

Resolución Directoral

Lima,23. de.....*Mayo*.... del 2024

VISTOS:

La Nota Informativa N° 062-2024-OEPE/INO, Nota Informativa N° 046-2024-OGC/INO, Informe N° 011-2024-EMBC-OGC/INO, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial N° 388-2022/MINSA, el Ministro de Salud, designó temporalmente al señor FELIX ANTONIO TORRES COTRINA, en el puesto de Director del 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, los artículos I y II del Título preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que, la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, asimismo, la protección de la salud es de interés público. Además, el artículo VI del acotado precepto normativo, precisa que es responsabilidad el Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidez;

Que, conforme al Decreto Supremo N° 006-2017-JUS, se aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General, estableciendo en su artículo 7°, el régimen que regula los actos de administración interna, los cuales se orientan a la eficacia y eficiencia de los servicios y a los fines permanentes de las entidades, siendo emitidos por el órgano competente, observando que su objeto sea física y jurídicamente posible;

Que, conforme al artículo 12° del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Oftalmología aprobado mediante Resolución Ministerial N° 447-2009/MINSA, modificado por la Resolución Ministerial N° 660-2010/MINSA, la Oficina de Gestión de la Calidad es el órgano 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, y tiene entre sus principales funciones, participar en el desarrollo de los procesos de evaluación, acreditación, Auditoría Clínica y Auditoría médica, según las normas que establezca el Ministerio de Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el documento técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", en su octava Política Nacional de Calidad de la Atención de Salud; establece que las organizaciones proveedoras de atención de salud, asume como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 029-MINSA/DIGEPRES.V.01, Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud, la misma que es de obligatorio cumplimiento en todos los establecimientos de salud a nivel nacional, toda vez que, tiene como finalidad garantizar una atención de calidad, es decir, que todos los establecimientos de salud deben contar con un Plan Anual de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud;

Que, 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 este sistema se estructura en función de 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 salud del INO, se deberá desarrollar en virtud a los componentes antes descritos;

Que, mediante Nota Informativa N° 046-2024-OGC/INO, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, solicita la aprobación del documento técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad 2024 del Instituto Nacional de Oftalmología – INO “*Dr. Francisco Contreras Campos*”, en virtud del Informe Técnico N° 011-2024-EMBC-OGC/INO, el mismo que tiene como finalidad contribuir al logro de los objetivos de calidad del Instituto Nacional de Oftalmología, e implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, acorde a los componentes, criterios y actividades establecidas por el Ministerio de Salud mediante la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad;

Que, con Nota Informativa N° 062-2024-OEPE/INO, la Directora Ejecutiva de la Dirección Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, precisa que en virtud del Informe N° 019-2024-UFOM-OEPE/INO, Informe N° 012-2024-UFPI-OEPE/INO e Informe N° 013-2024/UFP-OEPE/INO, emiten opinión favorable para continuar con el trámite de aprobación mediante acto resolutivo del Plan Anual de Gestión de la Calidad 2024 del Instituto Nacional de Oftalmología – INO “*Dr. Francisco Contreras Campos*”, precisando que el presente plan cumple con los objetivos y acciones del Plan Estratégico Institucional –PEI 2019-2027 del Ministerio de Salud y con el POI 2024, así como cumple con los criterios estructurales establecidos en la Directiva Administrativa para la elaboración de documentos normativos en el INO, por lo que emite opinión favorable para continuar con el trámite de aprobación mediante acto resolutivo del Plan Anual de Auditoria de la calidad de atención en salud 2024 del Instituto Nacional de Oftalmología – INO “*Dr. Francisco Contreras Campos*”;

Que, mediante Informe N° 066-2024-OAJ/INO, el Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica, precisa que resulta necesario emitir el correspondiente acto resolutivo de aprobación del Documento Técnico: “Plan Anual de Gestión de la Calidad 2024 del Instituto Nacional de Oftalmología – INO “*Dr. Francisco Contreras Campos*”;

Con la visación de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, y el Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica, y;

Conforme a las facultades conferidas en el artículo 6° del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Oftalmología, aprobado por Resolución Ministerial N° 447-2009/MINSA, y modificado por la Resolución Ministerial N° 660-2010/MINSA.



Resolución Directoral

Lima, 23 de Mayo del 2024

SE RESUELVE:

Artículo 1º. - APROBAR, el Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad 2024 del Instituto Nacional de Oftalmología – INO “Dr. Francisco Contreras Campos”, el mismo, que consta de catorce (14) folios, y que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2º.- DISPONER que el área de Tramite Documentario, proceda a notificar la presente Resolución Directoral a los interesados y a los diferentes estamentos de la Institución, para conocimiento y cumplimiento.

Artículo 3º.- 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, comuníquese y publíquese.



PERU Ministerio de Salud **INO** INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGIA
Dr. Francisco Contreras Campos
M.O. VICTOR ANDRÉS ESPINOZA ARANIBAR
Director de Instituto Especializado (e)
CMP: 38014 RNE: 18443

DG/OGC/OEPE/OAJ

Distribución:

- DEAE0
- DEDSOPPSO
- DEIDEODT
- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Oficina de Comunicaciones
- Oficina de Gestión de la Calidad



PERU Ministerio de Salud

INO INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Documento Técnico:

PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2024 DEL INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA – INO

“Dr. Francisco Contreras Campos”



Lima – Perú
2024

INDICE

I.	INTRODUCCION	3
II.	FINALIDAD	4
III.	OBJETIVO	4
	3.1. Objetivo General	4
	3.2. Objetivos Específicos	4
IV.	AMBITO DE APLICACIÓN	5
V.	BASE LEGAL Y/O REFERENCIAS	5
VI.	CONTENIDO	7
	6.1. Aspectos Técnicos Conceptuales	7
	6.2. Análisis Situacional	11
	6.3. Articulación de los Objetivos y Acciones del Plan Estratégico Institucional PEI 2019 – 2027 del MINSa con el Plan Operativo Institucional POI 2024 del INO	21
	6.4. Vinculación del Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2024 con el Plan Operativo Institucional – POI 2024 del INO	22
	6.5. Actividades y Tareas por Objetivos	23
	6.6. Presupuesto Estimado	23
	6.7. Monitoreo, Supervisión y Evaluación	23
	6.8. Registros	24
	6.9. Control cambios	24
VII.	RESPONSABILIDADES	24
VIII.	ANEXOS	25
	Anexo N°01. Criterios de Programación de Actividades para Institutos	26
	Anexo N°02. Matriz de programación del Plan Anual de Gestión de la Calidad 2024	27
	Anexo N°03. Matriz de indicadores del plan	28



I. INTRODUCCION

Instituto Nacional de Oftalmología – INO “Dr. Francisco Contreras Campos”, es un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud del tercer nivel de atención con categoría III-2, responsable del desarrollo de la investigación científica e innovación de la metodología, tecnología y normas para su difusión y aprendizaje por los profesionales y técnicos del sector salud. El Instituto cuenta con amplia experiencia y especialización en la atención de todo tipo de patología relacionadas con la vista, que por su alta complejidad solo pueden ser resueltas en el más alto nivel especializado de atención; asimismo, entre otras funciones generales, la institución debe mantener la eficacia, calidad y eficiencia en la prestación de servicios especializados de salud en el campo de la oftalmología.

En ese sentido, la institución comprende que, de acuerdo a la definición más aceptada de Avedis Donabedian, “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 la 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 que la referencia de atención médica debe entenderse como la atención que proporcionan todos aquellos que intervienen en la atención de los usuarios de los servicios de salud. Asimismo, el término “medica” no se refiere solamente al ejercicio profesional de los médicos; del mismo modo, cuando se habla de “usuario” no se refiere únicamente al paciente son también a sus acompañantes e incluso al personal de los establecimientos de salud.

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 instituto, 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 el Instituto Nacional de Oftalmología (INO) se ha propuesto fortalecer el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud en cada una de sus Unidades de Organización. Por ello, se hace necesario la planificación de la gestión de la calidad en salud mediante el presente Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2024 del INO el cual constituye un instrumento para direccionar los procesos, programar actividades, alcanzar objetivos y metas concretas, en el marco de la acreditación, auditoría en salud, atención al usuario, mejora continua, seguridad del paciente e información para la calidad, según lo



establecido en el Documento Técnico: Sistema de Gestión de la Calidad en Salud aprobado por Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, este documento es de aplicación en el ámbito nacional y está dispuesto para el perfeccionamiento continuo. En la medida en que se logren nuestros objetivos alineados a nuestras funciones, el instituto abordará las oportunidades de mejora y lecciones aprendidas obtenidas e iremos formulando, abordando y desarrollando la mejora continua del presente documento.

II. FINALIDAD

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

III. OBJETIVO

3.1. Objetivo General

- Mejorar la calidad de atención en salud brindada al usuario externo, fortaleciendo la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en Salud.

3.2. Objetivos Específicos

- OE.1: Planificar, organizar e implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud 2024 del INO.
- OE.2: Promover una cultura de Seguridad del paciente, mejorando el control de sus procesos y fortaleciendo la gestión de Eventos Adversos.
- OE.3: Mejorar la calidad de la atención en salud de la institución promoviendo la autoevaluación, cumplimiento de estándares aplicables y abordando oportunidades de mejora continua.
- OE.4: Fortalecer los procesos de escucha al usuario, mediante la medición de la satisfacción y atención de consultas sobre sus derechos y deberes, los cuales brindan información para la calidad de atención en Salud.
- OE.5: Fomentar una cultura de Calidad en Salud en todos los niveles de la institución.

IV. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2024 del INO es de aplicación en todas sus unidades de organización.

V. 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 y su reglamento.
- Ley N° 31953, "Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2024".
- Decreto Supremo N° 026-2020-SA, Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú, País saludable".
- 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° 172-2024/MINSA, que "Aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2019-2027 ampliado del MINSA".
- Resolución Ministerial N° 1157-2023/MINSA, que "Aprueba el Presupuesto Institucional de Apertura de Gastos correspondiente al año fiscal 2024 del Pliego 011: 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 Ministerial N°826-2021/MINSA, que aprueba las "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del 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 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°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° 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° 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° 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° 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° 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° 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° 519-2006/MINSA, Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad 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° 236-2023-INO-D, que "Aprueba el Plan Operativo Institucional (POI) Anual 2024 del INO"
- Resolución Directoral N° 055-2023-INO-D, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-INO/OEPE-2023 "Directiva Administrativa para la Elaboración de Documentos



- 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".
- Resolución Directoral N° 203-2023-INO-D, que aprueba la conformación de treinta Unidades Funcionales de los Órganos de Administración Interna del Instituto Nacional de Oftalmología.
- Resolución Directoral N° 048-2021-INO-D, que actualiza el Mapa de Procesos de Nivel "0" del Instituto Nacional de Oftalmología.

VI. 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.
- **CAM:** Comité de Auditoría Médica.
- **CAS:** Comité de Auditoría en Salud.
- **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
- **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.
- **LVCS:** Lista de Verificación de la Seguridad.
- **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.
- **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. 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).

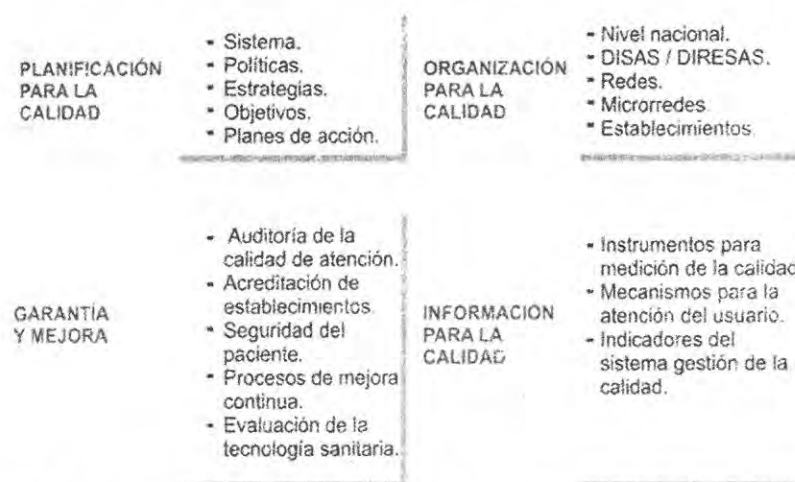
6.1.3. Componentes del Sistema de Gestión de Calidad

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 Salud del INO se desarrolla en cada uno de estos cuatro componentes.



F. ALARCON

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".

6.2. Análisis Situacional

En adelante se describe el análisis de la situación actual de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, el problema, causas, así como las alternativas de solución.

6.2.1. Organización para la Gestión de la Calidad en Salud

- a) 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.*”

- b) 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.*”

- c) Mediante la Resolución Directoral 203-2023-INO-D, de fecha 21 de noviembre, se aprueba la conformación de treinta (30) Unidades Funcionales de los Órganos de la Administración Interna del INO, entre las cuales se describen las funciones de las siguientes unidades dependientes de la Oficina de Gestión de la Calidad:

- Unidad Funcional de Garantía de la Calidad
- Unidad Funcional de Mejora Continua
- Unidad Funcional de Seguridad del Paciente



F. ALARCÓN

d) En ese sentido, la Gestión de la Calidad en el Instituto Nacional de Oftalmología está organizada de la siguiente forma:

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



Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad 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", el cual contiene a los procesos 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.- Resumen de la Ficha Técnica Nivel 1 del Proceso Estratégico PE.05 Gestión de la Calidad Institucional

Entradas / Insumos	Procesos del Nivel 1	Salidas / Productos
<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<p>PE05.01 Gestión de la Garantía de la Calidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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
<ul style="list-style-type: none"> - Plan de Desarrollo Institucional - Política Nacional de Calidad en Salud - Lineamientos del sistema de gestión de la calidad (PCM) 	<p>PE05.01 Gestión de la Mejora Continua de la Calidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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

Área	Recurso humano	Condición laboral
Oficina de Gestión de la Calidad - OGC	Jefe de la Oficina de Calidad (01)	Nombrado
	Técnico Administrativo (01)	CAS
	Lic. en Enfermería	CAS
	Servicio de Asistente Administrativo	Tercero
	Servicio de Apoyo Administrativo	Tercero
	Servicio de Implementación de Programa de Gestión de Calidad en Salud	Tercero
Plataforma de Atención al Usuario - PAUS	Promotora (01)	CAS
	Lic. de enfermería (01)	Nombrado
	Especialista en Comunicaciones	Nombrado

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



- 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.
- Equipo Conductor de Higiene de Manos.

6.2.2. Criterios de Programación para la Implementación del Sistema de Gestión de Calidad en Salud 2024

De conformidad con los Componentes del Sistema de Gestión de Calidad en Salud el Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud, en coordinación con la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del MINSA, remite el Oficio Múltiple N° D000003-2024-DVMPAS-MINSA el cual adjunta los Criterios de Programación de Actividades para Institutos IPRESS III-2 para la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud en el Instituto Nacional de Oftalmología (Anexo N° 01) , por lo cual solicitan asignar recursos y brindar facilidades para dicha implementación.

Tabla N°03.- Resumen de Criterios de Programación de Actividades 2024 IPRESS III-2



Componentes	Actividades Operativas	Responsables
PLANIFICACIÓN	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad	Oficina de Gestión de la Calidad, Dirección General
	Evaluación del avance del Plan de Gestión de la Calidad	Oficina de Gestión de la Calidad, Dirección General
GARANTÍA Y MEJORA	Monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento en la aplicación de la LVCS	Equipo Conductor LVCS
	Monitoreo, supervisión y evaluación de la implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos	Oficina de Gestión de la Calidad, Jefes de Dptos. de Atención Especializada, Comité de Seguridad del Paciente
	Implementación de la metodología para elaboración de proyectos de mejora continua y uso de herramientas para la gestión de la calidad	Oficina de Gestión de la Calidad, Jefes de Dptos. de Atención Especializada
	Asistencia Técnica, monitoreo, evaluación y supervisión de la implementación de la Auditoría de la Calidad	Oficina de Gestión de la Calidad, CAM, CAS
	Supervisión de la adherencia a la Higiene de Manos	Equipo Conductor de la Higiene de Manos
	Monitoreo, Evaluación y Supervisión de la Implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente	Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente, Oficina de Gestión de la Calidad
INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD	Autoevaluación del Proceso de Acreditación	Equipo de Acreditación, Oficina de Gestión de la Calidad, Dirección General
	Evaluación de la satisfacción del usuario externo	Plataforma de Atención al Usuario de servicios de Salud

En ese sentido, el instituto ha considerado los Criterios de Programación de Actividades para Institutos (IPRESS III-2) en la planificación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud para el año 2024

6.2.3. Resultados de la evaluación del Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2023

Mediante el Oficio N° 317-2024-DG-OGC/INO la institución remite a la UFGCS el Informe Anual de evaluación de la implementación del Plan de Gestión de la Calidad en Salud (PGCS) 2023, aprobado por Resolución Directoral N°163-2023-INO-D. El referido informe describe el resultado de cumplimiento de las actividades/metapas físicas programadas en el plan, así como los resultados de los Criterios de Programación de Actividades para Institutos 2023.

Tabla N°04.- Porcentaje de implementación del PGCS 2023

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			
Componente	Objetivos Específicos	Actividad	% Cumplimiento de Metas Físicas		
			% Act	% Obj	% Comp
Planificación y Organización para la Calidad	Objetivo Específico 1: Planificar y organizar el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud	Actividad 1.1: Formular el Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2023 del INO	100%	100%	100%
Garantía y Mejora de la Calidad	Objetivo Específico 2: Fortalecer y monitorear el proceso de Seguridad del Paciente	Actividad 2.1: Implementar y promover la Adherencia la Higiene de Manos en el INO	79%	80%	
		Actividad 2.2: Implementar la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	77%		
		Actividad 2.3: Mejorar el reporte y la gestión de incidentes y eventos adversos	25%		
		Actividad 2.4: Realizar Rondas de Seguridad para la detección de prácticas inseguras en la seguridad del paciente	97%		
Garantía y Mejora de la Calidad	Objetivo Específico 3: Monitorear y dar seguimiento al Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	Actividad 3.1: Reconformar los Comités de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud	0%	0%	
		Actividad 3.2: Elaborar y aprobar el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2023	0%		
		Actividad 3.3: Fortalecer las competencias de los Comités de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud	0%		
		Actividad 3.4: Monitoreo y Seguimiento de la implementación del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2023	0%		
		Actividad 3.5: Revisión de las Guías de Práctica Clínica	0%		
Garantía y Mejora de la Calidad	Objetivo Específico 4: Fortalecer y mantener el proceso de Acreditación en el INO	Actividad 4.1: Reconformar el Equipo de Evaluadores Internos y fortalecer sus competencias para la Autoevaluación	100%	61%	65%
		Actividad 4.2: Elaborar e implementar el Cronograma de Seguimiento de la Acreditación Institucional	25%		
		Actividad 4.3: Evaluar los resultados del Cronograma de Seguimiento de la Acreditación Institucional	100%		
Garantía y Mejora de la Calidad	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	100%	62%	
		Actividad 5.2: Diseñar y formular el Manual de Procesos y Procedimientos del Proceso de Gestión de la Mejora Continua de la Calidad	0%		
		Actividad 5.3: Desarrollar y fortalecer las competencias mediante capacitación en proyectos y/o acciones de mejora a las unidades orgánicas del INO	0%		
		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	100%		
		Actividad 5.5: Seguimiento de los proyectos y/o acciones de mejora implementadas, relacionados a las problemáticas del INO	100%		
		Actividad 5.6: Evaluación del Cronograma de Mejora Continua de la Calidad del INO	100%		
Información para la Calidad	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)	64%	67%	67%
		Actividad 6.2: Gestionar la atención de reclamos y la mejora continua de la PAUS	71%		
% DE CUMPLIMIENTO GENERAL			67%		



6.2.4. Indicadores del Plan de Gestión de Calidad en Salud 2023

Tabla N°05

INDICADORES DEL PLAN 2023							
N°	Declaración de objetivos	Indicador	Unidad de Medida	Meta Progr.	Fuente de Información	Responsable	Resultado
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	1	Resolución Directoral	Oficina de Gestión de la Calidad	1
2		Porcentaje de cumplimiento del Plan Anual de Gestión de Calidad en Salud	Actividades programadas	> 80%	Informe semestral	Oficina de Gestión de la Calidad	67%
3		Cantidad de Eventos Adversos reportados	Eventos Adversos reportados	< 10	Informe semestral	Oficina de Gestión de la Calidad / Comité de Seguridad del Paciente	4
4		Porcentaje Análisis de Eventos Centinelas reportados	Eventos Centinelas reportados	100%	Informe semestral	Oficina de Gestión de la Calidad / Comité de Seguridad del Paciente	No aplica (EVENTOS CENTINELAS)
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	> 80%	Informe semestral	Oficina de Gestión de la Calidad	80%
6	Objetivo Específico 2: Fortalecer y monitorear el proceso de Seguridad del Paciente	Aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía	Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía	100%	Informe semestral	Oficina de Gestión de la Calidad	99.7%
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	> 80%	Informe semestral	Oficina de Gestión de la Calidad	81%
8		Porcentaje de Implementación del Cronograma anual de Rondas de Seguridad del Paciente	Rondas de Seguridad del Paciente programadas	100%	Informe semestral	Oficina de Gestión de la Calidad / Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente	100%
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	> 80%	Informe semestral	Oficina de Gestión de la Calidad	100%
10		Criterio de Programación MINSa Implementación del proceso de Higiene de Manos en el Instituto Nacional Especializado	% de cumplimiento del Criterio de Programación	> 80%	Informe semestral	Oficina de Gestión de la Calidad	80%
11	Objetivo Específico 3: Monitorear y dar seguimiento al Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	Porcentaje de avance de la implementación del Plan Anual de auditoría de la calidad de atención en salud	Actividades programadas	> 80%	Informe anual	CAM / CAS	0%
12		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	> 75%	Informe trimestral	Unidades Orgánicas del INO	0%
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	> 80%	Informe anual OGC	Oficina de Gestión de la Calidad / CAM / CAS	33%
14	Objetivo Específico 4: Fortalecer y mantener el proceso de Acreditación en el INO	Porcentaje alcanzado en el Seguimiento de la Acreditación	Criterios evaluados	> 92%	Informe	Equipo de Acreditación	94.8%
15		Porcentaje de avance de la implementación del Cronograma de Seguimiento de la Acreditación Institucional	Actividades programadas	> 80%	Informe anual	Equipo de Acreditación	61.0%
16		Criterio de Programación MINSa Implementación de la Autoevaluación del Proceso de Acreditación del Instituto Nacional	% de cumplimiento del Criterio de Programación	> 80%	Informe anual OGC	Equipo de Acreditación	97%
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	1	Resolución Directoral	Oficina de Gestión de la Calidad / Equipo del Pyto	1
18		Porcentaje de implementación del Cronograma de Mejora Continua de la Calidad del INO	Actividades programadas	> 80%	Informe anual	Oficina de Gestión de la Calidad	54.0%
19		Criterio de Programación MINSa Implementación de Proyectos y/o Acciones de Mejora en el Instituto Especializado	% de cumplimiento del Criterio de Programación	> 80%	Informe anual	Oficina de Gestión de la Calidad	88%
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	> 75%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad	72.3%
21		Criterio de Programación MINSa Implementación de la Evaluación de la satisfacción de los usuarios externos en el Instituto Nacional.	% de cumplimiento del Criterio de Programación	> 80%	Informe anual	Oficina de Gestión de la Calidad	88%
22		Cantidad de Reclamos Fundados promedio mensual	Reclamos Fundados en el mes	< 20	Reporte	PAUS	7
23		Porcentaje de Reclamos Atendidos	Reclamos atendidos	85%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad / Plataforma de Atención al Usuario	99.0%



6.2.5. Análisis FODA de la Gestión de la Calidad en Salud

CONTEXTO INTERNO		CONTEXTO EXTERNO	
Nº	FORTALEZAS	Nº	OPORTUNIDADES
1	Conforme a la Evaluación del SGCS 2023 desarrollada por la UFGCS MINSA la institución se encuentra en el tercer lugar de cumplimiento entre los institutos especializados	1	Lineamientos del Sistema de Gestión de la Calidad considerados en Convenio de Gestión (Decreto Supremo N° 036-2023-MINSA, indicadores de desempeño y compromisos de mejora a cumplir en el año 2024); - Autoevaluación para la acreditación (Evaluando el desempeño de la prestación de salud y promoviendo la mejora de estándares de procesos) - Rondas de Seguridad (Fortaleciendo la cultura de Seguridad del Paciente)
2	La Dirección General apoya firmemente las iniciativas de proyectos de desarrollo, posicionamiento institucional, de acreditación nacional y certificación en normas internacionales.	2	Compromiso con la mejora continua y apoyo de la UFGCS MINSA
3	Compromiso de la institución para realizar los procesos de Autoevaluación, Evaluación Interna o Auditoría Interna a fin de promover la mejora continua mediante la identificación de oportunidades de mejora e implementación de planes de acciones correctivas o de mejora (RS, LVSC, otros).	3	Tecnologías de información disponibles y adaptables a los requerimientos de la Gestión de la Calidad, como el uso de plataformas digitales para la aplicación de encuestas y redes sociales para comunicaciones
4	El proceso de Gestión de la Calidad está determinado como un proceso estratégico en el Mapa de Procesos de la institución	4	Desarrollo de mesas de trabajo para compartir lecciones aprendidas, acciones y proyectos de mejora continua con resultados positivos.
5	El Instituto se encuentra ACREDITADO por parte del MINSA, primera visita de Seguimiento 2023, resultado 94.8%		
6	El Instituto se encuentra CERTIFICADO por ISO 9001:2015 en los Servicios de la Dirección Ejecutiva de Desarrollo de Servicios Oftalmológicos, Prevención y Promoción de la Salud Ocular, e ISO 37001:2016 en las Oficinas de Economía, Logística y Personal.		
7	Asimismo, se ha reportado la implementación del Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2015 como Proyecto de Mejora Continua que a la fecha se encuentra en ETAPA DE SEGUIMIENTO		
8	El equipo de la Oficina de Gestión de la Calidad se encuentra comprometido con los objetivos de Seguridad del Paciente, Garantía para la Calidad y Mejora Continua		
Nº	DEBILIDADES	Nº	AMENAZAS
1	Dentro del Equipo de la Oficina de Calidad, no se cuenta con responsables para cada Unidad Funcional	1	Presupuesto asignado insuficiente para las necesidades institucionales
2	Falta de compromiso y conocimiento del recurso humano institucional que tiene participación en comités o actividades del Plan de Gestión de la Calidad en Salud Institucional, el personal considera que dichas funciones o actividades les corresponde únicamente a la Oficina de Gestión de la Calidad.	2	Normas y Documentos Técnicos relacionados a la Gestión de la Calidad en Salud desactualizados (SGCS, PMCC, Acreditación)
3	Dificultad para realizar las actividades en seguridad del paciente (RS, LVCS) en razón a la sobrecarga laboral, falta de capacitación, falta de motivación, etc.	3	Falta de estandarización de lineamientos en Seguridad del Paciente (Eventos Adversos)
4	Escaso número de médicos auditores	4	Normativas no definen responsabilidades para su implementación (IAAS, Higiene de Manos, GPC, Cero colas), sin embargo, son asignadas a la Oficina de Gestión de la Calidad
5	No se programan y/o realizan las auditorías correspondientes a los Comité de Auditoría en Salud y Médica, algunos auditores no disponen de las horas para realizarlas.		
6	Desconocimiento, por parte de las unidades orgánicas, sobre las funciones y competencias de la PAUS		
7	Catálogo de servicios sin actividades en Gestión de la Calidad (auditorías)		
8	El MOF y ROF no se encuentran actualizados		
9	El 60% del personal de la Oficina de Gestión de la Calidad es Locador de Servicios		
10	No se cuenta con un sistema de gestión administrativo, trámite documentario e historia clínica digitalizada. Potencial riesgo de pérdida de la información debido al uso de correos no institucionales		
11	No se cuenta con el presupuesto adecuado para el cumplimiento óptimo de los criterios de programación siendo estos marco de referencia para la habilitación de recursos, acorde a Oficio Múltiple N° D000003-2024-DVMPAS-MINSA		



6.2.6. Causas, aspectos negativos o no conformidades influyentes en la gestión de la calidad

La Gestión de la Calidad en Salud es transversal a todas las unidades de organización de la institución pues los servicios de estas pueden afectar de manera directa o indirecta a la calidad de los servicios brindados a nuestros usuarios, en ese sentido para garantizar la calidad de los servicios en salud brindados por la institución se deben abordar las siguientes debilidades u oportunidades de mejora:



- No se cuenta con personal a cargo de las Unidades Funcionales de Garantía de la Calidad, Seguridad del Paciente y Mejora Continua, unidades dependientes de la Oficina de Calidad.
- Falta de compromiso y conocimiento del recurso humano involucrado en los objetivos y actividades del Plan de Gestión de la Calidad Institucional, erróneamente se considera que dichas actividades sólo corresponden a la Oficina de Gestión de la Calidad.
- Asimismo, se identifica que el personal se limita a realizar actividades de Gestión de la Calidad (Seguridad del paciente, RS, LVCS) en razón a la sobrecarga laboral, falta de capacitación, falta de motivación.
- El MOF y ROF no se encuentran actualizados
- Escaso número de médicos auditores
- No se realizan las auditorías en Salud y Médica dado que algunos auditores no disponen de las horas para realizarlas.
- Desconocimiento, por parte de las unidades orgánicas, sobre las funciones y competencias de la PAUS
- Rotación de personal, el 60% del personal de la Oficina de Gestión de la Calidad es Locador de Servicios.
- No se dispone del equipo informático que permita desarrollar acciones de capacitación y sensibilización in situ.
- No se cuenta con un sistema de gestión administrativo, trámite documentario e historia clínica digitalizada.
- No se cuentan con software u otras herramientas informáticas que permitan el procesamiento y análisis de datos institucionales. Asimismo,

- los caracteres técnicos del equipo de computo no cuentan con la capacidad requerida por los referidos softwares.
- No se cuenta con el presupuesto adecuado para el cumplimiento óptimo de los criterios de programación siendo estos marco de referencia para la habilitación de recursos, acorde a Oficio Múltiple N° D000003-2024-DVMPAS-MINSA
 - Normas y Documentos Técnicos relacionados a la Gestión de la Calidad en Salud desactualizados (SGCS, PMCC, Acreditación), no determinan responsabilidades para aspectos que no son competencia de la Oficina de Gestión de la Calidad (IAAS, Higiene de Manos, GPC, Cero colas), y en otros casos no se ha estandarizado lineamientos para la gestión (eventos adversos).

6.2.7. Alternativas de solución u Oportunidades de Mejora



Realizado el análisis situacional de la Gestión de la Calidad en Salud Institucional, se identifican y priorizan las siguientes oportunidades de mejora:

- Formular y/o actualizar los documentos internos relacionados a la seguridad del paciente, garantía de la calidad y mejora continua, así como fortalecer la sensibilización y desarrollo de capacidades para la generación de una Cultura de Calidad en Salud.
- Participar activamente en las acciones desarrolladas por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del DVMPAS, a fin de actualizar y mejorar la normativa y lineamientos aplicables al Sistema de Gestión de Calidad en Salud.
- Fortalecer la integración del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud del MINSA con los principios y lineamientos del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015. Con la finalidad de identificar oportunamente hallazgos, oportunidades de mejora, no conformidades, salidas no conformes y darles tratamiento correspondiente para la mejora continua.
- 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.
- Socializar los resultados de la gestión de la información para la calidad (reclamos, evaluación de la satisfacción y evaluaciones internas) a fin de identificar, formular y abordar oportunidades de mejora, así como para permitir el reconocimiento de logros cuando corresponda.
- Desarrollar actividades de capacitación, difusión, sensibilización entre otros a fin de promover la cultura de la calidad.
- Desarrollar y hacer uso de herramientas informáticas para un mejor manejo, procesamiento y análisis de datos institucionales relacionados con la Gestión de la Calidad.

Las precitadas oportunidades de mejora han sido consideradas en la planificación de la Gestión de la Calidad en Salud 2024.



6.3. Articulación de los Objetivos y Acciones del Plan Estratégico Institucional PEI 2019 – 2027 del MINSA con el Plan Operativo Institucional POI 2024 del INO

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL	ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL	OBJETIVO GENERAL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2024 DEL INO	OBJETIVO ESPECÍFICO PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2024 DEL INO	PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL 2024		
				SUB CENTRO DE COSTO	ACTIVIDAD OPERATIVA	U.M.
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	Mejorar la calidad de atención en salud brindada al usuario externo, fortaleciendo la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en Salud.	OE.1: Planificar, organizar e implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud 2024 del INO.	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	INFORMACIÓN PARA LA GARANTÍA DE LA CALIDAD	INFORME
			OE.2: Promover una cultura de Seguridad del paciente, mejorando el control de sus procesos y fortaleciendo la gestión de Eventos Adversos.	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	INFORMACIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	INFORME
			OE.3: Mejorar la calidad de la atención en salud de la institución promoviendo la autoevaluación, cumplimiento de estándares aplicables y abordando oportunidades de mejora continua.	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	INFORMACIÓN DE LA MEJORA CONTINUA	INFORME
			OE.4: Fortalecer los procesos de escucha al usuario, mediante la medición de la satisfacción y atención de consultas sobre sus derechos y deberes, los cuales brindan información para la calidad de atención en Salud.	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD	INFORME
			OE.5: Fomentar una cultura de Calidad en Salud en todos los niveles de la institución.	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD	INFORME



6.4. Vinculación del Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2024 con el Plan Operativo Institucional – POI 2024 del INO

CADENA FUNCIONAL PROGRAMÁTICA 2024					PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL 2024				
OE	AE	CATEGORÍA PRESUPUESTARIA	ACTIVIDAD	FINALIDAD	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	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	INFORMACION PARA LA GARANTIA DE LA CALIDAD	2	INFORME	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
					OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	INFORMACION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	2	INFORME	
					OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	INFORMACION DE LA MEJORA CONTINUA	2	INFORME	
					OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	INFORMACION PARA LA CALIDAD	2	INFORME	



Fuente: Plan Operativo Institucional (POI) Anual 2024 del Instituto Nacional de Oftalmología – INO "Dr. Francisco Contreras Campos, aprobado mediante Resolución Directoral N°236-2023-INO-D.

6.5. 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 2024 del INO, por objetivos (Anexo N°02).

6.6.2. Costeo de las Actividades por tarea

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 2024

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 2024 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 2024 del INO, ver Anexo N°02.

6.6. Presupuesto Estimado

La ejecución del presente Plan se encuentra proyectada por la fuente de financiamiento de Recursos Ordinarios (RO) por el importe de S/.105000,00 soles 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 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0007981 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	2.3.29.11	Servicio de Implementación de Programa de Gestión de la Calidad	S/.6000,00	8 meses	S/.48000,00
			2.3.29.11	Asistente Administrativo	S/.2500,00	8 meses	S/.20000,00
			2.3.29.11	Servicio de Apoyo Administrativo	S/1500,00	8 meses	S/.12000,00
			2.3.26.41	Servicio de Acompañamiento técnico, capacitación y monitoreo	S/7500,00	2 meses	S/.15000,00
			2.3.26.41	Servicio de Monitoreo y evaluación de proyecto	S/10000,00	1 mes	S/10000,00
TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO							S/.105000,00

6.7. Monitoreo, Supervisión y Evaluación

La supervisión y el monitoreo tienen la finalidad de identificar y 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 2024 del INO", es responsabilidad de la Oficina de la Gestión de la Calidad, 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, se desarrollará 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°03 se describen los indicadores que permitirán la medición, control y evaluación del cumplimiento de los objetivos y metas del presente plan.

6.8. Registros

- No Aplica

6.9. Control cambios

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

VII. RESPONSABILIDADES

7.1. Dirección General

- Garantizar el logro de los objetivos, metas y estrategias institucionales.
- Constituir la mejora continua de los procesos del instituto, enfocado en los objetivos, necesidades y expectativas de los usuarios.

7.2. Dirección Ejecutiva de Atención Especializada en Oftalmología

- Organizar y brindar atención de salud altamente especializada en el campo oftalmológico.
- Facilitar los procesos de innovación y actualización de los conocimientos científicos, metodologías, tecnologías y procedimientos para la prevención del riesgo, protección del daño, recuperación de la salud y rehabilitación de las capacidades de las personas en el campo de la oftalmología.
- Mantener el control previo, concurrente y posterior en el ámbito de su competencia.



7.3. 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 2024.

7.4. Equipo Conductor de Higiene de Manos

- Implementar la Guía Técnica del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud, aprobada mediante Resolución Ministerial N°255-2016-MINSA, planificando la implementación, evaluando la misma, brindando asistencia técnica, capacitando al personal de la salud, supervisando y monitoreando el proceso de higiene de manos.

7.5. Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente

- Implementar las Rondas de Seguridad del Paciente como herramienta de gestión del riesgo en la atención de salud

7.6. Comites de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud

- Participar en la elaboración y ejecución del Plan Anual de Auditoria, el mismo que será presentado a la Oficina de Gestión de Calidad para su aprobación.
- Participar en la organización, evaluación y supervisión de las auditorias y actividades programadas en el Plan Anual de Auditoria y de las Auditorias de Caso.
- Participar en la ejecución de las auditorias, verificando la conformidad y veracidad de los documentos que sustentan las conclusiones y recomendaciones.
- Participar en la planificación, ejecución y elaboración del informe final de auditoria.

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 2024 del INO.
- Cumplir con los documentos internos y estándares de calidad establecidos por la institución.

VIII. ANEXOS

- Anexo N°01. Criterios de Programación de Actividades para Institutos 2024
- Anexo N°02. Matriz de programación de metas físicas y presupuestales
- Anexo N°03. Matriz de indicadores del plan



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2024 DEL INSTITUTO NACIONAL DE
OFTALMOLOGÍA - INO
"DR. FRANCISCO CONTRERAS CAMPOS"

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

Componente	N°	CODIGO	DENOMINACION		CARACTERISTICAS DE PROGRAMACION				
			CRITERIOS DE PROGRAMACION	UNIDAD DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACION	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE DE VERIFICACION / REGISTRO	NORMATIVA	INDICADORES
Garantía y Mejora	1	01EPGC	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad en Salud del Instituto Nacional	Plan aprobado	1	Documento elaborado según la Directiva Administrativa N° 326-MINSA/OGPPM-2022 en el cual se establece la finalidad, los 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 I Semestre	RM 519-2006/MINSA RM N° 090-2022-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	Nivel Nacional Número de Institutos Nacionales que remiten informe consolidado de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía/Número de Institutos Nacionales
	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 013-2006-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 y no programadas) y evaluaciones de calidad de registros de HC realizadas. Informe de implementación de recomendaciones	RM N° 502-2016/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° 095-2012/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 5 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 92-MINSA-2020/DGALIN	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 (autoevaluación) 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 semaforizado emitido por aplicativo	RM N° 456-2007/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
	Información	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.	R.M. N° 527-2011/MINSA



Garantía y Mejora

Información

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 2024 DEL INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA - INO
 "DR. FRANCISCO CONTRERAS CAMPOS"

Anexo N°02. Matriz de programación del Plan Anual de Gestión de la Calidad 2024

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DEL PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2024																							
Unidad Orgánica:			OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD																				
Objetivo General del Plan:			Estructura programática operativa																				
Objetivo General del Plan:			Mejorar la calidad de atención en salud brindada al usuario externo fortaleciendo la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en Salud																				
Actividad Operativa POI 2024	Componente	Objetivos Específicos	Actividad	Unidad de Medida	Programación de Metas Físicas 2024																		
					Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Tot						
INFORMACION DE LA MEJORA CONTINUA	Planificación para la Calidad	OE 1: Planificar, organizar e implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud 2024 del INO	Evaluación del Plan de Gestión de la Calidad en Salud (PGCS) 2023	Informe	1																		
INFORMACION DE LA MEJORA CONTINUA			Formulación del PGCS 2024	Informe			1																
INFORMACION DE LA MEJORA CONTINUA			Oficialización del PGCS 2024	Resolución Directoral					1														
INFORMACION DE LA MEJORA CONTINUA			Evaluación del PGCS 2024	Informe						1													
INFORMACION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Garantía para la Calidad	OE 2: Promover una cultura de Seguridad del paciente, mejorando el control de sus procesos y fortaleciendo la gestión de Eventos Adversos.	Designación del Coordinador de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVCS) por turno quirúrgico	Resolución Directoral						1													
INFORMACION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			Monitoreo de la aplicación de la LVCS y evaluación semestral de su cumplimiento	Informe								1							1				
INFORMACION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			Aplicación de la encuesta de evaluación de la implementación de la LVCS y monitoreo de las acciones y/o proyectos de mejora desarrollados en base a los resultados	Informe									1							1			
INFORMACION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			Gestionar actividades de promoción de la Higiene de Manos por el Día Mundial de la Higiene de Manos (5 de mayo)	Informe						1													
INFORMACION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			Gestionar actividades de promoción de la Higiene de Manos por el Día Mundial del Lavado de Manos (15 de octubre)	Informe																1			
INFORMACION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			Supervisión del cumplimiento de Higiene de Manos	Informe							1										1		
INFORMACION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			Reunión trimestral del Equipo Conductor de Higiene de Manos	Acta																	1		
INFORMACION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			Actualización de la conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente	Resolución Directoral	1																		
INFORMACION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			Oficialización del Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente 2024	Resolución Directoral	1																		
INFORMACION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			Ejecución de las Rondas de Seguridad del Paciente	Informe	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
INFORMACION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			Monitoreo de la implementación de las acciones de mejora en relación a los riesgos identificados en las Rondas de Seguridad	Informe																	1		
INFORMACION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			Reporte de cumplimiento de Compromiso de Mejora, ficha técnica N° 43	Informe																	1		
INFORMACION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Garantía y Mejora de la Calidad	OE 3: Mejorar la calidad de la atención en salud de la institución promoviendo la autoevaluación, cumplimiento de estándares aplicables y abordando oportunidades de mejora continua.	Consolidación y evaluación de los reportes de "Matriz de consolidación de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas" remitidos por los servicios de la institución, así como investigación y análisis de evento adversos y centinelas	Informe															1				
INFORMACION PARA LA GARANTIA DE LA CALIDAD			Monitoreo de la operatividad del Comité de Auditoría Médica y Auditoría en Salud	Informe	1																1		
INFORMACION PARA LA GARANTIA DE LA CALIDAD			Formulación del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud	Informe																	1		
INFORMACION PARA LA GARANTIA DE LA CALIDAD			Oficialización del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud	Resolución Directoral																	1		
INFORMACION PARA LA GARANTIA DE LA CALIDAD			Evaluación del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud (incluye consolidado auditorías realizadas y seguimiento de las oportunidades de mejora)	Informe																	1		
INFORMACION PARA LA GARANTIA DE LA CALIDAD			Elaboración y probación del Plan de Autoevaluación de la Acreditación Institucional	Informe																	1		
INFORMACION PARA LA GARANTIA DE LA CALIDAD			Monitoreo de la implementación del Plan de Autoevaluación de la Acreditación Institucional a la Unidades Orgánicas y socialización de resultados	Informe																	1		
INFORMACION PARA LA GARANTIA DE LA CALIDAD			Desarrollo de la Evaluación Externa de Seguimiento de la Acreditación MNSA y socialización de los resultados	Informe																	1		
INFORMACION DE LA MEJORA CONTINUA			Información para la Calidad	OE 4: Fortalecer los procesos de escucha al usuario, mediante la medición de la satisfacción y atención de consultas sobre sus derechos y deberes, los cuales brindan información para la calidad de atención en Salud.	Formular el Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad	Informe															1		
INFORMACION DE LA MEJORA CONTINUA					Consolidación de oportunidades de mejora, acciones correctivas, acciones y/o proyectos de mejora	Reporte																1	
INFORMACION DE LA MEJORA CONTINUA					Evaluación del estado de PMCC's	Informe / Memorando																	1
INFORMACION DE LA MEJORA CONTINUA					Ejecución de la medición de la satisfacción de los usuarios externos en consulta externa, hospitalización y emergencia según el PGCS	Nota informativa																	1
INFORMACION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Todos los componentes	OE 5: Fomentar una cultura de Calidad en Salud en todos los niveles de la institución.	Análisis de los resultados de la evaluación de la satisfacción del usuario externo en las UPSS e identificación de A/PMCC	Informe															1				
INFORMACION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			Evaluar los resultados de la Gestión de Reclamos e identificar oportunidades de mejora	Informe																1			
INFORMACION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			Monitoreo de la Gestión de Consultas y Sugerencias, e identificación de oportunidades de mejora	Informe																1			
INFORMACION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			Autoevaluación según los criterios utilizados por SUSALUD para supervisar el Libro de Reclamaciones y la PAUS	Informe																	1		
INFORMACION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			Evaluación de los resultados de la Gestión de Consultas y Reclamos, e identificación de A/P MCC	Informe																	1		
INFORMACION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			Gestionar la Capacitación y/o asistencia técnica sobre implementación de la LVCS al Equipo Conductor de LVCS	Informe																	1		
INFORMACION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			Gestionar la Capacitación mensual sobre los 5 momentos de la Higiene de Manos	Nota Informativa																	1		
INFORMACION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			Gestionar la Capacitación mensual sobre las Técnicas de la Higiene de Manos	Nota Informativa																	1		
INFORMACION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			Gestionar la Capacitación sobre "Registro, notificación y análisis en incidentes y Eventos Adversos"	Informe																	1		
INFORMACION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			Gestionar la Capacitación sobre Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud	Informe																	1		
INFORMACION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			Gestionar la Capacitación y/o asistencia técnica al equipo de acreditación y a los evaluadores internos	Informe																	1		
INFORMACION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			Gestionar la Capacitación sobre el Manejo del estrés y el Buen trato	Informe																	1		
INFORMACION DE LA MEJORA CONTINUA	Información para la Calidad	OE 5: Fomentar una cultura de Calidad en Salud en todos los niveles de la institución.	Gestionar la Capacitación y/o asistencia técnica en la elaboración de PMCC	Informe															1				
INFORMACION PARA LA CALIDAD			Gestionar la Capacitación sobre la aplicación de la encuesta de satisfacción al usuario externo, dirigida a encuestadores	Informe																1			
INFORMACION PARA LA CALIDAD			Gestionar la Capacitación sobre la Gestión de Atención de Reclamos en Salud	Informe																1			
INFORMACION PARA LA CALIDAD			Gestionar la Capacitación sobre los Derechos y Deberes del Usuario Externo en Salud	Informe																1			



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 2024 DEL INSTITUTO NACIONAL DE
OFTALMOLOGÍA - INO
"DR. FRANCISCO CONTRERAS CAMPOS"

Anexo N°03. Matriz de indicadores del plan

MATRIZ DE INDICADORES DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD						
N°	Declaración de objetivos	Indicador	Unidad de Medida	Meta Programada	Fuente de Información	Responsable
1	Objetivo específico 1: Planificar, organizar e implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud 2024 del INO.	Plan de Gestión de la Calidad en Salud aprobado	Resolución Directoral	1	Resolución Directoral	Oficina de Gestión de la Calidad
2		Porcentaje de cumplimiento del Plan de Gestión de Calidad en Salud	Actividades programadas	> 80%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad
3		Evaluación de los criterios de programación de actividades de institutos para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en Salud establecidos por la UFGCS MINSA	% de cumplimiento del total de los Criterios de Programación	> 80%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad
4	Objetivo específico 2: Promover una cultura de Seguridad del paciente mejorando el control de sus procesos y fortaleciendo la gestión de Eventos Adversos	Evaluación del registro de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía (LVCS)	Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía	> 75%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad
5		Criterio de Programación MINSAs - Implementación de la LVCS	% de cumplimiento del Criterio de Programación	> 80%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad
6		Criterio de Programación MINSAs - Implementación del proceso de Higiene de Manos en el Instituto Nacional Especializado	% de cumplimiento del Criterio de Programación	> 80%	Informe	Equipo Coordinador de Higiene de Manos / Oficina de Gestión de la Calidad
7		Porcentaje de Implementación del Cronograma anual de Rondas de Seguridad del Paciente	Rondas de Seguridad del Paciente programadas	100%	Informe	Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente / Oficina de Gestión de la Calidad
8		Criterio de Programación MINSAs - Implementación de las Rondas de Seguridad para la gestión del riesgo en el Instituto Nacional Especializado	% de cumplimiento del Criterio de Programación	> 80%	Informe	Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente / Oficina de Gestión de la Calidad
9		Cantidad de Eventos Adversos reportados	Eventos Adversos reportados	< 10	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad / Comité de Seguridad del Paciente
10		Investigación de Eventos Adversos Centinelas	Análisis de Eventos Centinelas reportados	100%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad / Comité de Seguridad del Paciente
11	Criterio de Programación MINSAs - 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	> 80%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad	
12	Objetivo específico 3: Mejorar la calidad de la atención en salud de la institución promoviendo la autoevaluación, cumplimiento de estándares aplicables y abordando oportunidades de mejora continua.	Porcentaje de implementación del Plan Anual de auditoría de la calidad de atención en salud	Actividades programadas	> 80%	Informe	CAM / CAS
13		Criterio de Programación MINSAs - Implementación de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud en el Instituto Nacional Especializado	% de cumplimiento del Criterio de Programación	> 80%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad / CAM / CAS
14		Porcentaje de criterios implementados en el Seguimiento de la Acreditación	Criterios evaluados	> 94%	Informe	Equipo de Acreditación
15		Porcentaje de implementación del Plan de Autoevaluación de la Acreditación Institucional	Actividades programadas	> 80%	Informe	Equipo de Acreditación
16		Criterio de Programación MINSAs - Implementación de la Autoevaluación del Proceso de Acreditación del Instituto Nacional	% de cumplimiento del Criterio de Programación	> 50%	Informe	Equipo de Acreditación
17	Cantidad de Proyectos de Mejora Continua Aprobados	Proyectos de MCC Aprobados	1	Resolución Directoral	Oficina de Gestión de la Calidad / Equipo del Pyto	
18	Criterio de Programación MINSAs - Implementación de Proyectos y/o Acciones de Mejora en el Instituto Especializado	% de cumplimiento del Criterio de Programación	> 80%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad	
19	Objetivo específico 4: Fortalecer los procesos de atención al usuario mediante la medición de la satisfacción y atención de consultas sobre sus derechos y deberes, los cuales brindan información para la calidad de atención en Salud.	Porcentaje promedio de la satisfacción de usuarios externos en consulta externa, hospitalización / emergencia	Encuestas de satisfacción	> 70%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad
20		Criterio de Programación MINSAs - Implementación de la Evaluación de la satisfacción de los usuarios externos en el Instituto Nacional.	% de cumplimiento del Criterio de Programación	> 80%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad
21		Promedio mensual de Reclamos Fundados	Reclamos Fundados	< 10	Informe	Plataforma de Atención al Usuario en Salud
22		Porcentaje de Reclamos atendidos en el plazo	Reclamos atendidos	> 75%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad / Plataforma de Atención al Usuario
23	Objetivo específico 5: Fomentar una cultura de Calidad en Salud en todos los niveles de la institución.	Porcentaje de capacitaciones ejecutadas	Capacitaciones programadas	> 80%	Informe	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".