésico, entre otros
- **Humanización de la Atención:** Es orientar la actuación del personal asistencial y administrativo hacia el servicio del paciente, ofreciéndole una asistencia integral con calidad y calidez, que responda a las dimensiones: Psicológica, Biológica, Social y Espiritual.
- **Incidente relacionado con la seguridad del paciente:** evento o circunstancia que podría haber ocasionado y ocasiona un daño innecesario a un paciente. Para efectos de esta guía, se enfocarán los eventos adversos.





- **Mejora Continua:** Actividad recurrente para aumentar la capacidad de cumplimiento de los estándares del sistema de gestión de la calidad con la finalidad de aumentar la satisfacción de los pacientes.
- **Práctica Segura:** Intervención tecnológica, científica o administrativa en el proceso asistencial en salud, estudiada y estandarizada con la finalidad de minimizar la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso.
- **Riesgo:** combinación de la probabilidad de que se produzca un evento y sus consecuencias negativas, sujeto a la ocurrencia de lo considerado como amenaza o vulnerabilidad. Los factores que componen la vulnerabilidad son la exposición, la susceptibilidad y la resiliencia. La amenaza se determina en función de la intensidad y la frecuencia.
- **Satisfacción del usuario externo:** Grado de cumplimiento por parte de la organización de salud, respecto a las expectativas y percepciones del usuario en relación a los servicios que esta le ofrece.
- **Seguridad del Paciente:** ausencia de un daño innecesario, real o potencial, asociado a la atención sanitaria. Comprende un conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o mitigar sus consecuencias.
- **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.
- **Sistema de Notificación de Eventos Adversos:** Es un sistema de reporte que permite la identificación de eventos adversos e incidentes que ocurren durante la atención de salud a fin de realizar un análisis a profundidad de los factores que contribuyen a la presentación del evento o incidente.
- **Usuario Externo:** persona que acude a un establecimiento de salud para recibir una atención de salud de manera continua y con calidad, en el contexto de familia y comunidad.

6.1.2. Dimensiones del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud

- a) **Dimensión técnico-científica,** referida a los aspectos científicos-técnicos de la atención, cuyas características básicas son:
- Efectividad, referida al logro de cambios positivos (efectos) en el estado de salud del paciente que acude a nuestra institución.
 - Eficacia, referida al logro de los objetivos en la prestación del servicio de salud a través de la aplicación correcta de las normas técnicas y administrativas.
 - Eficiencia, uso adecuado de recursos estimados para obtener los resultados esperados.
 - Continuidad, prestación ininterrumpida del servicio, sin paralizaciones o repeticiones innecesarias.
 - Seguridad, la forma en que se prestan los servicios de salud está determinada por la estructura y los procesos de atención que buscan

- optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario externo.

- Integralidad, que el usuario reciba las atenciones de salud que su caso requiere y que se exprese en un interés por la condición de salud del acompañante.

b) **Dimensión humana**, referida al aspecto interpersonal de la atención y que a su vez tiene las siguientes características:

- Respeto a los derechos, a la cultura, y a las características individuales de la persona (usuario externo).
- Información completa, veraz, oportuna y entendida por el usuario o por quien es responsable de él o ella.
- Interés manifiesto en la persona, en sus percepciones, necesidades y demandas, lo que asimismo es válido para el usuario interno.
- Amabilidad, trato cordial, cálido y empático en la atención.

c) **Dimensión del entorno**, referida a las facilidades que nuestra institución dispone para la mejor prestación de servicios y que generan valor agregado para el usuario a costos razonables y sostenibles:

- Implica un nivel básico de comodidad, ambientación, limpieza, orden, privacidad y el elemento de confianza que percibe el usuario por el servicio.

6.1.3. Principios del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud

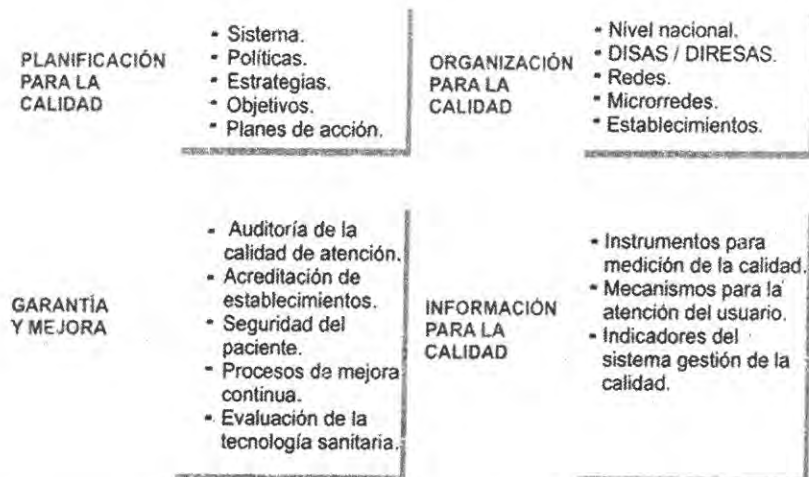
- **Enfoque al usuario:** nuestra institución depende de los usuarios, por lo tanto, debemos entender sus necesidades presentes y futuras, satisfacer sus demandas y esforzarnos por exceder sus expectativas.
- **Liderazgo:** el cumplimiento de los objetivos de la calidad, requiere que la alta dirección conduzca a la mejora continua de nuestra institución.
- **Participación del personal:** el personal que labora en nuestra institución, en todos los niveles, es la esencia de la organización, ya que mediante su compromiso posibilita el uso de sus habilidades y conocimientos en beneficio de la calidad.
- **Enfoque Basado en Procesos:** un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
- **Enfoque sistémico para la gestión:** comprende identificar, comprender y gestionar los procesos interrelacionados con un sistema, contribuyendo a la eficacia y eficiencia.
- **Mejora Continua de la Calidad:** la mejora continua del desempeño de la organización debe generar una necesidad permanente de elevar los estándares de calidad técnicos, humanos y administrativos.
- **Toma de decisiones basadas en evidencias:** las decisiones eficaces se basan en el análisis de datos y la información (medición de la satisfacción del usuario y tiempos de espera).

6.1.4. Componentes del Sistema de Gestión de Calidad



Conforme a la Resolución Ministerial N°519-2006-MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", se determina que el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud se estructura en función cuatro componentes: Planificación, Organización, Garantía y Mejora, e Información para la calidad. En ese sentido, el despliegue del Sistema de Gestión de la Calidad en el INO se desarrolla en cada uno de esos cuatro componentes.

Gráfica N°01.- Componentes del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud



Fuente: Resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA, que aprueba el documento técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".

a) Planificación para la Calidad

La Oficina de Gestión de la Calidad, desarrolla la planificación del sistema de gestión de la calidad en el instituto, considerando el marco normativo vigente y establecido por el Ministerio de Salud como lo son el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" aprobado con Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA. Asimismo, se toma en consideración la Matriz de los Criterios de Programación de Actividades de Establecimientos de Salud con categoría III-2 remitida por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del Despacho del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud.

En ese sentido, la Oficina de Gestión de la Calidad coordina las estrategias para la siguiente planificación:

- Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2023 del INO
- Coordinación para la implementación de los lineamientos de Seguridad del Paciente
- Cronograma para la implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente 2023
- Seguimiento de la Acreditación institucional 2023
- Gestión de la Mejora Continua de la Calidad 2023
- Plan de Auditoría de la Calidad de Atención de Salud 2023

Estas actividades garantizan el cumplimiento de los criterios de programación establecidos por el MINSA, así mismo, se suma a lo antes mencionado actividades adicionales que realiza la Oficina de Gestión de la Calidad como son: Gestión del Libro de Reclamaciones en Salud, Gestión de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud (PAUS), Evaluación de la medición de la

Satisfacción, Revisión de Guías de Práctica Clínica (AGREE), Guías de Procedimiento, entre otros precisados en los diferentes documentos normativos MINSA e internos.

b) Organización para la calidad

Es el diseño organizacional (equipos de trabajo, comités) que permite llevar a cabo las funciones de calidad en nuestra institución. La Institucionalización de la calidad se logrará y se mantendrá cuando se convierta en una actividad continua en el INO.

La Oficina de Gestión de la Calidad del INO, es la unidad orgánica de asesoría encargada de la implementación del sistema de gestión de la calidad en el instituto para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa a los pacientes, con la participación activa del personal y el involucramiento del usuario. Interactúa a nivel interno con los diferentes direcciones, departamentos, oficinas, servicios y unidades, como también con la Dirección General en su condición de órgano de asesoría; a nivel externo, interactúa con sus referentes a nivel de las instancias superiores y el ente rector.

Para el cumplimiento de sus responsabilidades establecidas el Manual de Organización y Funciones vigente, cuenta con las siguientes áreas:

- **Área de Mejora Continua de la Calidad**, encargado de constituir el soporte de la gestión de la calidad, orientado a desarrollar metodologías de trabajo que permitan el mejoramiento permanente de la calidad de los servicios, mediante acciones, programas y proyectos de mejora, que minimicen los riesgos y los índices de insatisfacción tanto del usuario externo como del interno, favoreciendo mejorar la competitividad y la organización funcional de los servicios del INO.
- **Área de Garantía de la Calidad**, encargado de desarrollar un conjunto de acciones en forma deliberada y sistemática con la finalidad de normar, vigilar y mejorar el desempeño, en forma continua y cíclica, permitiendo que la prestación de servicios, sea eficaz, eficiente y segura, orientada siempre a la satisfacción del usuario. La garantía de la calidad implica la generación, mantenimiento y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.
- **Área de Seguridad del Paciente**, encargado de desarrollar un conjunto de acciones de forma deliberada y sistemática orientadas a reducir el número de eventos externos y crear una cultura de seguridad en la organización, de modo que la atención ofrecida a los pacientes se dé minimizando la exposición al riesgo.



c) Garantía y Mejora de la calidad

Es el conjunto de acciones que se llevan a cabo para regular y evaluar el desempeño de un servicio brindado en forma continua y cíclica, de tal manera que la atención prestada sea más efectiva, eficaz y segura posible orientada en la satisfacción del usuario. Implica asegurar que se genere, mantenga y mejore la calidad en los servicios brindados en el INO.

• Evaluación, monitoreo y toma de decisiones

La oficina de Gestión de la Calidad realiza el monitoreo y evaluación de la calidad a través de indicadores. Estos indicadores están definidos en cada criterio de programación, los indicadores de desempeño y compromisos de mejora, planificación de la gestión de la calidad institucional y la ficha técnica de caracterización de procesos nivel 1.

• Auditoría de la Calidad de Atención en Salud

Anualmente el INO formula y aprueba el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud mediante una Resolución Directoral, en el marco de la norma de auditoría: Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud".

• Acreditación de establecimientos

Conforme a lo establecido por Resolución Ministerial N°456- 2007 – MINSA, Norma Técnica de Salud para la acreditación de establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo, los establecimientos de salud desarrollan e implementan diversas estrategias para el monitoreo de los macroprocesos y el cumplimiento de los compromisos para mejorar los estándares establecidos para la acreditación.

• Seguridad del Paciente

Uno de los aspectos importantes en la gestión de la calidad en salud es la disminución de los riesgos en la atención de salud, por ello la Oficina de Gestión de la Calidad desde el año 2018 se ha implementado un sistema de notificación de eventos adversos, oficializado mediante Resolución Directoral N°060-2018-INO-D, que aprobó la Directiva Sanitaria del Sistema de Registro, Notificación, Análisis de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela del Instituto Nacional de Oftalmología "Dr. Francisco Contreras Campos", a partir de ellos y de manera complementaria se han implementado otros procesos que permiten identificar o prevenir los riesgos como:

- Rondas de Seguridad del Paciente
- Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía
- Monitoreo de la Evaluación de la Adherencia a la Higiene de Manos

• Mejoramiento continuo de la calidad

La Institución promueve la implementación de proyectos de mejora, por lo cual desarrolla actividades para el fortalecimiento de capacidades para el desarrollo de proyectos de mejora continua, y que están dirigidos a los equipos técnicos de las diferentes unidades de organización, ello permite; sensibilizar y capacitar en instrumentos de mejora continua de la calidad



a los equipos de salud y que se elaboren planes de mejora de procesos en las diferentes unidades productoras de servicios de salud.

La metodología utilizada corresponde a la establecida en la Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad, aprobada mediante la R.M. N° 095-2012-MINSA. Complementariamente se brinda asistencia técnica permanente a las diversas oficinas y departamentos para el desarrollo de sus PMC; sin embargo, es necesario buscar otras estrategias para fortalecer la conformación y participación del personal de salud en los equipos de mejora continua de la calidad.

La Guía Técnica del Ministerio de Salud, hace un mayor énfasis en la descripción de las herramientas de la calidad, no obstante, adolece una buena descripción del proceso de elaboración de un proyecto de mejora de la calidad.

d) Información para la calidad

Es el conjunto de estrategias, metodologías, instrumentos y procedimientos que permiten contar con evidencias de manera permanente y organizada de la calidad de atención y niveles de satisfacción de los usuarios internos y externos.

- **Instrumentos para la medición de la calidad**

Mediante la Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA, se aprueba la "Guía Técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo", la cual uniformiza el instrumento de evaluación de la satisfacción del usuario externo a nivel nacional.

La institución realiza cada año la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los servicios de consulta externa, emergencia y hospitalización, lo que permite identificar aspectos de mejora a través de la implementación de proyectos u otras acciones o estrategias a fin de prestar una atención de salud de calidad.

- **Mecanismos para la atención del usuario**

En el INO se ha implementado un sistema de escucha al usuario, a través de la implementación de la Plataforma de Atención al Usuario y del sistema de atención de reclamos y sugerencias. Las actividades de la PAUS, están reguladas por la Directiva Administrativa N° 003-INO/2020/LIBRE-OGC, para la gestión de consultas y reclamos de salud en el INO, aprobada mediante Resolución Directoral N° 103-2020-INO-D. La gestión de los reclamos que se registran en el Libro de Reclamaciones en salud está normado por el Decreto Supremo N° 002-2019-SA, que establece la obligación de las Entidades del Sector Público de contar con un Libro de Reclamaciones en Salud.

6.2. Análisis Situacional

6.2.1. Aspectos de organización y administrativos



A continuación, se describe la forma en la que el INO organiza la Gestión de la Calidad Institucional:

- a) La Gestión de la Calidad Institucional está organizada de la siguiente forma:

Gráfico N°02: Organización del Sistema de Gestión de la Calidad



Fuente: Elaboración propia



- b) Mediante el artículo 6 del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Oftalmología, aprobado por Resolución Ministerial N° 447-2009/MINSA, la Dirección General, tiene entre otras funciones las siguiente:

"...

c) *Evaluar el logro de los objetivos, metas y estrategias de corto plazo y su eficacia para alcanzar los objetivos de mediano y largo plazo.*

"...

i) *Constituir la mejora continua de procesos organizacionales en el instituto, enfocado en los objetivos de los usuarios y conducir las actividades de implementación y/o mejoramiento continuo del modelo organizacional.*"

- c) Asimismo, el artículo 12 del precitado reglamento, establece entre otras funciones, las siguientes para la Oficina de Gestión de la Calidad:

"... la Oficina de Gestión de la Calidad es el órgano de asesoría encargado de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el INO, para promover la mejora continua de la calidad de los procesos asistenciales y administrativos de atención al paciente, con la participación activa del personal; depende de la Dirección General."

- d) Asimismo, la Oficina de Gestión de la Calidad participa como miembro, coordinador y/o secretario de los siguientes Comités:

- Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo
- Comité de Gestión de la Historia Clínica
- Comité Médico Calificador de la Incapacidad del INO
- Comité de farmacovigilancia y tecnovigilancia
- Comité de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud (CIAAS).
- Comité permanente de mejora continua de los procesos y procedimientos del INO
- Comisión para la Certificación del Sistema de Gestión de la Calidad, ISO 9001:2015

- Equipo de acreditación para la evaluación y fortalecimiento de los servicios y posteriores acreditaciones del INO.
- Equipo operativo de categorización del Instituto Nacional de Oftalmología
- Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente.
- Grupo de Trabajo encargado de levantar observaciones encontradas por la Unidad de Costos de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y visualizar la actualización del tarifario del INO.

- e) De otra parte, conforme al Mapa de Procesos Nivel 0 del INO, aprobado mediante Resolución Directoral N° 048-2021-INO-D, la Oficina de Gestión de la Calidad es el dueño del Proceso Estratégico Nivel 0, PE.05 "Gestión de la Calidad Institucional", y dentro del mismo contiene a los Procesos Estratégicos Nivel 1: PE.05.1 "Garantía de la Calidad" y PE.05.2 "Mejora Continua", los cuales a su vez agrupan otros subprocesos.

Tabla N° 01.- Procesos Nivel 1 y principales salidas de la Ficha Técnica del Proceso Estratégico PE.05 Gestión de la Calidad Institucional

Entradas / Insumos	Procesos del Nivel 1	Salidas / Productos
- Plan de Desarrollo Institucional - Política Nacional de Calidad en Salud - Lineamientos del sistema de gestión de la calidad en salud - Estándares y protocolos de calidad - MINSA - Normas y guías técnicas de calidad en salud	PE05.01 Gestión de la Garantía de la Calidad	- Plan de Gestión de la Calidad del INO - Plan de Auditoría - Plan de Seguridad del Paciente - Informe de Auditorías de calidad de atención - Informe de autoevaluación de acreditación - Informe de seguridad del paciente - Informe de evaluación de tecnologías sanitarias - Guías de Prácticas Clínicas - Guías de Procedimientos Técnicos Asistenciales
- Plan de Desarrollo Institucional - Política Nacional de Calidad en Salud - Lineamientos del sistema de gestión de la calidad (PCM)	PE05.01 Gestión de la Mejora Continua de la Calidad	- Propuesta de acciones de mejora (incluye proyectos, etc.) - Informe de mejora implementada e institucionalizada - Informe de indicadores de calidad - Informe de gestión de reclamos

- f) El equipo y/o recurso humano de la Oficina de Gestión de la Calidad se encuentra constituido de la siguiente forma:

Tabla N° 02.- Equipo de la Oficina de Gestión de la Calidad

N°	Unidad de Organización	Ubicación	Recurso humano	Condición laboral
1	Oficina de Gestión de la Calidad - OGC	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de la Oficina de Calidad (01)	Nombrado
2			Técnico Administrativo (01)	CAS
3			Servicios por terceros (04)	Terceros
4		Plataforma de Atención al Usuario - PAUS	Promotora (01)	CAS
5			Lic. de enfermería (01)	Nombrado

- g) De conformidad con el Plan de Gestión de la Calidad 2022 del INO, aprobado por Resolución Directoral N°023-2022-INO-D, a través de su anexo 2 se establecieron los responsables de las actividades operativas de la Gestión de la Calidad Institucional 2022:

Tabla N°03.- Extracto de la Matriz de componentes y criterios de programación del Plan de Gestión de la Calidad 2022.

Componentes	Actividades Operativas	Responsables
PLANIFICACIÓN	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad	Oficina de Gestión de la Calidad, Dirección General
GARANTÍA Y MEJORA	Implementación de la LVSC	Equipo Conductor LVSC
	Implementación del registro, notificación y análisis de la ocurrencia de eventos adversos	Oficina de Gestión de la Calidad, Jefes de Dptos. de Atención Especializada
	Implementación de proyectos y/o acciones de mejora	Oficina de Gestión de la Calidad, Jefes de Dptos. de Atención Especializada
	Implementación de la Auditoría de la Calidad de atenciones	Oficina de Gestión de la Calidad, CAM, CAS
	Implementación del proceso de higiene de manos	Oficina de Epidemiología
	Implementación de rondas de seguridad del paciente	Oficina de Gestión de la Calidad, Equipo de Rondas de Seguridad
INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD	Autoevaluación	Oficina de Gestión de la Calidad
	Medición de la satisfacción del usuario externo	Plataforma de Atención al Usuario de servicios de Salud



6.2.2. Resultados de la evaluación del Plan de calidad 2022

Mediante Nota Informativa N° 059-2023-OGC-INO, se realiza la evaluación del Plan de Gestión de la Calidad 2022, aprobado por Resolución Directoral N° 023-2022-INO-D, en el cual abordó tres (3) componentes cuyas actividades operativas fueron programadas a través del anexo 2 del referido documento "Matriz de componentes y criterios de programación del Plan de Gestión de la Calidad", los resultados informados fueron los siguientes:

a) Componente: **Planificación para la Calidad**

• Actividad Operativa: **Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad en Salud**

- Mediante la Resolución Directoral N° 023-2022-INO-D, de fecha 07 de febrero del 2022, se aprueba el Documento Técnico: Plan de Gestión de la Calidad 2022 del Instituto Nacional de Oftalmología.
- La institución informó a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del MINSA sobre la ejecución del precitado plan respecto al primer trimestre, primer semestre y el periodo anual 2022¹.
- El resultado de la evaluación de cumplimiento del Plan de Gestión de la Calidad 2022 fue de 90%.

b) Componente: **Garantía y Mejora para la Calidad**

¹ Oficio N°386-2022-DG-OGC/INO, Informe N°008-2022-OGC/INO y Nota Informativa N° 059-2023-OGC-INO

• Actividad Operativa: **Implementación de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura**

- Mediante la Resolución Directoral N°213-2015-INO-D, se conformó el Equipo Conductor de la Implementación de la LVSC del INO.
- Mediante la Resolución Directoral N°084-2019-INO-D, se designó a los responsables de los turnos quirúrgicos del Instituto Nacional de Oftalmología "Dr. Francisco Contreras Campos":

Tabla N° 04.- Responsables de turnos quirúrgicos

RESPONSABLE		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
Turno Mañana	Titular	M.O. Muro Mansilla, Pedro Augusto	M.O. Loayza Gamboa, Waldo	M.O. Mantilla Tirado, Emerson Demetrio	M.O. Noriega Cerdán, José Flavio	M.O. Ulloa Vereau, Alipio Ricardo	M.O. Castillo Bances, Jesús Aldo
	Alternos	M.O. Ruíz Orrego, Jorge Luis	M.O. Flores Boza, Abel Hugo	M.O. Mesías Costilla, Luis Costilla	M.O. Castro Rodríguez Juan Carlos	M.O. Reátegui Escalante, Guillermo	M.O. Ticona Pari, José Freddy
Turno Tarde	Titular	M.O. Reymundo Prieto, Susan Yhoselym Rosa	M.O. Celis Suarez, Lady Violeta	M.O. Calderón Gálvez, Paola Violeta	M.O. Illa Pantigoso, Oscar	M.O. Huilca Taipe, José Luis	Médico de turno Departamento de Emergencia

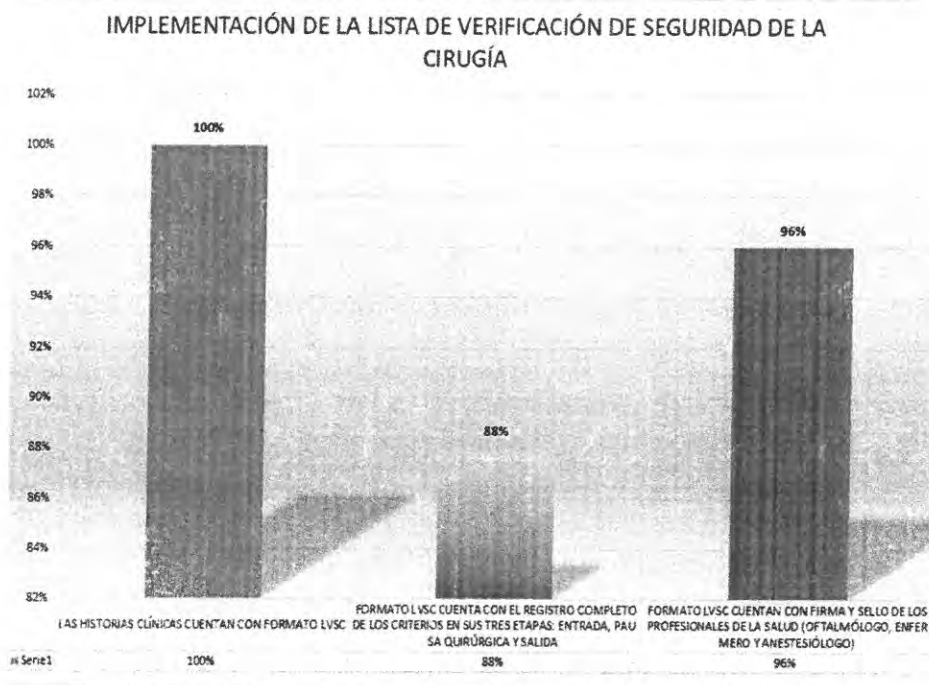
RESPONSABLE		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
Turno Mañana	Titular	M.O. Muro Mansilla, Pedro Augusto	M.O. Loayza Gamboa, Waldo	M.O. Mantilla Tirado, Emerson Demetrio	M.O. Noriega Cerdán, José Flavio	M.O. Ulloa Vereau, Alipio Ricardo	M.O. Castillo Bances, Jesús Aldo
	Alternos	M.O. Ruíz Orrego, Jorge Luis	M.O. Flores Boza, Abel Hugo	M.O. Mesías Costilla, Luis Costilla	M.O. Castro Rodríguez Juan Carlos	M.O. Reátegui Escalante, Guillermo	M.O. Ticona Pari, José Freddy
Turno Tarde	Titular	M.O. Reymundo Prieto, Susan Yhoselym Rosa	M.O. Celis Suarez, Lady Violeta	M.O. Calderón Gálvez, Paola Violeta	M.O. Illa Pantigoso, Oscar	M.O. Huilca Taipe, José Luis	Médico de turno Departamento de Emergencia

- La Oficina de Gestión de la Calidad informó a la Dirección General los resultados de la Encuesta para evaluar la Implementación de la LVSC correspondiente al primer y segundo semestre del 2022².

² Nota Informativa N° 107-2022-OGC/INO y Nota Informativa N° 036-2023-OGC/INO

- El Equipo Conductor de la LVSC remitió el "Informe de Monitoreo de Implementación de la LVSC" correspondiente al primer y segundo semestre del 2022³.
- Durante el periodo de enero a diciembre del 2022, se realizaron alrededor de 8145 procedimientos quirúrgicos y se evaluaron 850 LVSC, representando un 10% de cirugías. Sobre las cuales se presentaron los siguientes resultados:

Gráfico N°03.- Implementación de la LVSC – Enero a diciembre 2022



Fuente: Oficina Gestión de la Calidad

De las 850 historias clínicas de procedimientos quirúrgicos evaluadas se evidenció que el 100% contaba con el formato de la LVSC. De estas el 88% contaba con el registro completo de los criterios en sus tres etapas (entrada, pausa quirúrgica y salida); asimismo, el 96% contó con firma y sello de los profesionales de la salud (oftalmólogos, enfermeros, anestesiólogo).

- **Actividad Operativa: Implementación del registro, notificación y análisis de la ocurrencia de eventos adversos**

- Mediante la Resolución Directoral N°060-2018-INO-D, se aprobó el Documento Técnico: Directiva Sanitaria del Sistema de Registro, Notificación, Análisis de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela del Instituto Nacional de Oftalmología "Dr. Francisco Contreras Campos".
- En ese sentido, el Instituto Nacional de Oftalmología cuenta actualmente con Sistema de Reporte de Incidente y Eventos Adversos con alcance a todos los servicios asistenciales: Consulta Externa, Centro Quirúrgico, Emergencia, Hospitalización. Conforme al monitoreo efectuado por la

³ Informe N° 002-2022-ECLVSC/INO e Informe N° 001-2023-ECLVSC/INO

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2023 DEL INSTITUTO NACIONAL DE
OFTALMOLOGÍA - INO "DR. FRANCISCO CONTRERAS CAMPOS"

Oficina de Gestión de la Calidad⁴, en el 2022 se ha reportado un total de 13 Incidentes, 01 evento adverso y ningún evento centinela.



⁴ Primer semestre informe N° 014-2022-RVAR/OGC/INO) y segundo semestre (Informe N° 015-2022-RVAR/OGC/INO)

Gráfico N°04.- Reporte de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas 2022



Fuente: Oficina Gestión de la Calidad



- Actividad Operativa: **Implementación de proyectos y/o acciones de mejora**

- Mediante el Informe N° 007 - 2022 - OGC - INO, la Oficina de Gestión de la Calidad informa el proyecto de mejora continua de la calidad (MCC) propuesto para su implementación: "Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001".

Imagen N°01.- Presentación del Proyecto de MCC "Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015"



- A través de la Resolución Directoral N° 174-2022-INO-D, de fecha 27 de julio del 2022, se conforma la Comisión para la certificación ISO 9001 - Sistema de Gestión de la Calidad. Equipo de mejora que coordinará el Proyecto de Mejora "Implementación del Sistema de Gestión de Calidad", el cual, en esta oportunidad, tiene como alcance la Dirección Ejecutiva de Desarrollo de Servicios Oftalmológicos, Prevención y Promoción de la Salud Ocular – DEDSOPPSO.
- Se realizaron capacitaciones presenciales y virtuales sobre el referido proyecto de mejora, 16 de agosto, 09 de septiembre y 04 de noviembre del 2022. Asimismo, se desarrollaron 150 documentos aprobados por diferentes unidades de organización involucradas en el Sistema de

Gestión de la Calidad ISO 9001, entre los documentos se han elaborado procedimientos, manuales, fichas técnicas de procesos nivel 01, formatos, instructivos, etc; de los cuales 87 pertenecen a los procesos de "Garantía de la Calidad" y "Mejora Continua de la Calidad" a cargo de la Oficina de Gestión de la Calidad.

- A diciembre 2022, el proyecto de MCC de "Implementación del Sistema de Gestión de Calidad – ISO 9001" se encuentra en etapa de implementación a un 85%.
- Mediante la Auditoría Interna programada en el proyecto de MCC "Sistema de Gestión de la Calidad – ISO 9001:2015", desarrollada el 27 y 28 de diciembre, se identifican No conformidades, Oportunidades de Mejora y FORTALEZAS (resultados positivos); todos los resultados fueron socializados mediante el Memorándum Circular N° 001 – 2023 – OGC – INO.
- Conforme al Plan anual de Calidad 2022, se programó un proyecto de mejora para el ejercicio del 2022, en ese sentido, encontrándose el proyecto de MCC "Sistema de Gestión de la Calidad – ISO 9001:2015" en etapa de IMPLEMENTACIÓN, el resultado de esta actividad operativa es de 100%.
- El proyecto de mejora tiene programado realizar la Evaluación Externa de Certificación en el primer trimestre del 2023, con lo cual el proyecto estaría pasando a la Etapa de Seguimiento. Asimismo, el Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015 será evaluado mediante las Auditorías Externas de Seguimiento y Auditorías Internas anuales, y podrá analizarse la oportunidad de modificar o aumentar el alcance del Sistema de Gestión.



• Actividad Operativa: **Implementación de la Auditoría de la Calidad de atenciones**

- Mediante la Resolución Directoral N°072-2022-INO, se aprueba el Plan de trabajo del Comité de Auditoría Médica. Durante el año 2022 se realizaron las siguientes auditorías de la calidad de atención en salud:
 - ✓ Mediante Informe N°001-CAM-2022-INO, el Comité de Auditoría Médica remite el febrero del 2022, el informe sobre Auditoría de Registro de Historia Clínica.
 - ✓ Mediante Informe N°002-CAM-2022-INO, el Comité de Auditoría Médica remite en junio del 2022, el informe sobre Auditoría de la Calidad de Atención en Salud en el mes de mayo de 2022.
 - ✓ Mediante Informe N°003-CAM-2022-INO, el Comité de Auditoría Médica remite en diciembre del 2022, el informe sobre Auditoría de la Calidad de Atención en Salud en Cirugías de Catarata de Septiembre del 2022.

• Actividad Operativa: **Implementación del proceso de Higiene de Manos**

- El día 5 de mayo fue celebrado el Día mundial de la Higiene de manos bajo el lema "Únete a la Seguridad de la Atención Sanitaria. Límpiase las Manos", con el objetivo de promover y fortalecer la higiene de manos entre los pacientes, personal de salud y directivos como parte del clima y cultura de calidad y seguridad para la prevención y control de las infecciones

asociadas a la atención de salud. El INO en coordinación con la Oficina de Gestión de la Calidad, Oficina de Epidemiología, el Departamento de Enfermería, la Unidad Funcional de Salud y Seguridad en el Trabajo y la Oficina de Comunicaciones realizaron actividades como sesiones demostrativas de higiene de manos, elaboración y difusión de mensajes sobre la técnica correcta para la higiene de manos y se realizó un concurso de tik tok en la cual el Servicio de Emergencia recibió premio al mejor video alusivo al día Mundial de Higiene de manos.

- El Departamento de Enfermería, realizó una evaluación sobre los 11 pasos correctos del lavado de manos en el personal que trabaja en los consultorios externos, la evaluación consistió en tres tiempos diferentes: primera evaluación, segunda evaluación y tercera evaluación, las cuales obtuvieron los siguientes resultados 23%, 41% y 92% de cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos clínico respectivamente.
- Asimismo, se realizó la evaluación de la adherencia a la higiene de manos al personal de salud en los consultorios externos de la Institución. La metodología de trabajo fue la observación directa del cumplimiento de higiene de manos tomando en cuenta los 5 momentos definidos en la "Guía Técnica de Implementación de proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud". La población considerada ha sido el personal médico y no médico que labora en los diferentes consultorios externos y servicios de apoyo al diagnóstico.

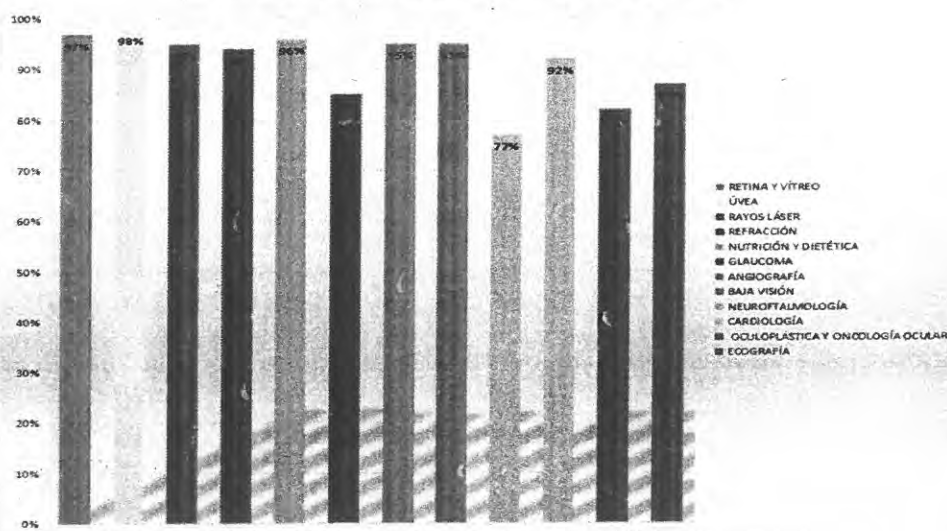


• **Actividad Operativa: Implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente**

- Mediante Resolución Directoral N°009-2020-INO-D se reconfirma el "Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente".
- Asimismo, conforme al Acta N°01- 2022 del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente se aprobó el Cronograma de Rondas 2022.
- La institución remite a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad MINSA el Informe Semestral de Rondas de Seguridad del Paciente 2022 correspondiente al primer y segundo semestre⁵.
- De enero a diciembre se realizaron 12 rondas de seguridad, para el seguimiento de los diferentes servicios: Retina y Vitreo, Úvea, Rayos Láser, Refracción, Nutrición y Dietética, Ayuda Diagnóstica de Glaucoma, Angiografía, Baja Visión, Neuro-oftalmología, Cardiología, Oculoplástica y Oncología Ocular y Ecografía Ocular.

⁵ Informe N°007-OGC-2022//INO e Informe N°002-2023-OGC//INO

Gráfico N°05.- Porcentaje de cumplimiento de Buenas Prácticas por Servicios enero a diciembre 2022 - INO



Fuente: Oficina Gestión de la Calidad



- Las rondas de seguridad del paciente programadas se aplicaron al 100%, el promedio del cumplimiento de buenas prácticas en el Instituto es de 91%, siendo el servicio de Úvea el servicio con mayor cumplimiento con un porcentaje de 98% y el porcentaje de acciones de mejoras implementadas fue de 83.4%.

• Actividad Operativa: **Autoevaluación para la acreditación en salud MINSA**

- Mediante Evaluación Externa, el Equipo Evaluador Externo MINSA estableció que la institución cumplió en un 92.4 % los criterios o estándares establecidos por el MINSA, lo cual permitió la acreditación de la institución. En ese sentido, el 27 de abril, el Ministerio de Salud emite la Resolución Ministerial N° 312-2022/MINSA que otorga la ACREDITACIÓN en Salud al Instituto Nacional de Oftalmología (INO) con categoría III-2, por el periodo de 03 años.
- La Oficina de Gestión de la Calidad en coordinación con el Evaluador Interno Líder, Dr. Antonio Touzett Valera, ejecutaron el monitoreo del grado de mantenimiento y mejora del cumplimiento de los criterios o estándares de acreditación.
- Mediante el Memorándum Circular N°080-2022-DG-OGC/INO y el Memorándum Circular N°001-2023-OGC/INO se informa la generación de una carpeta Drive "INO/Acreditación MINSA", como medio de archivo compartido para la disposición inmediata y accesible de la información que sustenta el cumplimiento del "LISTADO DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON CATEGORÍA III-2" por oficina, facilitando la sustentación de la evaluación externa.

- Las observaciones y recomendaciones de las acciones de monitoreo efectuadas han sido remitidas a las diferentes unidades orgánicas solicitando el mantenimiento y actualización de los documentos que evidencian el cumplimiento de los criterios a su cargo.

c) Componente: **Información para la Calidad**

• Actividad Operativa: **Medición de la Satisfacción del usuario externo en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia**

- Mediante Resolución Ministerial N°527-2011/MINSA, se aprueba "La Guía técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, cuya finalidad es contribuir a identificar las principales causas del nivel de insatisfacción del usuario externo para la implementación de acciones para la mejora continua en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- La Plataforma de Atención al Usuario Externo, programa y desarrolla la encuesta de satisfacción SERVQUAL para los servicios de Consultorios Externos, Hospitalización y Emergencia. Previa capacitación de los encuestadores tomando en consideración la Guía del Encuestador, se utiliza la herramienta "Encuesta de satisfacción SERVQUAL modificada", la cual tiene cinco dimensiones (fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y aspectos tangibles), siendo los valores aceptables > 65%.
- Mediante Nota Informativa N°007-2023-LIBRE-OGC/INO, en enero del 2023, la responsable de la PAUS remite el Informe de Resultados de la Encuesta de Satisfacción del Usuario Externo 2022 en los servicios de Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia del INO. Cuyos resultados fueron los siguientes:

Tabla N° 05.- Porcentaje de Satisfacción del Usuario Externo 2022 en Consulta Externa

Preguntas / Dimensiones	Satisfecho (+)	
	n	%
Fiabilidad	990	52.38
Capacidad de Respuesta	903	59.72
Seguridad	1067	70.57
Empatía	1278	67.62
Aspectos Tangibles	1020	67.46
PORCENTAJE TOTAL	5258	63.23

La dimensión con mayor porcentaje de satisfacción de parte de los usuarios externos fue la relacionada a Seguridad con un porcentaje del 70.57% de satisfacción. Por otro lado, la dimensión con mayores aspectos a mejorar es la de fiabilidad pues se evalúa de manera un poco negativa la habilidad y cuidado para cumplir exitosamente con el servicio ofrecido.

Tabla N° 06.- Porcentaje de Satisfacción del Usuario Externo 2022 en Emergencia.

Preguntas / Dimensiones	Satisfecho (+)	
	n	%
Fiabilidad	1043	57.78

Capacidad de Respuesta	776	53.74
Seguridad	817	56.58
Empatía	1194	66.15
Aspectos Tangibles	1017	70.43
PORCENTAJE TOTAL	4847	61.03

La dimensión con mayor porcentaje de Satisfacción fue en el ámbito de Aspectos Tangibles en los que están relacionados con las condiciones y apariencia física de las instalaciones, equipos, personal, material de comunicación, limpieza y comodidad presentando un 70.43% de satisfacción. Sin embargo, la dimensión de Capacidad de Respuesta presentó el más bajo porcentaje de Satisfacción con un 53.74% catalogando como una dimensión EN PROCESO de mejora.



Tabla N° 07.- Porcentaje de Satisfacción del Usuario Externo 2022 en Hospitalización.

Preguntas / Dimensiones	Satisfecho (+)	
	n	%
Fiabilidad	28	93.33
Capacidad de Respuesta	14	58.33
Seguridad	22	91.67
Empatía	25	83.33
Aspectos Tangibles	20	83.33
PORCENTAJE TOTAL	109	82.58

La dimensión en el área de Hospitalización con mayor porcentaje de Satisfacción fue en el ámbito de Fiabilidad, presentando un 93.33% de satisfacción de parte de los usuarios externos durante el 2022. En cambio, la dimensión de Capacidad de Respuesta fue la que obtuvo menor porcentaje de satisfacción de los usuarios presentando un 58.33% en el que se obtuvo una percepción negativa respecto de la disposición del personal para servir a los usuarios y proveer un servicio rápido y oportuno frente a una demanda con una respuesta de calidad y en un tiempo aceptable

• Actividad Operativa: Gestión de los Reclamos

- Los resultados de la Gestión de Reclamos, recibidos mediante medios virtuales y físicos, a cargo de la Plataforma de Atención al Usuario Externo son:

Tabla N°08.- Cantidad de reclamos periodos 2021 y 2022

	2021	2022
TOTAL	198	319

Fuente: Plataforma de atención al usuario
Elaborado por: Oficina de Gestión de Calidad

Gráfico N°06.- Clasificación de los reclamos periodos 2021 y 2022



Fuente: Plataforma de atención al usuario
Elaborado por: Oficina de Gestión de Calidad



En ambos años el principal tipo de reclamo fue el que se resolvió por Trato Directo, en el caso del 2021 representó el 44, 44% del total de reclamos y para el 2022 representó el 51, 09% del total de reclamos durante ese año. En segundo lugar, tenemos los reclamos Fundados con un valor del 32, 30% del total para el 2021 y un 22, 57% del total para el 2022.

- A continuación, se muestra la cantidad de reclamos fundados según mes del año 2022:

Tabla N°09.- Reclamos fundados registrados en el Libro de Reclamaciones en Salud 2022 - INO

MESES	2022
Enero	5
Febrero	13
Marzo	13
Abril	5
Mayo	4
Junio	5
Julio	5
Agosto	5
Septiembre	5
Octubre	5
Noviembre	2
Diciembre	5
Total	72

Fuente: Plataforma de atención al usuario
Elaborado por: Oficina de Gestión de Calidad

La mayor cantidad de reclamos fundados se dieron durante los meses de febrero y marzo con 13 reclamos en cada uno respectivamente, mientras

que el mes en el cual se presentaron menos reclamos fundados fue durante el mes de noviembre. La cantidad de 6 es el promedio de reclamos fundados por mes durante el 2022.

- Mediante la Resolución de Superintendencia N° 030-2020-SUSALUD/S se aprueba la "Clasificación, Lineamientos y Aplicativo Informático para la remisión de la Información de Reclamos de los Usuarios de las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS", y en su Anexo N° 01 "Clasificador de Reclamos presentados por los usuarios de IPRESS y UGIPRESS", se definen las *Causas Específicas* de los reclamos por Derecho en salud vulnerado, con su respectiva codificación.

Tabla N°10. Causas Específicas de los Reclamos en el año 2022

N° código	Causa	Cantidad	%
1106	Demorar en el otorgamiento de citas o en la atención para consulta externa	164	51.41%
1303	No recibir del personal administrativo un trato amable y respetuoso	33	10.34%
2001	Otros relativos a la atención de salud en las IPRESS	27	8.46%
1302	Negar la atención en situaciones de emergencia	26	8.15%
1102	No recibir de su médico y/o personal de salud trato amable y respetuoso	10	3.13%
1112	No brindar información de los procesos administrativos de las IPRESS	10	3.13%
1120	Incumplimiento en la programación de las citas	9	2.82%
1304	Dispensar medicamentos y/o dispositivos médicos de manera insatisfactoria	8	2.51%
1201	No brindar el procedimiento médico o quirúrgico adecuado	6	1.88%
1109	Demorar en el otorgamiento de prestaciones de salud durante la hospitalización	5	1.57%
1121	Incumplimiento en la programación de intervenciones quirúrgicas	3	0.94%
1103	Direccionar al usuario a comprar medicamentos o dispositivos médicos fuera del establecimiento de salud	3	0.94%
1116	No recibir de su médico y/o personal de salud trato amable y respetuoso	3	0.94%
1117	No cumplir o no acceder a hacer el procedimiento de referencia o contrarreferencia del usuario	2	0.63%
1203	Demorar en la toma o entrega de resultados de exámenes de apoyo al diagnóstico	2	0.63%
1502	No realizar la gestión del reclamo de forma oportuna y adecuada	2	0.63%
1107	Demora para la hospitalización	2	0.63%
1104	Direccionar al usuario a realizarse procedimientos médicos o quirúrgicos fuera del establecimiento de salud	1	0.31%
1114	No acceso a la historia clínica	1	0.31%
1115	Reclamos relacionados a la infraestructura de la institución	1	0.31%
1118	Cobrar indebidamente	1	0.31%
Total		319	100.00 %

Fuente: Plataforma de atención al usuario
Elaborado por: Oficina de Gestión de Calidad

- Según lo mostrado en la presente tabla, se puede evidenciar que la principal causa específica de reclamos fue "Demorar en el otorgamiento de citas o en la atención para consulta externa" que obtuvo un porcentaje de un 51, 41% del total de reclamos, mientras que "No recibir del personal



administrativo un trato amable y respetuoso" es la segunda causa más común de reclamo con un 10.34%.

6.2.3. Oportunidades de Mejora 2022 identificadas

Realizada la evaluación anual del Plan de Calidad⁶, respecto a sus resultados, se identifican y priorizan las siguientes oportunidades de mejora:

- Establecer y/o actualizar los documentos internos relacionados a la seguridad del paciente, así como fortalecer la sensibilización y desarrollo de capacidades para la generación de una Cultura de Seguridad de Atención en Salud.
- Solicitar a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del DVMPAS, la actualización de la normativa relacionada a la Seguridad del Paciente.
- Establecer y/o actualizar los documentos internos relacionados al Sistema de Eventos Adversos de la institución, asimismo difundir los documentos establecidos y capacitar al personal sobre los mismos. Promoviendo la cultura de reporte y participación activa de las jefaturas de los servicios de la institución y oficinas involucradas (Oficina de Epidemiología).
- Fortalecer la integración del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud del MINSA con el Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015. Con la finalidad de identificar los hallazgos en cada criterio de programación sean: oportunidades de mejora, no conformidades, salidas no conformes; y darles tratamiento según lo dispuesto por el Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015.
- Desarrollar el Manual de Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad, el cual contemplará los procesos y procedimientos desarrollados como parte del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015, los criterios de programación y el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud del MINSA.
- Promover el fortalecimiento de la Auditoría de la Calidad de atenciones mediante el plan y el programa anual correspondiente, así como el monitoreo de su ejecución.
- Elaborar los documentos internos para el monitoreo y evaluación de la adherencia al Higiene de manos en la institución, sosteniéndose en un equipo multidisciplinario integrado por las diferentes oficinas y servicios involucrados a fin de fortalecer y promover la adherencia a la Higiene de Manos.
- Elaborar un Plan Anual de Autoevaluación para la Acreditación a fin de fortalecer el cumplimiento y mejora del cumplimiento de los criterios de la acreditación.
- Respecto a la Encuesta de Satisfacción SERVQUAL y la gestión de los reclamos, monitorear y socializar los resultados alcanzados y oportunidades de mejora identificadas; asimismo promover reconocimientos a los servicios y personal que evidencia mejora en el nivel de satisfacción de su servicio.



⁶ Nota Informativa N° 059-2023-OGC-INO

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2023 DEL INSTITUTO NACIONAL DE
OFTALMOLOGÍA - INO "DR. FRANCISCO CONTRERAS CAMPOS"

- Desarrollar actividades de capacitación, difusión, sensibilización entre otros a fin de promover la cultura de la calidad.
- Considerar las presentes oportunidades de mejora en el Plan Anual del Sistema de Gestión de Calidad Institucional 2023.



6.3. Articulación Estratégica con los Objetivos y Acciones del Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud

OBJETIVO ESTRATÉGICO SECTORIAL		ACCIÓN ESTRATÉGICA SECTORIAL	OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL	ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL	OBJETIVO GENERAL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2023 DEL INO	OBJETIVO ESPECÍFICO PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2023 DEL INO
ENUNCIADO	INDICADOR					
OES.03 Ejercer la rectoría y gobernanza del sistema de salud en beneficio de la población	Porcentaje de satisfacción de los usuarios con la atención recibida en consulta externa	AES.03.01 Fortalecer la Autoridad Sanitaria	OEI.04 Fortalecer la rectoría y la gobernanza sobre el sistema de salud, y la gestión institucional; para el desempeño eficiente, ético e íntegro, en el marco de la modernización de la gestión pública.	AEI. 04.02. Gestión orientada a resultados al servicio de la población; con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados	Establecer los procesos metodológicos orientados a mejorar continuamente la calidad de atención en las unidades de organización de asistencia directa o indirecta al usuario externo del INO.	OE. 1: Planificar y organizar el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud 2023 OE. 2: Fortalecer y monitorear el proceso de Seguridad del Paciente OE. 3: Monitorear y dar seguimiento al Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud OE. 4: Fortalecer y mantener el proceso de Acreditación en el INO OE. 5: Fortalecer el proceso de Proyectos y/o Acciones de Mejora Continua en el INO. OE. 6: Fortalecer la información para la calidad de atención en Salud y los mecanismos de escucha al usuario de servicios de salud

Fuente: Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2016-2021 del Sector Salud al año 2025, aprobado por Resolución Ministerial N°364-2022-MINSA.



6.4. Vinculación del Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2023 con el Plan Operativo Institucional – POI 2023 del INO

CADENA FUNCIONAL PROGRAMÁTICA 2023					PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL 2023					
OE	AE	CATEGORÍA PRESUPUESTARIA	ACTIVIDAD	FINALIDAD	SUB SUB CENTRO DE COSTO	SUB CENTRO DE COSTO	ACTIVIDAD OPERATIVA	META FÍSICA PROGRAMADA	U.M.	CENTRO DE COSTOS RESPONSABLES
04. Fortalecer la rectoría y la gobernanza sobre el sistema de salud; y la gestión institucional; para el desempeño eficiente; ético e íntegro; en el marco de la modernización de la gestión pública	04.02. Gestión orientada a resultados al servicio de la población; con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados	9001 ACCIONES CENTRALES	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007981 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	JEFATURA DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE HIGIENE DE MANOS	2	INFORME	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
					JEFATURA DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	IMPLEMENTACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	1	INFORME	
					JEFATURA DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	ELABORACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD	1	PLAN APROBADO	
					MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTOS Y ACCIONES DE MEJORAS	2	INFORME	
					MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA	2	INFORME	
					MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	IMPLEMENTACIÓN DEL REGISTRO NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LA OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS	2	INFORME	
					GARANTÍA DE LA CALIDAD	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	IMPLEMENTACIÓN DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN	2	INFORME	
					GARANTÍA DE LA CALIDAD	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	IMPLEMENTACIÓN DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	2	INFORME	
					PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO EN CONSULTA EXTERNA HOSPITALIZACIÓN Y EMERGENCIA	3	INFORME	

Fuente: Plan Operativo Institucional (POI) Anual 2023 del Instituto Nacional de Oftalmología – INO "Dr. Francisco Contreras Campos, aprobado mediante Resolución Directoral N°281-2022-INO-D.

El presente documento es propiedad del Instituto Nacional de Oftalmología - INO "Dr. Francisco Contreras Campos" y no puede ser reproducido en todo o en parte, ni facilitado a terceros sin el conocimiento y autorización del personal responsable de su control. Cualquier impresión no autorizada de este documento es una "copia no controlada".

6.5. Criterios de Programación MINSA 2023

6.5.1. Criterio de Programación N° 01: Elaboración del Plan Anual de Gestión de la Calidad del Instituto.

- **Definición Operacional:** Documento mediante el cual se establecen antecedentes, objetivos, actividades y tareas relacionadas a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- **Actividades:** Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad en Salud del INO en Salud del Instituto Nacional.

6.5.2. Criterio de Programación N° 02: Información semestral del consolidado de la implementación de la Lista de Verificación en Centros Quirúrgicos de establecimientos de salud del III nivel de atención.

- **Definición Operacional:** Acciones de monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía en el Instituto Nacional
- **Actividades:** Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en los Centros Quirúrgicos del Instituto Nacional

6.5.3. Criterio de Programación N° 03: Información consolidada de registro, notificación y análisis de eventos adversos en salud, ocurridos en el instituto nacional.

- **Definición Operacional:** Acciones de monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento para el registro, notificación y el análisis de la ocurrencia de incidentes y eventos adversos en salud en el instituto.
- **Actividades:** Implementación de mecanismos para al Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de incidentes y Eventos Adversos en el Instituto Nacional

6.5.4. Criterio de Programación N° 04: Información de Auditorías de la Calidad de atención en salud realizadas en el Instituto Nacional.

- **Definición Operacional:** Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones del instituto nacional.
- **Actividades:** Implementación de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud en el Instituto Nacional

6.5.5. Criterio de Programación N° 05: Información semestral de proyectos y/o acciones de mejora implementados en el Instituto Nacional.



- **Definición Operacional:** Actividades sobre desarrollo de proyectos y/o acciones de mejora en base a la problemática identificada referente a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y las prioridades sanitarias nacionales y regionales.
- **Actividades:** Implementación de proyectos y/o acciones de mejora según normatividad vigente.

6.5.6. Criterio de Programación N° 06: Implementación del proceso de higiene de manos en el Instituto Nacional

- **Definición Operacional:** Resultados del desarrollo de actividades desplegadas de planificación, capacitación, monitoreo, supervisión y evaluación para cumplir el proceso de implementación de higiene de manos: técnica correcta y adherencia a los 5 momentos en coordinación con los responsables de la Oficina de Epidemiología. Actividades desplegadas por el día mundial de la higiene de manos 5 de mayo.
- **Actividades:** Implementación del proceso de higiene de manos en el Instituto Nacional.

6.5.7. Criterio de Programación N° 07: Implementación de las rondas de seguridad del paciente en el Instituto Nacional.

- **Definición Operacional:** Actividades desplegadas por parte de los equipos de Rondas de Seguridad del Paciente del Instituto, para evaluar la ejecución de las Buenas Prácticas de la Atención de Salud, a una UPSS seleccionada al azar, mediante la aplicación de verificadores (herramienta informática).
- **Actividades:** Implementación de las rondas de seguridad del paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud en el Instituto Nacional.

6.5.8. Criterio de Programación N° 08: Implementación de la Autoevaluación del Proceso de Acreditación del Instituto Nacional.

- **Definición Operacional:** Actividad de evaluación interna del Proceso de Acreditación del establecimiento de salud, mediante la evaluación del cumplimiento de estándares preestablecidos, agrupados por Macroprocesos y clasificados en categoría de Macro Procesos Gerenciales, Prestacionales y de Apoyo.
- **Actividades:** Implementación de la Autoevaluación del Proceso de Acreditación del Instituto Nacional.

6.5.9. Criterio de Programación N° 09: Información Anual de la Evaluación de la Satisfacción de los usuarios externos del Instituto Nacional.

- **Definición Operacional:** Evaluación del grado de satisfacción del usuario externo mediante la aplicación de las encuestas SERVQUAL – Modificada, procesamiento y reporte con el aplicativo, en consulta externa, hospitalización y emergencia, en el Instituto Nacional.



- **Actividades:** Evaluación de la Satisfacción en el usuario externo

6.6. Actividades y Tareas por Objetivos

6.6.1. Descripción operativa: Unidad de medida, metas y responsables

Se adjunta la Matriz de programación de metas físicas y presupuestales del Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2023 del INO, por objetivos (Anexo N°02).

6.6.2. Costeo de las Actividades por tarea

Se adjunta la Matriz de programación de metas físicas y presupuestales del Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2023 del INO, por objetivos (Anexo N°02).

6.6.3. Cronograma de Actividades

Las actividades se describen en la Matriz de programación de metas físicas y presupuestales del Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2023 del INO, ver Anexo N°02.

6.6.4. Responsables para el desarrollo de cada actividad

Los responsables de cada actividad se describen en la Matriz de programación de metas físicas y presupuestales del Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2023 del INO, ver Anexo N°02.

6.7. Presupuesto Estimado

La ejecución del presente Plan se encuentra ligado a la fuente de financiamiento de Recursos Ordinarios (RO) del Centro de Costo de la Oficina de Gestión de la Calidad.

CATEGORIA PRESUPUESTARIA	ACTIVIDAD	FINALIDAD	CLASIFICADOR DE GASTOS	SERVICIOS	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	Presupuesto Estimado
9001 ACCIONES CENTRALES	5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	0007981 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD	2.3.29.11	Titulado(a) en Administración o Ingeniería con estudios en sistemas integrados de gestión	S/. 6.000,00	4 meses	S/. 24.000,00
			2.3.29.11	Asistente Administrativo con estudios en Bachiller de Ingeniería o Administración	S/. 3.000,00	4 meses	S/. 12.000,00
			2.3.29.11	Apoyo Administrativo con conocimiento en Ofimática	S/. 1.500,00	4 meses	S/. 6.000,00
							S/. 42.000,00

6.8. Monitoreo, Supervisión y Evaluación

La supervisión y el monitoreo tienen la finalidad de realizar, en forma oportuna, las medidas correctivas que permitan cumplir con las metas y objetivos planteados, mientras que la evaluación tiene el propósito de identificar las oportunidades de mejora de los mismos.

En ese sentido, el cumplimiento de las actividades y la implementación del presente "Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2023 del INO", será de responsabilidad de integrante de la Oficina de la Gestión de la Calidad, así

como de las unidades de organización, los distintos comités y equipos de trabajo involucrados, en el marco de sus competencias.

La Oficina de Gestión de la Calidad será responsable de realizar el monitoreo y evaluación de la implementación de las actividades establecidas en el presente plan. Para lo cual, solicitará a cada miembro del equipo técnico de la oficina de gestión de la calidad, así como a los demás involucrados, el informe de las actividades desarrolladas y el cumplimiento de metas; a fin de consolidar dicha información en un informe técnico que, posteriormente será remitido a las respectivas dependencias.

6.9.1. Indicadores

Mediante el Anexo N°04 se describen los indicadores que permitirán la medición, control y evaluación del cumplimiento de los objetivos y metas del presente plan.



6.9. Registros

- No Aplica

6.10. Control cambios

Versión	Sección del Procedimiento	Descripción del cambio
01	Creación del documento	Creación del documento

VI. RESPONSABILIDADES

7.1. Dirección General

- Evaluar y garantizar el logro de los objetivos, metas y estrategias de corto plazo y su eficacia para alcanzar los objetivos de mediano y largo plazo.
- Constituir la mejora continua de procesos organizacionales en el instituto, enfocado en los objetivos de los usuarios y conducir las actividades de implementación y/o mejoramiento continuo del modelo organizacional.

7.2. Oficina de Gestión de la Calidad

- Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el INO, para promover la mejora continua de la calidad de los procesos asistenciales y administrativos de atención al paciente.
- Desarrollar y evaluar mecanismos de escucha al usuario para la mejora de la calidad y la participación ciudadana en salud.
- Monitorear y evaluar el presente Plan de Gestión de Calidad Institucional 2023.

7.3. Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

- Establecer los procesos y procedimientos para organizar los recursos humanos, financieros y tecnológicos en el instituto.
- Gestionar el financiamiento presupuestario para el logro de los objetivos y metas programadas y conducir el proceso presupuestario en el INO.



7.4. Oficina de Epidemiología

- Implementar las normas y velar por el cumplimiento en los aspectos de bioseguridad, prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud, de accidentes biológicos laborales y otros riesgos de exposición ocupacional.
- Velar por el cumplimiento de las normas establecidas para evitar o disminuir la exposición a los riesgos del ambiente nosocomial (biológicos, químicos, físicos, ergonómicos, psicosociales y otros) para los pacientes, personal de salud, visitas, alumnos y otras personas que ingresan al instituto.

7.5. Unidad Funcional de Seguridad y Salud en el Trabajo

- Vigilancia de los factores del medio ambiente de trabajo y de las prácticas de trabajo que puedan afectar a la salud de los trabajadores, incluidas las instalaciones sanitarias, comedores y alojamientos, cuando estas facilidades sean proporcionadas por el empleador.
- Participar en el desarrollo de programas para el mejoramiento de las prácticas de trabajo.

7.6. Oficina de Comunicaciones

- Recopilar, evaluar y administrar la información generada por los órganos y unidades orgánicas que deberá ser publicada en el Portal Institucional, verificando que la información a publicar esté acorde con las políticas de comunicación que se establezcan en el Ministerio de Salud con alcance institucional y sectorial.

7.7. Unidades de Organización, Servidores, Proveedores y Usuarios internos

- Participar activamente del Sistema de Gestión de la Calidad del INO
- Participar activamente en la implementación del Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2023 del INO

- Cumplir con los documentos internos y estándares de calidad establecidos por la institución

VII. ANEXOS

- Anexo N°01. Criterios de Programación de Actividades para Institutos
- Anexo N°02. Matriz de programación de metas físicas y presupuestales
- Anexo N°03. Matriz de seguimiento y evaluación de metas físicas y presupuestales
- Anexo N°04. Matriz de indicadores del plan



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2023 DEL INSTITUTO NACIONAL DE
OFTALMOLOGÍA - INO
"DR. FRANCISCO CONTRERAS CAMPOS"

Anexo N°01. Criterios de Programación de Actividades para Institutos

Componente	N°	CÓDIGO	DENOMINACIÓN		CARACTERÍSTICAS DE PROGRAMACIÓN				
			CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN / REGISTRO	NORMATIVA	INDICADORES
Planificación	1	01EPGC	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad en Salud del Instituto Nacional	Plan aprobado	1	Documento mediante el cual se establecen los antecedentes, objetivos, actividades y tareas relacionadas a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.	Plan de Gestión de la Calidad en Salud aprobado por la Jefatura/Dirección del Instituto Nacional y remitido a la UFGCS-MINSA hasta el 1° Semestre	RM 519-2009/MINSA	Nivel Nacional Número de Institutos Nacionales que cuentan con Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud aprobado / Total de Institutos Nacionales
	2	02LVSC	Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en los centros quirúrgicos del Instituto Nacional	Informe	2	Acciones de monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía en el Instituto Nacional.	Informe semestral de consolidado de información, remitido al MINSA (incluye anexo 2 de la Guía Técnica de Implementación de la Lista de verificación de la Seguridad en la Cirugía)	RM N°1021-2010/MINSA	Número de Institutos Nacionales que remiten informe consolidado de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad / Número de Institutos Nacionales
Carácter y Mejora	3	03IRNA	Implementación de mecanismos para el Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de incidentes y Eventos Adversos en Salud en el Instituto Nacional.	Informe	4	Acciones de monitoreo, supervisión y evaluación del procedimiento para el registro, notificación y el análisis de la ocurrencia de incidentes y eventos adversos en salud, en el Instituto Nacional.	Informe trimestral del consolidado de monitoreo, supervisión y evaluación del Instituto, remitido al MINSA	DS 013-2009-SA, RM N° 727-2009/MINSA	Nivel Nacional Número de Institutos Nacionales que remiten informe del consolidado del registro, notificación y análisis de la ocurrencia de incidentes y eventos adversos en salud / Total de Institutos Nacionales
	4	04IACA	Implementación de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud en el Instituto Nacional	Informe	4	Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en el Instituto Nacional	CAS y CAM conformados, Plan anual de auditoría de la Calidad de la atención en salud, Informe de auditorías (programadas, no programadas) y evaluaciones de calidad de registros de HC realizadas.	RM N° 602-2016/MINSA	Nivel Nacional Número de Institutos Nacionales que informan auditorías realizadas según Plan Anual aprobado / Total de Institutos Nacionales
	5	05IPAM	Implementación de proyectos y/o acciones de mejora según normatividad vigente	Informe	2	Actividades sobre el desarrollo de proyectos y/o acciones de mejora en base a la problemática identificada referente a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y las prioridades sanitarias nacionales y regionales	Informe semestral sobre la implementación de los proyectos y/o acciones de mejora.	RM N° 895-2012/MINSA	Nivel Nacional Número de Institutos Nacionales que implementan proyectos/acciones de mejora / Total de Institutos Nacionales
	6	06IPHM	Implementación del proceso de higiene de manos en el Instituto Nacional	Informe	4	Resultados del desarrollo de actividades desplegadas de planificación, capacitación, monitoreo, supervisión y evaluación para cumplir con el proceso de implementación de higiene de manos técnica correcta y adherencia a los 5 momentos en coordinación con los responsables de la oficina de Epidemiología Actividades desplegadas por el día mundial de higiene de manos 3 de mayo	Informes trimestrales del Instituto Nacional que contenga la supervisión, evaluación del porcentaje de la adherencia a la higiene de manos.	RM N° 255-2016/MINSA	Nivel Nacional Número de Institutos Nacionales que implementan el proceso de higiene de manos / Total de Institutos Nacionales Porcentaje promedio de adherencia a higiene de manos / Total de Institutos Nacionales
	7	07IRSP	Implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud en el Instituto Nacional	Informe	4	Actividades desplegadas por parte de los equipos de Rondas de Seguridad del Paciente del Instituto, para evaluar la ejecución de las Buenas Prácticas de la Atención en Salud, a una UPSS seleccionada al azar, mediante la aplicación de verificadores (Herramienta Informática)	Informes trimestrales del Instituto Nacional, que contengan los resultados de evaluación, acciones de mejora implementadas	RM N°163-2020-MINSA, Directiva Sanitaria 02-MINSA, 2020/DGAIN	Nivel Nacional Número de Institutos que implementan las rondas de seguridad del paciente / Total de Institutos Nacionales Porcentaje de cumplimiento de buenas prácticas / Total de Institutos Nacionales
	8	08IAES	Implementación de la Autoevaluación del Proceso de Acreditación del Instituto Nacional	Informe	1	Actividad de evaluación interna del Proceso de Acreditación del establecimiento de salud, mediante la evaluación del cumplimiento de estándares preestablecidos, agrupados por Macroprocesos y clasificados en categoría de Macroprocesos Gerenciales, Prestacionales y de Apoyo.	Informe sobre Conformación de Equipo de Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos, Plan de Autoevaluación, comunicación de inicio de Autoevaluación e Informe Técnico de Autoevaluación del Instituto Nacional con reporte sumario	RM N° 468-2007/MINSA, RM N° 270-2009/MINSA, RM N° 491-2012/MINSA	Nivel Nacional Número de Institutos que remiten Informe Técnico de Autoevaluación / Número total de Institutos Nacionales
Mejora	9	09ESUE	Evaluación de la satisfacción del usuario externo en el Instituto Nacional	Informe	1	Evaluación del grado de satisfacción del usuario externo mediante la aplicación de encuestas SERVQUAL-Modificada, procesamiento y reporte con el aplicativo (formato Excel), en consulta externa, hospitalización y emergencia, en el Instituto Nacional	Informe anual emitido por el Instituto Nacional sobre los resultados de la evaluación de la satisfacción del usuario externo en consulta externa, hospitalización y emergencia	RM N° 527-2011/MINSA	Nivel Nacional Porcentaje de Institutos Nacionales que realizan evaluación de la satisfacción del usuario externo en consulta externa, hospitalización y emergencia - Porcentaje global de usuarios satisfechos con los servicios de consulta externa, hospitalización y emergencia de los Institutos Nacionales

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2023 DEL INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA - INO
"DR. FRANCISCO CONTRERAS CAMPOS"

Anexo N°02. Matriz de programación de metas físicas y presupuestales

Entidad Orgánica		OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD																									
		Estructura programática operativa													Estructura programática del presupuesto												
Objetivo General del Plan:		Establecer los procesos y metodologías orientadas a mejorar continuamente la calidad de atención en las unidades de organización de asistencia directa o indirecta al usuario externo del INO.																									
Componente	Objetivos Específicos	Actividad		Unidad de Medida	Programación de Metas Físicas 2023													Programación Presupuestal (S/.)								Total Presupuesto (S/.)	Responsable
		Acciones	Actividades Operativas		Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Meta Física Anual	Categoría presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	Finalidad de Gasto	Año 2023					
Iniciación y organización de la Calidad	Objetivo Específico 1: Planificar y organizar el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud 2023 del INO	Actividad 1.1: Formular el Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2023 del INO	Evaluar el desempeño del Plan y Sistema de Gestión de la Calidad 2022	INFORME			1									1	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007981 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Oficina de Gestión de la Calidad				
			Formular el Plan de Gestión de la Calidad 2023	INFORME				1									1	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007981 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Oficina de Gestión de la Calidad			
			Revisar y aprobar el Plan de Gestión de la Calidad 2023	RD					1								1	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007981 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Dirección General			
	Actividad 2.1: Implementar y promover la Adherencia a la Higiene de Manos en el INO		Solicitar la conformación del Equipo de Trabajo para el fortalecimiento del Proceso de Higiene de Manos	INFORME					1								1	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007981 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Oficina de Gestión de la Calidad			
			Conformación del Equipo de Trabajo para el fortalecimiento del Proceso de Higiene de Manos	RD						1								1	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007981 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Dirección General		
			Reuniones del Equipo de Trabajo para el fortalecimiento del Proceso de Higiene de Manos	ACTA						1	1			1		1	4	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007981 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Equipo de Trabajo para la Adherencia a la Higiene de Manos			
			Gestionar la capacitación sobre la Higiene de Manos dirigido a todo el personal INO	INFORME										1			1	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007981 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Oficina de Gestión de la Calidad			
			Informe Trimestral de monitoreo o supervisión del cumplimiento a la Adherencia a la Higiene de Manos por parte del personal de salud	ACTA					1		1				1		4	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007981 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Oficina de Gestión de la Calidad			
			Realizar actividades de promoción de la Higiene de Manos por el Día Mundial de la Higiene de Manos (5 de mayo)	INFORME					1								1	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007981 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Oficina de Gestión de la Calidad			
			Realizar actividades de promoción de la Higiene de Manos por el Día Mundial del Lavado de Manos (15 de octubre)	INFORME											1		1	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007981 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Equipo de Trabajo para la Adherencia a la Higiene de Manos, Oficina de Gestión de la Calidad			
			Informe de Evaluación Semestral y Anual de los resultados de la Adherencia a la Higiene de Manos	INFORME													1	1	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007981 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Equipo de Trabajo para la Adherencia a la Higiene de Manos		

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

F. ALARCÓN



El presente documento es propiedad del Instituto Nacional de Oftalmología - INO "Dr. Francisco Contreras Campos" y no puede ser reproducido en todo o en parte, ni facilitado a terceros sin el conocimiento y autorización del personal responsable de su control. Cualquier impresión no autorizada de este documento es una "copia no controlada".

"DR. FRANCISCO CONTRERAS CAMPOS"

[illegible]

El presente documento es propiedad del Instituto Nacional de Oftalmología - INO "Dr. Francisco Contreras Campos" y no puede ser reproducido en todo o en parte, ni facilitado a terceros sin el conocimiento y autorización del personal responsable de su control. Cualquier impresión no autorizada de este documento es una "copia no controlada".

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2023 DEL INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA - INO
"DR. FRANCISCO CONTRERAS CAMPOS"

Objetivo Específico 2: Fortalecer y monitorear el proceso de Seguridad del Paciente	Reuniones del Equipo Conductor, vigente, para el fortalecimiento en la aplicación de la LVSC del INO	INFORME									1						1	2	9001 ACCIONES CENTRALES	3000000 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007081 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Equipo de Trabajo para la Adherencia de la Higiene de Manos
	Designar al Coordinador o Responsables de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía por turno quirúrgico	INFORME		1														1	9001 ACCIONES CENTRALES	3000000 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007081 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Oficina de Gestión de la Calidad
	Solicitar la reconfiguración del Equipo Conductor para el fortalecimiento en la aplicación de la LVSC del INO	ACTA								1								1	9001 ACCIONES CENTRALES	3000000 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007081 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Equipo Conductor de la LVSC
	Reconfigurar el Equipo Conductor para el fortalecimiento en la aplicación de la LVSC del INO	INFORME									1							1	9001 ACCIONES CENTRALES	3000000 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007081 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	DEAEC
	Aplicar la encuesta de evaluación de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía del INO, con frecuencia semestral y remitirlos a la Dirección General	RD									1							1	9001 ACCIONES CENTRALES	3000000 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007081 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Dirección General
	Consolidar y monitorear las acciones y/o proyectos de mejora desarrollados en base a los resultados de la encuesta semestral de evaluación de la implementación de la LVSC	INFORME										1						1	9001 ACCIONES CENTRALES	3000000 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007081 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Oficina de Gestión de la Calidad
	Gestionar las capacitaciones/asistencias técnicas para la implementación de la LVSC (registro de capacitaciones/asistencias técnicas, evaluación pre y pos test)	RD										1		1				2	9001 ACCIONES CENTRALES	3000000 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007081 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Dirección General
	Informe de Evaluación Semestral y Anual de los resultados del Monitoreo de la aplicación de la LVSC	INFORME										1						1	9001 ACCIONES CENTRALES	3000000 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007081 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Equipo Conductor de la LVSC



El presente documento es propiedad del Instituto Nacional de Oftalmología - INO "Dr. Francisco Contreras Campos" y no puede ser reproducido en todo o en parte, ni facilitado a terceros sin el conocimiento y autorización del personal responsable de su control. Cualquier impresión no autorizada de este documento es una "copia no controlada".

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2023 DEL INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA - INO
"DR. FRANCISCO CONTRERAS CAMPOS"



Objetivo Específico 3: Monitorear y dar seguimiento al Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud

Garantía y mejora de la Calidad

Actividad 3.1: Reconformar los Comités de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud	Reconformación del Comité de Auditoría Médica (CAM) en el INO	INFORME														1				1	9001 ACCIONES CENTRALES	3000000 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007001 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Oficina de Gestión de la Calidad	
	Reconformación del Comité de Auditoría en Salud (CAS) en el INO	ACTA														1				1	9001 ACCIONES CENTRALES	3000000 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007001 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Equipo de Rondas de Seguridad	
Actividad 3.2: Elaborar y aprobar el Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud 2023	Formular el Plan de Auditoría Médica (CAM)	RD														1				1	9001 ACCIONES CENTRALES	3000000 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007001 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Dirección General	
	Formular el Plan de Auditoría Médica (CAS)	MEMORANDUM CIRCULAR														1				1	9001 ACCIONES CENTRALES	3000000 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007001 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Dirección General	
	Aprobar y difundir el Plan de Auditoría Médica 2023	INFORME														1				1	9001 ACCIONES CENTRALES	3000000 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007001 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Oficina de Gestión de la Calidad	
	Aprobar y difundir el Plan de Auditoría en Salud 2023	ACTA														1				1	9001 ACCIONES CENTRALES	3000000 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007001 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Equipo de Rondas de Seguridad / Oficina de Gestión de la Calidad	
Actividad 3.3: Fortalecer las competencias de los Comités de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud	Gestionar la capacitación para los Comités de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud	INFORME														1				1	9001 ACCIONES CENTRALES	3000000 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007001 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Oficina de Gestión de la Calidad	
Actividad 3.4: Monitoreo y Seguimiento de la implementación del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud 2023	Evaluación de la ejecución del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	INFORME														1				1	9001 ACCIONES CENTRALES	3000000 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007001 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Oficina de Gestión de la Calidad	
	Realizar seguimiento de las recomendaciones de las auditorías programadas y no programadas	INFORME														1				1	9001 ACCIONES CENTRALES	3000000 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007001 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Oficina de Gestión de la Calidad	
Actividad 3.5: Revisión de las Guías de Práctica Clínica	Evaluación de Guías de Práctica Clínica (AGREE)	RD														1				1	2	9001 ACCIONES CENTRALES	3000000 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007001 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Dirección General

El presente documento es propiedad del Instituto Nacional de Oftalmología - INO "Dr. Francisco Contreras Campos" y no puede ser reproducido en todo o en parte, ni facilitado a terceros sin el conocimiento y autorización del personal responsable de su control. Cualquier impresión no autorizada de este documento es una "copia no controlada".

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2023 DEL INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA - INO
"DR. FRANCISCO CONTRERAS CAMPOS"



Objetivo Específico 4: Fortalecer y mantener el proceso de Acreditación en el INO	Actividad 4.1: Reconfigurar el Equipo de Evaluadores Internos y fortalecer sus competencias para la Autoevaluación	Solicitar la actualización de la conformación del Equipo de Evaluadores Internos del INO	RD															1	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007981 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Dirección General
		Actualizar la conformación del Equipo de Evaluadores Internos del INO	INFORME															1	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007981 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	CAM / CAS
		Gestionar la capacitación de los evaluadores internos para el proceso de acreditación	RD															1	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007981 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Dirección General
	Actividad 4.2: Elaborar e implementar el Cronograma de Seguimiento de la Acreditación Institucional	Aprobar del Cronograma de Seguimiento de la Acreditación Institucional	INFORME															1	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007981 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Oficina de Gestión de la Calidad - CAM / CAS
		Realizar reuniones técnicas con los evaluadores internos y unidades orgánicas del INO para la revisión de los criterios de acreditación	INFORME															1	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007981 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Oficina de Gestión de la Calidad
		Coordinar las acciones para atender la Evaluación Externa de Seguimiento Anual de la Acreditación, a cargo de evaluadores externos del MINSA	INFORME															1	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007981 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Oficina de Gestión de la Calidad - CAM / CAS
		Difundir y analizar los resultados de la Evaluación Externa de Seguimiento MINSA	INFORME															1	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007981 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Equipo de Acreditación del INO / Oficina de Gestión de la Calidad
	Actividad 4.3: Evaluar los resultados del Cronograma de Seguimiento de la Acreditación Institucional	Monitorear la priorización e implementación de las acciones de mejora determinadas acorde a los resultados del Seguimiento de la Acreditación Institucional y la Evaluación Externa de Seguimiento MINSA	RD															1	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007981 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Dirección General
		Evaluar el Cronograma de Seguimiento de la Acreditación Institucional	INFORME															1	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007981 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Equipo de Acreditación del INO / Oficina de Gestión de la Calidad

El presente documento es propiedad del Instituto Nacional de Oftalmología - INO "Dr. Francisco Contreras Campos" y no puede ser reproducido en todo o en parte, ni facilitado a terceros sin el conocimiento y autorización del personal responsable de su control. Cualquier impresión no autorizada de este documento es una "copia no controlada".

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2023 DEL INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA - INO
"DR. FRANCISCO CONTRERAS CAMPOS"

Objetivo Específico 6: Fortalecer la información para la calidad de atención en Salud y los mecanismos de escucha al usuario de servicios de salud	Actividad 6.1 Evaluar los resultados de la medición del nivel de satisfacción del usuario externo (Servicios de Consulta Externa, Hospitalización, Emergencia y Centro Quirúrgico)	Gestionar la capacitación a los encuestadores, acorde a la Guía Técnica para la "Evaluación de la satisfacción del Usuario en los Establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo"	RD				1									1	9001 ACCIONES CENTRALES	3000000 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007981 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Dirección General
		Organizar al equipo encuestador y ejecutar la medición del nivel de satisfacción del usuario externo mediante encuestas	MEMORANDUM				1		1		1					4	9001 ACCIONES CENTRALES	3000000 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007981 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Dirección General
		Consolidar, evaluar y analizar los resultados de la medición de la satisfacción del usuario, identificando acciones y/o proyectos de mejora	INFORME				1		1		1					4	9001 ACCIONES CENTRALES	3000000 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007981 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Oficina de Gestión de Calidad
		Evaluación semestral y anual de los resultados de la medición de la Satisfacción del Usuario Externo	RD						1						1	2	9001 ACCIONES CENTRALES	3000000 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007981 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Unidad de Planificación y Monitoreo
	Actividad 6.2 Gestionar la atención de reclamos y la mejora continua de la PAUS	Gestionar la Capacitación sobre Mecanismos de Atención de Reclamos en Salud y la Directiva de Consultas y Reclamos del INO	MEMORANDUM						1							1	9001 ACCIONES CENTRALES	3000000 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007981 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Dirección General
		Gestionar la Capacitación y Sensibilización sobre Derechos y Deberes de los Pacientes	INFORME						1							1	9001 ACCIONES CENTRALES	3000000 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007981 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Dirección General / Oficina de Gestión de Calidad
		Informar trimestralmente a la Dirección General el estado de la Atención y gestión de consultas y reclamos, el Libro de Reclamaciones y Oportunidades de Mejora	INFORME				1				1					4	9001 ACCIONES CENTRALES	3000000 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007981 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Oficina de Gestión de Calidad
		Evaluación anual de los resultados de la Gestión de Reclamos	INFORME												1	1	9001 ACCIONES CENTRALES	3000000 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007981 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Dirección General / Oficina de Gestión de Calidad



El presente documento es propiedad del Instituto Nacional de Oftalmología - INO "Dr. Francisco Contreras Campos" y no puede ser reproducido en todo o en parte, ni facilitado a terceros sin el conocimiento y autorización del personal responsable de su control. Cualquier impresión no autorizada de este documento es una "copia no controlada".

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2023 DEL INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA - INO
"DR. FRANCISCO CONTRERAS CAMPOS"

Objetivo Específico 5: Fortalecer el proceso de Proyectos y/o Acciones de Mejora Continua en el INO	Actividad 5.1: Planificación para la Gestión de la Mejora Continua de la Calidad	Elaboración del Diagnóstico Situacional de la Gestión de la Mejora Continua de la Calidad	INFORME												1	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007081 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Oficina de Gestión de la Calidad	
		Revisión y Aprobación del Programa para la Mejora Continua de la Calidad, el cual integra el Plan de Gestión de la Calidad 2023	INFORME											1		1	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007081 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Equipo de Acreditación del INO
	Actividad 5.2: Diseñar y formular el Manual de Procesos y Procedimientos del Proceso de Gestión de la Mejora Continua de la Calidad	Elaboración del Manual o Directiva sobre "Metodología para la elaboración de Proyectos de Mejora de la Calidad del INO"	ACTA													1	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007081 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Equipo de Acreditación del INO y Unidades Orgánicas y/o Evaluadores Internos
		Revisión y Aprobación del Manual o Directiva sobre "Metodología para la elaboración de Proyectos de Mejora de la Calidad del INO"	ACTA													1	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007081 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Equipo de Acreditación del INO y Unidades Orgánicas y/o Evaluadores Internos
		Difundir el Manual de Procesos y Procedimientos del Proceso de Gestión de la Mejora Continua de la Calidad	INFORME													1	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007081 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Equipo de Acreditación del INO y Oficina de Gestión de la Calidad
	Actividad 5.3: Desarrollar y fortalecer las competencias mediante capacitación en proyectos y/o acciones de mejora a las unidades orgánicas del INO	Asistencia Técnica a la Oficina de Gestión de la Calidad sobre "Gestión de Acciones y Proyectos de Mejora de la Calidad", para fortalecer las competencias para la asistencia y asesoría	INFORME													1	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007081 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Equipo de Acreditación del INO y Oficina de Gestión de la Calidad
		Sensibilizar, inducir y capacitar a las unidades orgánicas sobre la Metodología para la elaboración de Acciones y/o Proyectos de Mejora de la Calidad	INFORME													1	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007081 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Oficina de Gestión de la Calidad
	Actividad 5.4: Fomentar la cultura de la calidad y mejora continua, promoviendo la elaboración e implementación de Buenas Prácticas, Acciones y/o Proyectos de Mejora en el INO	Monitoreo de las acciones de mejora, identificación y priorización de oportunidades y proyectos de mejora	INFORME													1	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007081 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Oficina de Gestión de la Calidad
	Actividad 5.5: Seguimiento de los proyectos y/o acciones de mejora implementadas relacionadas a las problemáticas del INO	Realizar el seguimiento y evaluación de proyectos y/o acciones de mejora implementados por las diferentes unidades orgánicas en el INO	INFORME													1	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007081 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Oficina de Gestión de la Calidad
		Realizar el informe semestral sobre proyectos y/o acciones de mejora sobre alguna problemática identificada en el INO, priorizando aquellos que han mostrado resultados positivos (*)	RD													1	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007081 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Dirección General
	Actividad 5.6: Evaluación del Cronograma de Mejora Continua de la Calidad del INO	Realizar el informe Anual sobre la evaluación del Cronograma de Mejora Continua de la Calidad del INO	INFORME												1	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007081 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La presente actividad no requiere de presupuesto adicional, ya que los recursos consignados se encuentran dentro del presupuesto del Plan Anual de Gestión de Calidad 2023	0	Oficina de Gestión de la Calidad	



ANEXO N° 3 MATRIZ DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE METAS FISICAS Y PRESUPUESTALES

[illegible]

47

"DR. FRANCISCO CONTRERAS CAMPOS"

INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGIA
REPUBLICA DEL PERU
Vº Bº l
Oficina de Gestión de la Calidad
F. ALARCÓN

48

"DR. FRANCISCO CONTRERAS CAMPOS"



49

[illegible]

50

"DR. FRANCISCO CONTRERAS CAMPOS"

[illegible]

52

Anexo N°04. Matriz de indicadores del plan



ANEXO N°4. MATRIZ DE INDICADORES DEL PLAN							
N°	Declaración de objetivos	Indicador	Unidad de Medida	Formula	Meta Programada	Fuente de información	Responsable
1	Objetivo Específico 1: Planificar y organizar el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud 2023	Plan de Gestión de la Calidad de la institución aprobado	RD	No aplica	1	Resolución Directoral	Oficina de Gestión de la Calidad
2		Porcentaje de cumplimiento del Plan Anual de Gestión de Calidad en Salud	Actividades programadas	$\frac{\text{Actividades ejecutadas}}{\text{Actividades programadas}} \times 100$	> 80%	Informe semestral	Oficina de Gestión de la Calidad
3	Objetivo Específico 2: Fortalecer y monitorear el proceso de Seguridad del Paciente	Cantidad de Eventos Adversos reportados	Eventos Adversos reportados	N° de Eventos Adversos reportados	< 10	Informe semestral	Oficina de Gestión de la Calidad / Comité de Seguridad del Paciente
4		Porcentaje Análisis de Eventos Centinelas reportados	Eventos Centinelas reportados	$\frac{\text{Eventos Centinelas Analizados}}{\text{Eventos Centinelas reportados}} \times 100$	100%	Informe semestral	Oficina de Gestión de la Calidad / Comité de Seguridad del Paciente
5		Criterio de Programación MINSA Implementación de Mecanismos para el Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Incidentes y Eventos Adversos en Salud en el Instituto Nacional Especializado	% de cumplimiento del Criterio de Programación	Herramienta Informática IPRESS (III-2) UFGCS del DVMPAS - MINSA Evaluación de la Implementación del Sistema de Gestión de Calidad 2023	> 80%	Informe semestral	Oficina de Gestión de la Calidad
6		Aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía	Lista de Verificación de Seguridad de la	$\frac{\text{N° de intervenciones con LVSC}}{\text{N° total de intervenciones}} \times 100$	100%	Informe semestral	Oficina de Gestión de la Calidad
7		Criterio de Programación MINSA Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en los centros quirúrgicos del Instituto Nacional Especializado	% de cumplimiento del Criterio de Programación	Herramienta Informática IPRESS (III-2) UFGCS del DVMPAS - MINSA Evaluación de la Implementación del Sistema de Gestión de Calidad 2023	> 80%	Informe semestral	Oficina de Gestión de la Calidad
8		Porcentaje de Implementación del Cronograma anual de Rondas de Seguridad del Paciente	Rondas de Seguridad del Paciente programadas	$\frac{\text{N° Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas}}{\text{N° Rondas de Seguridad del Paciente programadas}} \times 100$	100%	Informe semestral	Oficina de Gestión de la Calidad / Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente
9		Criterio de Programación MINSA Implementación de las Rondas de Seguridad para la gestión del riesgo en el Instituto Nacional Especializado	% de cumplimiento del Criterio de Programación	Herramienta Informática IPRESS (III-2) UFGCS del DVMPAS - MINSA Evaluación de la Implementación del Sistema de Gestión de Calidad 2023	> 80%	Informe semestral	Oficina de Gestión de la Calidad
10		Criterio de Programación MINSA Implementación del proceso de Higiene de Manos en el Instituto Nacional Especializado	% de cumplimiento del Criterio de Programación	Herramienta Informática IPRESS (III-2) UFGCS del DVMPAS - MINSA Evaluación de la Implementación del Sistema de Gestión de Calidad 2023	> 80%	Informe semestral	Oficina de Gestión de la Calidad

El presente documento es propiedad del Instituto Nacional de Oftalmología - INO "Dr. Francisco Contreras Campos" y no puede ser reproducido en todo o en parte, ni facilitado a terceros sin el conocimiento y autorización del personal responsable de su control. Cualquier impresión no autorizada de este documento es una "copia no controlada".

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2023 DEL INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA - INO
"DR. FRANCISCO CONTRERAS CAMPOS"



10		Criterio de Programación MINSA Implementación del proceso de Higiene de Manos en el Instituto Nacional Especializado	% de cumplimiento del Criterio de Programación	Herramienta Informática IPRESS (III-2) UFGCS del DVMPAS - MINSA Evaluación de la Implementación del Sistema de Gestión de Calidad 2023	> 80%	Informe semestral	Oficina de Gestión de la Calidad
11		Porcentaje de avance de la implementación del Plan Anual de auditoría de la calidad de atención en salud	Actividades programadas	<u>Actividades ejecutadas X 100</u> Actividades programadas	> 80%	Informe anual	CAM / CAS
12	Objetivo Específico 3: Monitorear y dar seguimiento al Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	Porcentaje de recomendaciones implementadas de los informes de auditoría realizados (evaluación de calidad de registros, auditorías de Calidad de la atención en salud y auditorías de caso).	Oportunidades de mejora recomendadas en los informes de auditoría	<u>Oportunidades de Mejora implementadas X 100</u> Oportunidades de Mejora recomendadas	> 75%	Informe trimestral	Unidades Orgánicas del INO
13		Criterio de Programación MINSA Implementación de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud en el Instituto Nacional Especializado	% de cumplimiento del Criterio de Programación	Herramienta Informática IPRESS (III-2) UFGCS del DVMPAS - MINSA Evaluación de la Implementación del Sistema de Gestión de Calidad 2023	> 80%	Informe anual OGC	Oficina de Gestión de la Calidad / CAM / CAS
14		Porcentaje alcanzado en el Seguimiento de la Acreditación	Criterios evaluados	<u>Criterios implementados X 100</u> Criterios aplicables	> 92%	Informe	Equipo de Acreditación
15	Objetivo Específico 4: Fortalecer y mantener el proceso de Acreditación en el INO	Porcentaje de avance de la implementación del Cronograma de Seguimiento de la Acreditación Institucional	Actividades programadas	<u>Actividades ejecutadas X 100</u> Actividades programadas	> 80%	Informe anual	Equipo de Acreditación
16		Criterio de Programación MINSA Implementación de la Autoevaluación del Proceso de Acreditación del Instituto Nacional	% de cumplimiento del Criterio de Programación	Herramienta Informática IPRESS (III-2) UFGCS del DVMPAS - MINSA Evaluación de la Implementación del Sistema de Gestión de Calidad 2023	> 80%	Informe anual OGC	Equipo de Acreditación
17	Objetivo Específico 5: Fortalecer el proceso de Proyectos y/o Acciones de Mejora Continua en el INO	Cantidad de Proyectos de Mejora Continua Aprobados	Proyectos de MCC Aprobados	Nº de Proyectos de Mejora Continua Aprobados	1	Resolución Directoral	Oficina de Gestión de la Calidad / Equipo del Pyto
18		Porcentaje de implementación del Cronograma de Mejora Continua de la Calidad del INO	Actividades programadas	<u>Actividades ejecutadas X 100</u> Actividades programadas	> 80%	Informe anual	Oficina de Gestión de la Calidad
19		Criterio de Programación MINSA	% de	Herramienta Informática IPRESS (III-2)	> 80%	Informe	Oficina de Gestión
20	Objetivo Específico 6: Fortalecer la información para la calidad de atención en Salud y los mecanismos de escucha al usuario de servicios de salud	Porcentaje promedio de la satisfacción de usuarios externos en consulta externa/ hospitalización / emergencia	Encuestas de satisfacción	<u>Promedio de Cantidad de usuarios satisfechos x 100</u> Promedio de Cantidad de usuarios encuestados	> 75%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad
21		Criterio de Programación MINSA	% de	Herramienta Informática IPRESS (III-2)	> 80%	Informe	Oficina de Gestión
22		Cantidad de Reclamos Fundados	Reclamos	Nº de Reclamos Fundados	< 20	Reporte	PAUS
23		Porcentaje de Reclamos	Reclamos	<u>Nº de reclamos atendidos X 100</u>	85%	Informe	Oficina de Gestión

El presente documento es propiedad del Instituto Nacional de Oftalmología - INO "Dr. Francisco Contreras Campos" y no puede ser reproducido en todo o en parte, ni facilitado a terceros sin el conocimiento y autorización del personal responsable de su control. Cualquier impresión no autorizada de este documento es una "copia no controlada".